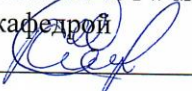


Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Наумова Наталия Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 24.10.2024 14:21:41
Уникальный программный ключ:
6b5279da4e034bff67917280c4a5b1c7e2

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ»
(ГУП)

Кафедра хирургии

УТВЕРЖДЕН
на заседании кафедры
Протокол от «31 » мая 2023г. №11
Зав. кафедрой
 Асташов В.И.

ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по учебной дисциплине

Общая хирургия

Специальность 31.05.01 – Лечебное дело

Мытищи
2023

Содержание

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы	3
2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описания шкал оценивания	3
3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы	5
4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций	66

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

Код и наименование компетенции	Этапы формирования
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Оцениваемые компетенции	Уровень сформированности	Этап формирования	Описание показателей	Критерии оценивания	Шкала оценивания
ОПК-4	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: общехирургический и специальный хирургический инструментарий. Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).	Текущий контроль: реферат, устный опрос Промежуточный контроль: экзамен	Шкала оценивания реферата, устного опроса

	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: общехирургический и специальный хирургический инструментарий. Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.). Владеть: навыками использования хирургического инструментария.	Текущий контроль: устный опрос, реферат, решение ситуационных задач Промежуточный контроль: зачёт, экзамен	Шкала оценивания устного опроса, реферата, шкала оценивания ситуационных задач
ОПК-5	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать топографо-анатомические особенности всех областей человеческого тела и их послойное строение. Умеет на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования.	Текущий контроль: реферат, устный опрос Промежуточный контроль: экзамен	Шкала оценивания реферата, устного опроса

	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать топографо-анатомические особенности всех областей человеческого тела и их послойное строение. Уметь на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования. Владеть навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний.	Текущий контроль: устный опрос, реферат, решение ситуационных задач Промежуточный контроль: экзамен	Шкала оценивания устного опроса, реферата, шкала оценивания ситуационных задач
ОПК-7	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: детальную схему топографической анатомии области интереса, алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств и показания для их выполнения. Уметь: определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств.	Текущий контроль: реферат, устный опрос Промежуточный контроль: экзамен	Шкала оценивания реферата, устного опроса

	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: детальную схему топографической анатомии области интереса, алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств и показания для их выполнения. Уметь: определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств. Владеть: техникой выполнения основных общехирургических оперативных вмешательств.	Текущий контроль: устный опрос, реферат, решение ситуационных задач Промежуточный контроль: зачёт, экзамен	Шкала оценивания устного опроса, реферата, шкала оценивания ситуационных задач
--	-------------	--	---	--	---

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

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

Пороговый уровень

Знать: общехирургический и специальный хирургический инструментарий.

- 1) Контроль за стерильностью перевязочного и операционного материала
- 2) Осложнения при антибиотикотерапии
- 3) Профилактика имплантационной инфекции
- 4) Группа красителей. Их применение
- 5) Аллергические реакции при антибиотикотерапии

Продвинутый уровень

Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).

- 1) Посттрансфузионные осложнения
- 2) Препараты крови и кровезаменители
- 3) Классификация повреждений
- 4) Классификация, признаки переломов
- 5) Консервативное лечение переломов

Владеть: навыками использования хирургического инструментария

1) Кормящую мать 28 лет, в течение двух недель беспокоят боли в левой молочной железе. Объективно: в верхне - наружном квадранте левой молочной железы отчетливо пальпируется плотное образование размером 6 x 8 см, резко болезненное, кожа над ним

багрово - синюшной окраски, однако, размягчения или флюктуации нет. Общее состояние больной удовлетворительное, отмечает слабость, повышенную потливость, температура по вечерам достигает 38 °С. На протяжении последних 6 дней лечится амбулаторно у хирурга. Проведен курс антибиотикотерапии (ампициллин). Улучшения нет. Ввиду отсутствия эффекта направлена в стационар.

1. Ваш диагноз? 2. Каковы причины данного заболевания? 3. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае? 4. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику? 5. Какова лечебная тактика? 6. Можно ли продолжать грудное кормление ребенка? 7. Какие средства могут применяться для прекращения лактации? 8. Назначьте антибактериальную терапию. 9. Меры профилактики данного заболевания?

Ответы:

Диагноз: Острый лактационный мастит в стадии инфильтрата. Лечебная тактика: госпитализация, интенсивная антибиотикотерапия (ампициллин), ретромаммарная новокаиновая блокада, противовоспалительное лечение, активное сцеживание молока, сухое тепло, обезболивание: баралгин, анальгин. При абсцедировании - оперативное лечение: вскрытие мастита. С целью подавления лактации можно использовать препараты, подавляющие секрецию пролактина (бромокриптин, парлодел 5 мг 2 раза в день 5-7 дней).

2) Больной В., 34 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на незаживающую язву правой голени. В детстве была травма голени - скальпированная рана. В последующем сформировался деформирующий рубец, легко травмируемый. Периодически в области рубца образовывалась поверхностная язва, которая закрывалась после лечения мазевыми повязками. Последнее обострение месяц назад - появилась язва в области рубца, размерами до 1 см в диаметре, эффекта от лечения мазевыми повязками нет, язва увеличилась до 3-х см в диаметре, края стали плотными, подрытыми, пальпация безболезненная. В правой паховой области пальпируются два плотных малоподвижных безболезненных узла 1 см и 1,5 см в диаметре.

1. Ваш предварительный диагноз? 2. Назовите методы уточняющей диагностики? 3. Какой метод морфологической верификации диагноза следует использовать? 4. Возможное пребластомозное состояние и факторы риска возникновения заболевания? 5. План лечения? 6. Назовите методы профилактики рецидива заболевания? 7. Определите трудоспособность?

Ответы:

Предварительный диагноз: Опухоль мягких тканей голени (Хроническая посттравматическая язва нижней трети голени. Подозрение на малигнизацию). Для уточнения диагноза необходимо выполнить: рентгенография голени, мазок-отпечаток с поверхности язвы (цитология), биопсия лимфоузла, по показаниям - УЗИ, КТ. Лечение: В зависимости от полученных результатов исследования, возможный вариант оперативного пособия: ампутация бедра, операция Дюкена.

3) У девушки 17 лет появился болезненный ярко-красный угорь 0,5 см в диаметре на верхней губе, в центре его черная точка. С целью ускорения излечения пыталась его выдавить. На второй день увеличилась инфильтрация, поднялась температура до 38 °С. За медицинской помощью не обращалась еще в течение 6 суток. Принимала аспирин,

ампициллин. Доставлена в стационар в тяжелом состоянии с жалобами на сильную головную боль в затылочной области, слабость, рвоту, высокую температуру. Объективно: состояние больной тяжелое. Кожа бледная, температура 39 С. Пульс ритмичный 102 в минуту, артериальное давление 105/70 мм рт ст. При пальпации печень выступает из-под края реберной дуги. Местный статус: лицо отечно, глазные щели - 4 мм. В области левой носогубной складки инфильтрат 1х4 см, гиперемия, участок некроза 0,2 см расположен левее крыла носа в направлении к левому глазу. При наклоне головы кпереди появляется боль в затылочной области, ригидность затылочных мышц.

1. Ваш окончательный диагноз? 2. Что явилось причиной отека лица и головной боли? 3. Необходима ли госпитализация в хирургическое отделение?
4. Какой режим необходимо создать пациентке? 5. Тактика лечения больной?
6. Нужно ли проводить профилактику столбняка?

Ответы:

Диагноз: Синус-тромбоз. Больной показана срочная госпитализация в хирургическое отделение или отделение интенсивной терапии. Больную необходимо обследовать и лечить как больную сепсисом. Особое внимание нужно уделить внутриартериальному введению антикоагулянтов и антибиотиков, для чего можно использовать катетеризацию сонной или поверхностной височной артерии, а также детоксикации и ГБО.

4) В хирургическое отделение районной больницы доставлен мальчик 9 лет с жалобами на резкую боль в правом бедре, потрясающий озноб с повышением температуры до 39,6 С, головную боль, рвоту. За пять суток до этого лечился по поводу острого респираторного заболевания. При осмотре состояние тяжелое, лицо бледное, кожа сухая. Пульс 120 в мин., АД 90 и 55 мм рт ст. Правая нога полусогнута в коленном суставе, бедро увеличено в объеме на 2 см, кожа незначительно гиперемирована, горячая. Место наибольшей болезненности на передней поверхности нижней трети бедра.

1. Ваш диагноз и объем обследования. 2. С каким заболеванием следует провести дифференциальный диагноз. 3. Есть ли необходимость проведения рентгенологического обследования бедра. 4. Какое лечение показано. 5. Как купировать боль. 6. Какие могут быть осложнения.

Ответы:

1. Острый гематогенный остеомиелит нижнего метафиза бедренной кости. 2. С сепсисом, столбняком, анаэробной инфекцией, пневмонией, острым лейкозом. 3. Рентгеновский снимок бедренной кости надо сделать, но он не будет на 5 день болезни информативен. 4. Хирургическое - вскрытие поднадкостничного абсцесса, перфорация кости несколькими отверстиями (трепанация кости), дренирование раны, наложение гонимой гипсовой повязки. Антибактериальная терапия (линкомицин). 5. Вскрытие абсцесса снимет боль. После операции обычные анальгетики, может быть 1-2 дня потребуются наркотики. 6. Сепсис.

5) Больной 40 лет обратился к хирургу с жалобами на распирающую боль в области мизинца правой руки. Трое суток назад уколол палец гвоздем, тогда же рану обработал раствором йода. Постепенно интенсивность боли нарастала, появился выраженный отек тканей всего пальца. Объективно отмечается отечность и болезненность 5 пальца правой кисти, на ладонной его поверхности в области основной фаланги имеется рана

2х2 мм, покрытая коркой. Движения в пальце ограничены из-за усиливающейся при этом боли.

1. Варианты диагноза? 2. Какие условия необходимо соблюдать при лечении данной патологии? 3. Какой вид оперативного вмешательства целесообразен в данной ситуации? 4. Развитие каких осложнений возможно при данном заболевании? 5. Определите трудоспособность.

Ответы:

По клинической картине можно думать о сухожильном панариции 5 пальца. Лечение - оперативное, вскрытие панариция. В послеоперационном периоде - интенсивная антибиотикотерапия, лечение по методу Фишмана, иммунотерапия, физиотерапия, механотерапия. Иммобилизация в функционально выгодном положении. Осложнения: флегмона клетчаточного пространства Пирогова, в отдаленном периоде - контрактуры.

ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
Пороговый уровень

Знать: топографо-анатомические особенности всех областей человеческого тела и их послойное строение

- 1) Стерилизация оптического инструментария
- 2) Химическая антисептика. Группа окислителей
- 3) Профилактика эндогенной инфекции
- 4) Пути введения антибиотиков
- 5) Физическая антисептика. Определение понятия. Классификация методов

Продвинутый уровень

Уметь: на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования.

- 1) Методы хирургического лечения переломов.
- 2) Теории канцерогенеза
- 3) Методы диагностики опухолей
- 4) Методы хирургического лечения
- 5) Предоперационный период, задачи и этапы.

Владеть: навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний.

- 1) Сержант 20 лет получил сквозное пулевое ранение средней трети левого плеча. Почувствовал сильную боль, рука перестала функционировать, повисла вдоль тела. При попытке движений - резкая болезненность, необычная деформация, похрустывание, подвижность в средней трети плеча. Из раны - обильное непульсирующего характера выделение темной крови с каплями жира. Кисть теплая, отсутствует активное противопоставление первого пальца. Пульс на лучевой артерии сохранен.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ К ЗАДАЧЕ № 1

1. Раненый доставлен на МПП в стабильном тяжелом состоянии бледный, ЧДД 26 в мин, пульс 100 в мин, АД 100/60 мм рт. ст. Левая рука прибинтована к телу, повязка обильно промокла кровью. Мочился самостоятельно. 2. Рентгенограммы прилагаются.

1. Предварительный диагноз. 2. Медицинская помощь на этапах эвакуации. 3. Первая врачебная помощь (подробно) - Вы врач перевязочной. 4. Профилактика раневой инфекции. 5. Особенности квалифицированной и специализированной помощи.

Ответы:

1. Сквозное пулевое ранение средней трети левого плеча. Огнестрельный перелом средней трети левой плечевой кости со смещением. Повреждение левого лучевого нерва. Шок I. 2. ПОЛЕ БОЯ (само-, взаимопомощь) - введение обезболивающих - шприц-тюбик из индивидуальной аптечки. Наложение давящей повязки (ИПП). Прибинтовывание руки к туловищу (ИПП) Дача внутрь таблетированных антибиотиков (АИ). МП Б (доврачебная медицинская помощь - санинструктор роты) -дополнительное введение обезболивающих, повторная дача таблетированных антибиотиков, исправление промокшей кровью повязки. Иммобилизация табельными средствами (одна лестничная шина от оснований пальцев кисти до правого надплечья, не заходя на него и косыночная повязка (из комплекта Б-2). 3,4 МПП (первая врачебная помощь - врач МПП). Дополнительное введение обезболивающих и антибиотиков (внутримышечно). Противостолбнячная сыворотка (3000 МЕ по Безредко) и столбнячный анатоксин (1,0 п/к, в/м). Если необходимо - исправление повязки, иммобилизации, футлярная новокаиновая блокада. При задержке на этапе - инфузионная терапия шока. 5. ОМО, ОМедБ (квалифицированная помощь - анестезиолог-реаниматолог, хирург). Окончательное выведение из шока (противошоковое отделение). Первичная хирургическая обработка огнестрельной раны с последующим наложением задней гипсовой лонгеты от оснований пальцев до правого надплечья, либо отводящей шины ЦИТО. Рациональная антибиотикотерапия, сосудистая терапия. ГОСПИТАЛЬНАЯ БАЗА (госпиталь для легкораненых специализированная помощь - ортопед-травматолог, нейрохирург, анестезиолог). Повторная хирургическая обработка раны, остеосинтез (очаговый, внеочаговый), шов (пластика) левого лучевого нерва. Антибиотики, иммуномодуляторы, сосудистые препараты, нейро-восстановительная, рассасывающая, витаминотерапия. Лечение осложнений.

2) Мужчина 28 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ через два часа после травмы. Получил удар ножом в левую половину груди. Состояние тяжелое, сознание ясное. Покрит холодным потом, кожа бледная, пульс 120 в мин, АД 80 и 40 мм рт ст. В четвертом межреберье по средне ключичной линии слева рана 1,5 на 0,5 см с ровными краями, острыми углами, из раны выделяется воздух и алая кровь. При перкуссии укорочение перкуторного звука с уровня средней подмышечной линии (больной лежит), при аускультации дыхание слева резко ослаблено. Левая и правая граница сердца перкуторно расширены, верхушечный толчок не определяется. На ЭКГ - зона ишемии в передне-боковых отделах левого желудочка. На рентгеновском снимке в прямой проекции сглажена талия сердца, тень сердца в форме трапеции. В плевральной полости равномерное затемнение над всем легочным полем.

1. Диагноз. 2. Тактика в районной больнице. 3. Выбор анестезии. 4. Принципы операции. 5. Возможные осложнения после операции, их профилактика. 6. Что такое переливание утильной крови, техника выполнения.

Ответы:

1. Проникающее ножевое ранение груди слева, ранение сердца, тампонада сердца. (Гемоторакс слева). 2. Срочное оперативное лечение. 3. Эндотрахеальный наркоз. 4. Торакотомия передне-боковая в 5 межреберья, рассечение продольное перикарда, наложение капроновых швов на рану миокарда, фенестрация

перикарда, зашивание перикарда редкими швами, осушение и дренирование плевральной полости, зашивание раны грудной стенки. 5. Остановка сердца, повторная тампонада сердца, ателектаз полный или частичный, гемоторакс. 6. Это сбор крови, излившейся в плевральную полость, фильтрация ее через 8 слоев марли и вливание в вену. Добавлять гепарин 500 ед на 1 литр собранной крови.

3) Женщина 69 лет упала, поскользнувшись на улице города на левой бок. Почувствовала резкую боль в области левого тазобедренного сустава, самостоятельно подняться не смогла. Прохожими вызвана бригада скорой медицинской помощи, которая приехала через 15 минут, выполнила обезболивание (в/м инъекция анальгина 50% - 2,0 и димедрола 1 % - 1,0), наложила три лестничные шины до верхней трети левого бедра и доставила пострадавшую в приемное отделение больницы скорой медицинской помощи через 30 минут после травмы. Вы врач приемного отделения. При осмотре: общее состояние больной средней тяжести, стабильное, кожные покровы бледноваты, ЧДД 22 в минуту, пульс 90 в минуту, АД 140/90 мм рт. ст. Жалуется на боли в области левого тазобедренного сустава. Ногю самостоятельно поднять не может, при настойчивой попытке - пятка скользит по поверхности кушетки, не отрываясь от неё. Левое бедро укорочено на 3 см (относительная длина), стопа резко ротирована кнаружи, положительный симптом Гирголава (увеличение пульса бедра под паховой связкой), большой вертел слева находится выше линии Розера-Нелатона, линия Шемахера проходят ниже пупка. Пульсация на тыльных артериях обеих стоп отчетливая. Рентгенограмма - прилагается ЭКГ: ЧСС 86 в минуту, ритм синусовый, электрическая ось сердца смещена влево, умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка. Анализ крови: эр. 3,5; Нв 114; ц. п. 0,8; л. - 5,5; э. 6; п 4; с. 60; л. - 24; м. 6; СОЭ - 12 мм/час; сахар - 5,2; билирубин общ. 11; ПТИ 82; остаточный азот - 0,3. Анализ мочи: цв. - с/ж, прозрачность - полная, уд. вес 1012, реакция щелочная, белок 0, эр. 0-1 в п/зр, л. - 1 - 2 в п/зр; осадок-аморфные трипельфосфаты. Осмотр терапевта: выявлены сопутствующие заболевания - гипертоническая болезнь II стадии, риск 2. Хронический холецистопанкреатит вне обострения.

1. Предварительный диагноз. 2. План обследования 3. Клинический диагноз 4. Какие ошибки допущены на догоспитальном этапе. 5. Особенности специализированной помощи при данной патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ 3

1. Рентгенограмма – прилагается. 2. ЭКГ: ЧСС 86 в минуту, ритм синусовый, электрическая ось сердца смещена влево, умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка. 3. Анализ крови: эр. 3, 5; Нв 114; ц. п. 0, 8; л. - 5, 5; э. 6; п 4; с. 60; л. -24; м. 6; СОЭ - 12 мм/час; сахар - 5, 2; билирубин общ. 11; ПТИ 82; остаточный азот - 0, 3. 4. Анализ мочи: цв. - с/ж, прозрачность - полная, уд. вес 1012, реакция щелочная, белок 0, эр. 0-1 в п/зр, л. - 1 - 2 в п/зр; осадок-аморфные трипельфосфаты. 5. Осмотр терапевта: выявлены сопутствующие заболевания - гипертоническая болезнь II стадии, риск 2. Хронический холецистопанкреатит вне обострения.

Ответы:

1. Предварительный диагноз: закрытый приводящий перелом шейки левого бедра. 2. План обследования: рентгенография левого тазобедренного сустава (рентгенография в двух проекциях), ЭКГ, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, осмотр терапевта. 3. Клинический диагноз: основной -

закрытый приводящий неосложненный перелом шейки левого бедра со смещением; сопутствующий - артериальная гипертензия ФК I, хронический холецистопанкреатит вне обострения. 4. Ошибки на догоспитальном этапе: бригадой скорой помощи иммобилизация выполнена неверно - необходимо наложить шину Дитерихса. В случае ее отсутствия логичнее прибинтовать ногу к ноге, чем накладывать три лестничные шины до верхней трети бедра, утяжеляющие поврежденную конечность. 5. Специализированное лечение. При госпитализации скелетное вытяжение за гребень большеберцовой кости на кровати с валиком под колено накладывается только в случае ожидаемой задержки оперативного лечения. Обычно нога укладывается в среднефизиологическое положение. Лечение приводящих переломов шейки бедра - только оперативное. В пожилом возрасте (69 лет) выполняется эндопротезирование тазобедренного сустава. (Если меньше 60, то остеосинтез 3 винтами). В зависимости от сохранности выполняется тотальное или гемипротезирование. В данном случае показано тотальное замещение левого тазобедренного сустава.

4) Мужчина 42 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ с жалобами на интенсивные боли в груди справа, усиливающиеся при дыхании, одышку в покое и слабость. Был избит неизвестными, били ногами в область груди справа. Состояние средней степени тяжести. Кожа и слизистые бледные. Пульс 94 в минуту, АД 100 и 70 мм рт.ст. Число дыханий 24 в минуту. При пальпации определяется болезненность по ходу 4-5-6-7-8-9 ребер по передней и средней подмышечной линиям. Здесь определяется западение грудной стенки при вдохе. При перкуссии груди в положении лежа определяется притупление перкуторного звука с уровня задней подмышечной линии, при аускультации дыхание ослаблено над всей поверхностью правой половины груди, сзади дыхание не проводится.

1. Предварительный диагноз. 2. Дополнительные методы исследования. 3. Клинический диагноз. 4. Лечение данного пациента в условиях ЦРБ. 5. Показания и техника выполнения плевральной пункции. 6. Показания к торакотомии при гемотораксе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ 4

1. Рентгенограммы прилагаются: - после травмы; - после операции.

Ответы:

1. Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс справа, кровопотеря. шок 1 степени тяжести. 2. Рентгенограмма груди в прямой проекции стоя, ЭКГ, общий анализ крови, кровь на сахар, свертываемость. 3. Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс средней величины, шок 1 степени тяжести. 4. Блокада мест переломов ребер, блокада межреберных нервов по паравертебральной линии на уровне 3-10 межреберий, внутримышечное введение 2 мл 1% раствора промедола, пункция плевральной полости и эвакуация крови из нее, инфузионная терапия кровезамещающими растворами в объеме 2, 5 литров в сутки. 5. Пункция плевральной полости показана при гемотораксе. Она выполняется под местной анестезией в 5 межреберье по средней подмышечной линии. 6. Торакотомия не показана при гемотораксе малом и средней величины. При большом и тотальном гемотораксе необходимо сделать торакотомию, убрать излившуюся кровь, найти источник кровотечения, остановить кровотечение, дренировать плевральную полость, зашить торакотомную рану.

5) У мужчины 38 лет обломками разрушившегося здания придавлена правая нога и правая половина таза. Освобожден через 4 часа. Состояние удовлетворительное. Умеренная боль во всей правой ноге. На этапе первой врачебной помощи (через 2 часа) боль в ноге резко усилилась, появилось чувство онемения в ней. Появилась общая слабость, была однократная рвота. Больной сонлив. При осмотре состояние тяжелое. Заторможен. Бледен. Пульс 110 в мин, АД 90 и 60. Правая нога заметно увеличена в объеме, кожа синюшного цвета с участками подкожных кровоизлияний. Пульсация артерий стопы резко ослаблена. Ткани конечности напряжены. Кожа холодная. Чувствительность сохранена. Активные движения в коленном, голеностопном суставе и суставах стопы ограничены. Не мочится. Катетером выпущено 50 мл мочи темно-коричневого цвета.

1. Предварительный диагноз. 2. Доврачебная помощь. 3. Первая врачебная помощь. 4. Квалифицированная хирургическая помощь. 5. Специализированная хирургическая помощь.

Ответы:

1. Тяжелый синдром сдавления одной ноги с тяжелым прогнозом (сдавление 4 часа, тяжелые нарушения функции почек). 2. Извлечение из-под завала, введение наркотических анальгетиков, наложение давящей повязки на всю ногу, иммобилизация транспортная. 3. Введение обезболивающих. Транспортная иммобилизация ноги, катетеризация мочевого пузыря. Внутривенное введение 1, 5 литра кровозамещающих растворов, 400 мл 4% гидрокарбоната натрия, 10 мл 10% раствора хлористого кальция. Введение сердечно-сосудистых препаратов, антигистаминных препаратов, футлярная блокада на уровне верхней трети бедра. Обкладывание конечности пакетами со льдом. Если нет рвоты, то дача щелочного питья (по одной чайной ложке питьевой соды и поваренной соли на 1 литр воды). 4. Сортировка и направление в противошоковую палату в первую очередь. Внутривенное введение кристаллоидов (калий не вводить) и низкомолекулярных коллоидных растворов со стимуляцией мочеиспускания лазиксом и поддержания диуреза до 300 мл в час. На каждые 500 мл кровезаменителей вводится 100 мл 4% раствора гидрокарбоната калия. После стабилизации состояния осмотр в перевязочной. Выполнение широких фасциотомий на бедре и голени, дренирование разрезов салфетками, смоченными в водорастворимых антисептических мазях. Подготовка к эвакуации и эвакуация вертолетом на этап специализированной помощи. 5. Специализированная помощь раненым с СДР оказывается в госпиталях, где имеются отделения гемодиализа, где может быть осуществлена экстракорпоральная дезинтоксикация (гемосорбция, плазмоферез). Местная тактика лечения зависит от степени ишемии пораженной конечности.

ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Пороговый уровень:

Знать: детальную схему топографической анатомии области интереса, алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств и показания для их выполнения.

- 1) Профилактика воздушно-капельной инфекции
- 2) Наркоз. Определение понятия. Классификация
- 3) Стадии эфирного масочного наркоза
- 4) Преимущества и недостатки внутривенного наркоза
- 5) Техника интубационного наркоза

Продвинутый уровень:

Уметь на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования.

- 1) Послеоперационный период, фазы, опасности и осложнения.
- 2) Хирургическая операция и ее виды.
- 3) Раны. Особенности течения раневого процесса
- 4) Основные принципы лечения ран
- 5) Современные методы закрытия раневых дефектов

Владеть навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний.

Задача 44.

- 1) Перед отделкой операционного блока строительная организация запросила администрацию больницы: "Какие требования необходимо соблюсти при выполнении этих работ?" Какой бы Вы могли дать ответ?

Ответ: Стены, полы, перегородки должны быть из водостойких материалов, окрашенных в светлые тона; углы закругленные с антистатическим покрытием и т.д.

- 2) В операционном зале оборудована приточная вентиляция, обеспечивающая относительную смену воздуха 1 раз в 2 часа. Достаточно ли вентиляция или нет?

Ответ: Нет. Необходима проточно-вытяжная вентиляция с кондиционированием воздуха, с режимом обмена 3-4 раза в час.

- 3) Перед началом операционного дня санитарка протерла операционный стол, подоконники, вымыла пол с дез. раствором. Какой вид уборки выполнен? Ответ: Предварительная уборка.
- 4) После окончания операции санитарка промыла и просушила инструменты, убрала грязное белье, материал, протерла операционный стол и вымыла пол. Вид уборки?

Ответ: Ежедневная.

- 5) Во время операции санитарка периодически подбирает упавший материал, окровавленные салфетки, протирает пол от крови. Вид уборки?

Ответ: Текущая.

- 6) После очередной операции санитарка убрала инструменты, окровавленное белье, материал и протерла пол с дез. раствором. Вид уборки?

Ответ: Уборка после операции.

ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ

1. Переломы костей, вывихи: общие вопросы диагностики и лечения.
2. Термические повреждения: ожоги и отморожения.
3. Травма головы, груди и живота.
4. Рентгенологические и эндоскопические методы исследования.
5. Хирургическая операция.
6. Послеоперационный период.
7. Гнойно-резорбтивная лихорадка.
8. Сепсис.
9. Современные методы лечения гнойных ран (поликлиника).
10. Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки (поликлиника).
11. Гнойные заболевания кисти и стопы (поликлиника).
12. Гнойные заболевания серозных полостей.
13. Остеомиелит.
14. Методы стерилизации хирургического инструмента.
15. Шовный материал.

16. Методы физической антисептики
17. Виды химической антисептики
18. Биологическая антисептика.
19. Основные виды обезболивания
20. Подготовка к анестезии
21. Методы эндоскопического гемостаза
22. Новые технологии гемостаза
23. Консервативная комплексная терапия при кровотечении в зависимости от степени тяжести кровопотери
24. Трансфузиология как междисциплинарная наука
25. Посттрансфузионные осложнения
26. Препараты крови и кровезаменители
27. Классификация повреждений
28. Классификация, признаки переломов
29. Консервативное лечение переломов
30. Методы хирургического лечения переломов.
31. Теории канцерогенеза
32. Методы диагностики опухолей
33. Методы хирургического лечения
34. Предоперационный период, задачи и этапы.
35. Послеоперационный период, фазы, опасности и осложнения.
36. Хирургическая операция и ее виды.
37. Раны. Особенности течения раневого процесса
38. Основные принципы лечения ран
39. Современные методы закрытия раневых дефектов.
40. Гнойная хирургическая инфекция мягких тканей. Основы современной диагностики.

ВОПРОСЫ К УСТНОМУ ОПРОСУ

1. Антисептика. Определение понятия. Виды антисептики
2. Источники хирургической инфекции. Понятие об асептике
3. Современные принципы антибиотикотерапии
4. Требования к шовному материалу. Стерилизация шовного материала
5. Виды и правила укладки хирургического материала
6. Требования к перевязочному материалу. Стерилизация перевязочного материала
7. Судьба шовного материала в организме
8. Стерилизация режущего инструментария
9. Современные способы обработки операционного поля
10. Биологическая антисептика
11. Контроль за стерильностью перевязочного и операционного материала
12. Осложнения при антибиотикотерапии
13. Профилактика имплантационной инфекции
14. Группа красителей. Их применение
15. Аллергические реакции при антибиотикотерапии
16. Стерилизация оптического инструментария
17. Химическая антисептика. Группа окислителей
18. Профилактика эндогенной инфекции
19. Пути введения антибиотиков
20. Физическая антисептика. Определение понятия. Классификация методов
21. Профилактика воздушно-капельной инфекции
22. Наркоз. Определение понятия. Классификация
23. Стадии эфирного масочного наркоза
24. Преимущества и недостатки внутривенного наркоза

25. Техника интубационного наркоза
26. Преимущества интубационного наркоза перед масочным
27. Возможные причины асфиксии при масочном наркозе
28. Методы контроля за больным во время операции и наркоза
29. Местная анестезия. Определение, виды.
30. Преимущества и недостатки местной анестезии
31. Показания и противопоказания к местной анестезии
32. Терминальная анестезия. Показания, оценка способа
33. Техника спинномозговой анестезии
34. Осложнения спинномозговой анестезии
35. Эпидуральная анестезия
36. Инфильтрационная анестезия по Вишневскому. Отличительные особенности. Оценка метода
37. Терминальное состояние. Понятие. Стадии
38. Методы массажа сердца. Проведение закрытого массажа сердца
39. Прямой массаж сердца. Показания, техника выполнения
40. Комплекс реанимационных мероприятий при терминальном состоянии

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

Знать: общехирургический и специальный хирургический инструментарий.

Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).

Владеть: навыками использования хирургического инструментария.

- 1) Стерилизация хирургических инструментов, игл, шприцов, систем для инфузий, дренажей и др. Контроль эффективности стерилизации.
- 2) Стерилизация ионизирующим излучением. Ультрафиолетовая и ультразвуковая стерилизация. Методы химической стерилизации. Химические средства стерилизации и их применение.
- 3) Профилактика имплантационной инфекции. Стерилизация шовного материала, протезов. Газовая химическая стерилизация. Хранение стерилизованных материалов. Применение материалов и инструментов однократного использования.
- 4) Асептика участников операции и операционного поля. Профилактика воздушно-пылевой и воздушно-капельной инфекции. Способы обработки рук перед операцией. Техника и правила обработки рук. Подготовка и обработка операционного поля. Облачение в стерильную одежду, одевание, ношение и смена резиновых перчаток. Правила работы в условиях строгой асептики.
- 5) Механическая антисептика. Комплекс хирургической обработки ран. Дренирование ран. Физическая антисептика (высушение, облучение раны, применение гипертонических растворов, гигроскопических материалов и др.).

ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач

Знать: топографо-анатомические особенности всех областей человеческого тела и их послойное строение.

Уметь: на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования.

Владеть: навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний.

- 1) Химическая антисептика. Основные группы антисептических средств и

механизм их действия. Способы и методы антибиотикотерапии. Биологическая антисептика. Методы воздействия на иммунные силы организма. Пассивная и активная иммунизация. Энзимотерапия хирургической инфекции.

1) Понятие о повязке и перевязке. Сущность лечебного значения повязок.

Основные перевязочные материалы. Виды повязок: по назначению, по способам закрепления перевязочного материала, по локализации. Бинтовые повязки. Типы бинтования. Общие правила наложения повязок.

2) Транспортная иммобилизация - цели, задачи и принципы. Виды транспортной иммобилизации. Стандартные шины.

3) Понятие о гипсовых повязках. Определение качества гипсового порошка. Приготовление гипсовых бинтов и лангет. Гипсовые бинты фабричного приготовления. Основные правила наложения гипсовых повязок. Основные виды гипсовых повязок. Инструменты и техника снятия гипсовых повязок.

4) Оснащение для пункций, инъекций и инфузии. Общая методика проколов. Профилактика осложнений при проколах. Плевральная пункция, показания и противопоказания, техника пункции, извлечение газа или жидкости из плевральной полости.

ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Знать: детальную схему топографической анатомии области интереса, алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств и показания для их выполнения.

Уметь: определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств.

Владеть: техникой выполнения основных общехирургических оперативных вмешательств.

1) Оснащение для пункций, инъекций и инфузии. Общая методика проколов.

Профилактика осложнений при проколах Пункция брюшной полости и лапароскопия - показания и противопоказания, методика проведения.

2) Оснащение для пункций, инъекций и инфузии. Общая методика проколов.

Профилактика осложнений при проколах. Пункция мочевого пузыря.

3) Общая методика инъекций. Подготовка инструментария и больного.

Анатомические основы выбора мест для инъекций. Внутрисуставные инъекции. Подкожные инъекции. Внутримышечные инъекции. Показания, техника, возможные осложнения.

4) Венепункция. Кровоизвлечение из вены. Техника внутривенного вливания.

Возможные осложнения. Катетеризация периферических и центральных вен. Техника длительных инфузий. Измерение центрального венозного давления.

5) Типы дренажей и тампонов из перевязочного материала. Виды трубчатых дренажей. Пассивное и активное дренирование с помощью трубчатых дренажей.

Аппаратура для активной аспирации. Способы промывочно-аспирационного дренирования ран. Принципы и техника дренирования ран. Вакуумный дренаж раны.

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ

1. Источники и пути распространения хирургической инфекции. Эндогенные и экзогенные пути микробной контаминации. Госпитальная инфекция в хирургическом стационаре.

2. Современное понятие асептики. Организационные формы обеспечения асептики.

3. Асептика участников операции и операционного поля. Общие принципы и современные методы обработки рук хирургов перед операцией. Подготовка и обработка операционного поля.

4. Современное понятие антисептики. Виды антисептики и их принципы.
5. Механическая антисептика. Понятие о первичной и вторичной хирургической обработке ран, принципы и этапы выполнения.
6. Физическая антисептика. Методы и способы физической антисептики.
7. Химическая антисептика. Основные группы антисептических средств. Принципы рациональной антисептикотерапии.
8. Биологическая антисептика. Виды и средства биологической антисептики.
9. Показания к антибактериальной терапии. Выбор антибактериального препарата и метода его введения. Длительность антибактериальной терапии, оценка ее эффективности.
10. Болевой синдром. Механизмы и причины возникновения боли. Средства и принципы медикаментозного лечения болевого синдрома.
11. Виды местной анестезии: фармакохимическая и физическая. Показания и противопоказания.
12. Местная анестезия. Препараты для местной анестезии, механизм их действия, основные характеристики.
13. Местная терминальная и инфильтрационная анестезия. Показания, техника проведения, возможные осложнения.
14. Проводниковая анестезия. Показания, техника проведения, возможные осложнения.
15. Подготовка больных к анестезии. Премедикация и ее выполнение.
16. Виды наркоза. Показания и противопоказания к наркозу. Осложнения наркоза и ближайшего посленаркозного периода, их профилактика и лечение.
17. Иммунологические основы трансфузиологии. Групповые системы эритроцитов.
18. Групповая система АВ0. Методы определения группы крови по системе АВ0.
19. Групповая система резус. Методы определения группы крови по системе резус.
20. Показания и противопоказания к переливанию компонентов крови. Механизм их биологического действия.
21. Препараты крови. Принципы современной компонентной терапии.
22. Современные правила переливания препаратов крови по группам системы АВ0 и системы резус. Действия врача при переливании крови, заполнение документации. Контроль за состоянием больного при гемотрансфузии.
23. Гемотрансфузионные реакции и осложнения. Профилактика, диагностика и принципы лечения.
24. Гемотрансфузионный шок. Причины, патогенез, клинико-лабораторная картина и принципы лечения.
25. Кровосберегающие технологии в хирургии. Аутогемотрансфузия. Реинфузия крови.
26. Виды водно-электролитных и кислотно-основных нарушений у хирургических больных. Причины развития данных нарушений, диагностика и принципы лечения.
27. Инфузионная терапия. Принципы и методы ее проведения, показания и противопоказания.
28. Классификация препаратов для инфузионной терапии. Механизм действия. Показания, противопоказания к применению.
29. Инфузионные препараты гемодинамического действия. Механизм действия. Показания, противопоказания к применению.
30. Растворы для инфузионной терапии водно-электролитных и кислотно-основных нарушений. Механизм действия. Показания, противопоказания к применению.
31. Основные принципы составления инфузионной программы у хирургических больных. Базисная и корригирующая инфузионная терапия.
32. Система гемостаза. Методы исследования. Заболевания, вызывающие изменения в системе гемостаза. Влияние хирургических операций на гемостаз.
33. Нарушения в системе гемостаза: геморрагический синдром. Причины, диагностика, принципы коррекции.

34. Нарушения в системе гемостаза: гиперкоагуляционный синдром. Причины, диагностика, принципы коррекции. Профилактика и лечение тромбоэмболических осложнений.
35. ДВС-синдром у хирургических больных. Причины, диагностика, принципы коррекции.
36. Классификация кровотечений. Механизмы адаптации организма к кровопотере.
37. Клиническая картина кровотечений: общие и местные симптомы. Лабораторная и инструментальная диагностика кровотечений.
38. Оценка тяжести кровопотери и определение ее величины. Геморрагический шок. Клинические и лабораторные проявления.
39. Методы временной и окончательной остановки кровотечения.
40. Современные принципы и методы лечения кровотечения и восполнения кровопотери.
41. Парентеральное питание у хирургических больных. Показания и принципы проведения. Препараты для парентерального питания.
42. Понятие об эндогенной интоксикации. Принципы комплексного лечения синдрома эндогенной интоксикации в хирургической клинике.
43. Критические нарушения жизнедеятельности: классификация, симптоматика и диагностика. Признаки биологической смерти.
44. Принципы проведения сердечно-легочной реанимации, критерии ее эффективности.
45. Шок. Виды шока. Патогенез, различные виды шока, степени тяжести.
46. Клиническая картина, диагностика, и комплексная терапия шока. Критерии успешности лечения.
47. Хирургическая инфекция. Классификация. Местные и общие проявления гнойновоспалительных заболеваний. Лабораторная диагностика.
48. Современные принципы общего и местного лечения острых гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей.
49. Острая анаэробная клостридиальная хирургическая инфекция. Основные возбудители. Особенности клинической картины. Основные принципы лечения.
50. Острая анаэробная неклостридиальная хирургическая инфекция. Виды возбудителей. Особенности клинической картины. Основные принципы лечения.
51. Фурункул, карбункул. Причины возникновения, возбудители, симптоматика, диагностика, принципы местного и общего лечения.
52. Острый парапроктит. Классификация, причины возникновения, возбудители, симптоматика, диагностика, принципы местного и общего лечения.
53. Абсцесс, флегмона. Этиология, клиника, диагностика, местное и общее лечение.
54. Гнойные заболевания пальцев кисти. Классификация, причины возникновения, возбудители, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
55. Гнойные заболевания кисти. Классификация, причины возникновения, возбудители, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
56. Маститы. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
57. Гнойный паротит. Предрасполагающие факторы, клинические признаки, методы профилактики и лечения.
58. Острый гнойный плеврит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
59. Перитонит. Классификация, этиология и патогенез. Симптоматика и диагностика. Принципы и методы хирургического лечения перитонита.
60. Гнойные бурситы и артриты. Причины, клиническая картина, диагностика и лечение.
61. Рожь. Классификация, возбудитель, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
62. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, общее и местное лечение.

63. Хронический остеомиелит. Классификация, клиника, диагностика, общее и местное лечение.
64. Хирургический сепсис. Этиология, патогенез, клиническая картина. Входные ворота, роль макро- и микроорганизма в развитии сепсиса.
65. Синдром системной (генерализованной) воспалительной реакции. Клинико-лабораторная диагностика, принципы лечения.
66. Общие принципы терапии хирургического сепсиса. Роль хирургической санации первичного очага в лечении сепсиса.
67. Острая специфическая хирургическая инфекция. Основные заболевания, возбудители. Столбняк: клиническая картина, диагностика, принципы профилактики и лечения.
68. Виды травматизма, классификация травм. Понятие об изолированных, множественных, сочетанных и комбинированных повреждениях. Общие принципы диагностики травматических повреждений.
69. Понятие раны. Классификация ран. Патогенез и фазы течения раневого процесса. Клинические особенности различных видов ран, прогноз их течения.
70. Раневой процесс. Современное представление о фазах течения раневого процесса.
71. Виды заживления ран. Факторы, определяющие заживление ран первичным и вторичным натяжением. Заживление под струпом.
72. Современные принципы оперативного и консервативного лечения гнойных ран.
73. Огнестрельные раны. Механизмы повреждения тканей при огнестрельном ранении. Зоны повреждения тканей. Основные принципы лечения огнестрельных ранений.
74. Травматические повреждения головы. Классификация, клиническая картина, принципы диагностики и лечения.
75. Травматические повреждения груди. Классификация, клиническая картина, принципы диагностики и лечения.
76. Травматические повреждения живота. Классификация, клиническая картина, принципы диагностики и лечения.
77. Термические ожоги. Классификация, определение глубины и площади ожогов. Методы местного лечения.
78. Ожоговая болезнь. Патогенез, стадии течения, клиническая картина, лечение.
79. Лучевые и химические ожоги. Особенности клинической картины. Принципы лечения.
80. Общее переохлаждение. Предрасполагающие факторы, клиническая картина, лечение.
81. Отморожения. Классификация, клиническая картина, лечение.
82. Острые нарушения регионарного артериального кровообращения. Причины, общие принципы клинической и инструментальной диагностики. Принципы лечения.
83. Хронические нарушения регионарного артериального кровообращения. Причины, общие принципы клинической и инструментальной диагностики. Принципы лечения.
84. Острые нарушения регионарного венозного кровообращения. Причины, клиника, диагностика, принципы лечения.
85. Хронические нарушения регионарного венозного кровообращения. Причины, клиника, диагностика, принципы лечения.
86. Некрозы. Клинические формы. Причины возникновения. Гангрена, пролежни, трофические язвы. Профилактика и принципы лечения.
87. Злокачественные новообразования. Определение стадии рака. Специальные методы диагностики. Принципы комплексного лечения злокачественных опухолей. Понятие абластики и антибластики.
88. Хирургическая операция. Виды хирургических операций: плановые, срочные, экстренные, радикальные и паллиативные. Этапы хирургической операции.

89. Лечение больного в послеоперационном периоде. Клиническое наблюдение за больным. Оценка общего состояния больного и основных функциональных систем организма. Общие лечебные мероприятия и специальный уход. Профилактика послеоперационных осложнений.

90. Нозокомиальная инфекция. Источники госпитальных микроорганизмов. Пути распространения госпитальной инфекции. Методы профилактики госпитальной микробной контаминации.

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

1. Асептика. Источники и пути распространения хирургической инфекции. Экзогенная и эндогенная хирургическая инфекции. Профилактика эндогенной хирургической инфекции. Внутрибольничная (госпитальная) инфекция.
2. Организационные формы обеспечения асептики. Планировка и принципы работы операционного блока. Асептика оснащения и оборудования. Профилактика воздушной инфекции.
3. Профилактика контактной инфекции. Методы тепловой стерилизации. Оценка эффективности различных методов тепловой стерилизации. Стерилизация перевязочного материала, операционной одежды, белья, хирургических перчаток.
4. Стерилизация хирургических инструментов, игл, шприцов, систем для инфузий, дренажей и др. Контроль эффективности стерилизации.
5. Стерилизация ионизирующим излучением. Ультрафиолетовая и ультразвуковая стерилизация. Методы химической стерилизации. Химические средства стерилизации и их применение.
6. Профилактика имплантационной инфекции. Стерилизация шовного материала, протезов. Газовая химическая стерилизация. Хранение стерилизованных материалов. Применение материалов и инструментов однократного использования.
7. Асептика участников операции и операционного поля. Профилактика воздушно-пылевой и воздушно-капельной инфекции. Способы обработки рук перед операцией. Техника и правила обработки рук. Подготовка и обработка операционного поля. Облачение в стерильную одежду, одевание, ношение и смена резиновых перчаток. Правила работы в условиях строгой асептики.
8. Механическая антисептика. Комплекс хирургической обработки ран. Дренирование ран. Физическая антисептика (высушение, облучение раны, применение гипертонических растворов, гигроскопических материалов и др.).
9. Химическая антисептика. Основные группы антисептических средств и механизм их действия. Способы и методы антибиотикотерапии. Биологическая антисептика. Методы воздействия на иммунные силы организма. Пассивная и активная иммунизация. Энзимотерапия хирургической инфекции.
10. Понятие о повязке и перевязке. Сущность лечебного значения повязок. Основные перевязочные материалы. Виды повязок: по назначению, по способам закрепления перевязочного материала, по локализации. Бинтовые повязки. Типы бинтования. Общие правила наложения повязок.
11. Транспортная иммобилизация - цели, задачи и принципы. Виды транспортной иммобилизации. Стандартные шины.
12. Понятие о гипсовых повязках. Определение качества гипсового порошка. Приготовление гипсовых бинтов и лангет. Гипсовые бинты фабричного приготовления. Основные правила наложения гипсовых повязок. Основные виды гипсовых повязок. Инструменты и техника снятия гипсовых повязок.
13. Оснащение для пункций, инъекций и инфузий. Общая методика проколов. Профилактика осложнений при проколах. Плевральная пункция, показания и противопоказания, техника пункции, извлечение газа или жидкости из плевральной полости.

14. Оснащение для пункций, инъекций и инфузии. Общая методика проколов. Профилактика осложнений при проколах. Пункция брюшной полости и лапароцентез - показания и противопоказания, методика проведения.
15. Оснащение для пункций, инъекций и инфузии. Общая методика проколов. Профилактика осложнений при проколах. Пункция мочевого пузыря.
16. Общая методика инъекций. Подготовка инструментария и больного. Анатомические основы выбора мест для инъекций. Внутрикожные инъекции. Подкожные инъекции. Внутримышечные инъекции. Показания, техника, возможные осложнения.
17. Венепункция. Кровоизвлечение из вены. Техника внутривенного вливания. Возможные осложнения. Катетеризация периферических и центральных вен. Техника длительных инфузий. Измерение центрального венозного давления.
18. Типы дренажей и тампонов из перевязочного материала. Виды трубчатых дренажей. Пассивное и активное дренирование с помощью трубчатых дренажей. Аппаратура для активной аспирации. Способы промывочно-аспирационного дренирования ран. Принципы и техника дренирования ран. Вакуумный дренаж раны.
19. Принципы и техника дренирования грудной полости. «Подводный» дренаж по Бюлау. Принципы и техника дренирования брюшной полости. Дренирование полости суставов. Дренажи-микроиригаторы для введения медикаментов, постановка их, уход за ними.
20. Понятие о кровотечении и кровопотере. Классификация кровотечений. Клиническая картина внутреннего и наружного кровотечения. Отдельные виды кровоизлияний и кровотечений. Лабораторная диагностика кровопотери. Значение специальных методов диагностики кровотечения. Оценка тяжести кровопотери и определение ее величины.
21. Спонтанная остановка кровотечения. Методы временной остановки кровотечения, Методы окончательной остановки кровотечения. Остановка кровотечения с применением адгезивных средств. Химические методы остановки кровотечения. Биологические методы остановки кровотечения.
22. Осложнения кровотечений. Первая помощь при кровотечениях. Принципы лечения осложнений и последствий кровотечений. Транспортировка больных с кровотечением и кровопотерей.
23. Переливание крови. Иммунологические аспекты трансфузиологии. Основные системы антигенов-антител человека. Система групп крови АВО и система резус, их определение. Современные правила переливания крови по группам системы АВО и системы резус. Проба на совместимость крови донора и реципиента перед переливанием. Понятие об индивидуальном подборе крови. Документация переливания крови.
24. Организация службы крови и донорства в России. Правила обследования доноров крови и ее препаратов. Организация диагностических исследований на ВИЧ и другие инфекции, передаваемые трансмиссивным путем, в службе крови. Заготовка, консервирование крови и ее компонентов.
25. Препараты крови и плазмы. Компонентная гемотерапия. Виды и методы переливания крови, ее компонентов и препаратов: показания и техника. Осложнения при переливании крови, их профилактика и лечение. Реинфузия, аутоотрансфузия крови и ее компонентов.
26. Кровозамещающие жидкости. Классификация растворов для инфузионной терапии. Растворы с волемическим эффектом: солевые растворы, растворы декстрана, растворы желатины. Растворы с дезинтоксикационным эффектом. Корректоры водноэлектролитных нарушений. Инфузионные растворы для парентерального

- питания. Осложнения при переливании кровезаменителей. Первая помощь и лечение этих осложнений.
27. Виды наркоза. Ингаляционный наркоз - масочный и эндотрахеальный. Основные вещества, применяемые для наркоза. Аппаратура для наркоза. Принципы и правила работы с наркозными аппаратами и респираторами. Системы циркуляции дыхательной смеси во время наркоза.
28. Основные компоненты современной комбинированной общей анестезии. Премедикация и ее выполнение. Общая схема проведения типичного комбинированного эндотрахеального наркоза. Клиническая картина современной общей анестезии: оценка глубины наркоза по стадиям. Осложнения наркоза и ближайшего посленаркозного периода, их профилактика и лечение.
29. Виды местного обезболивания: фармакохимическая (терминальная, инфильтрационная, регионарная) и физическая. Медикаменты для местной фармакохимической анестезии. Показания и противопоказания к местной анестезии. Техника местной анестезии. Местная анестезия смазыванием и распылением анестетика. Простая инфильтрационная анестезия, инфильтрационная анестезия по А. В. Вишневскому.
30. Проводниковая эпидуральная, внутрикостная, внутривенная анестезия. Местная анестезия охлаждением. Новокаиновые блокады: показания к применению, техника, растворы. Возможные осложнения местной анестезии и пути их предупреждения.
31. Определение раны и симптоматика раны. Виды ран. Понятие об одиночных, множественных, сочетанных и комбинированных ранах. Фазы течения раневого процесса. Виды заживления ран. Принципы оказания первой помощи при ранениях. Первичная хирургическая обработка ран, ее виды. Вторичная хирургическая обработка. Закрывание раны методом кожной пластики.
32. Гнойные раны первичные и вторичные. Общие и местные признаки нагноения раны. Лечение гнойной раны в зависимости от фазы течения раневого процесса. Применение протеолитических ферментов. Дополнительные методы обработки гнойных ран.
33. Понятие о травме. Виды травматизма и классификация травм. Понятие об изолированных, множественных, сочетанных и комбинированных повреждениях. Медицинская профилактика травматизма. Общие принципы организации догоспитальной и стационарной травматологической помощи.
34. Виды механических травм: закрытые (подкожные) и открытые (раны). Закрытые механические травмы мягких тканей: ушибы, растяжения и разрывы (подкожные), сотрясения и сдавления, синдром длительного сдавления. Первая медицинская помощь и лечение закрытых травм мягких тканей.
35. Виды пневмоторакса: открытый, закрытый, клапанный (напряженный) наружный и внутренний. Первая помощь и особенности транспортировки при напряженном пневмотораксе, кровохарканье, инородных телах легких, открытых и закрытых повреждениях легких, сердца и магистральных сосудов. Особенности огнестрельных ранений груди, первая помощь, транспортировка пострадавшего.
36. Повреждения живота с нарушением и без нарушения целостности брюшной стенки, органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Задачи первой помощи при травме живота. Особенности первой помощи и транспортировки при выпадении в рану органов брюшной полости. Особенности огнестрельных ранений живота.
37. Ожоги. Классификация ожогов. Распознавание, глубины ожогов. Определение площади ожога. Прогностические приемы определения тяжести ожога. Первая помощь при ожогах. Первичная хирургическая обработка ожоговой поверхности: анестезия, асептика, хирургическая техника.
38. Методы лечения местного лечения ожогов: открытые, закрытые, смешанные.

Пересадка кожи. Антимикробная терапия (сульфаниламиды, антибиотики, сыворотки). Амбулаторное лечение ожогов: показания, противопоказания, методы. Восстановительная и пластическая хирургия послеожоговых рубцовых деформаций.

39. Ожоговая болезнь: 4 периода ее развития и течения. Общие принципы инфузионной терапии различных периодов ожоговой болезни, энтерального питания и ухода за больными.

40. Виды холодовой травмы: общие - замерзание и ознобление; местные - отморожения. Профилактика холодовой травмы в мирное и военное время. Симптомы замерзания и ознобления, первая помощь при них и дальнейшее лечение. Классификация отморожений по степеням. Клиническое течение отморожений: дореактивный и реактивный периоды болезни. Первая помощь. Общее и местное лечение.

41. Электротравма. Действие электрического тока на организм человека. Понятие об электропатологии. Местное и общее действие электрического тока. Первая помощь при электротравме. Особенности дальнейшего обследования и лечения местной и общей патологии. Поражения молнией. Местные и общие проявления. Первая помощь.

42. Химические ожоги. Воздействие едких химических веществ на ткани.

Особенности местного проявления. Первая помощь при химических ожогах кожи, полости рта, пищевода, желудка. Осложнения и последствия ожогов пищевода.

43. Понятие, о хирургической инфекции. Классификация хирургической инфекции: острая и хроническая гнойная (аэробная), острая анаэробная, острая и хроническая специфическая. Понятие о смешанной инфекции. Местные и общие проявления гнойно-септических заболеваний. Гнойно-резорбтивная лихорадка. Особенности асептики в гнойно-септической хирургии. Современные принципы профилактики и лечения гнойных заболеваний.

44. Местное неоперативное и оперативное лечение. Общие принципы техники оперативных вмешательств. Современные методы обработки гнойного очага и способы послеоперационного ведения. Общее лечение при гнойных заболеваниях: рациональная антибактериальная терапия, иммунотерапия, комплексная инфузионная терапия, гормонотерапия, ферментотерапия, симптоматическая терапия.

45. Острая аэробная хирургическая инфекция. Основные возбудители. Пути заражения. Патогенез гнойного воспаления. Стадийность развития гнойновоспалительных заболеваний. Классификация острых гнойных заболеваний. Местные проявления. Хроническая аэробная хирургическая инфекция. Причины развития. Особенности проявления. Осложнения: амилоидоз, раневое истощение.

46. Острая анаэробная хирургическая инфекция. Понятие о клостридиальной и неклостридиальной анаэробной инфекции. Основные возбудители. Условия и факторы, способствующие возникновению анаэробной гангрены и флегмоны. Комплексная профилактика и лечение клостридиальной анаэробной инфекции. Применение гипербарической оксигенации. Предупреждение внутрибольничного распространения анаэробной инфекции.

47. Место неклостридиальной анаэробной инфекции в общей структуре хирургической инфекции. Возбудители. Эндогенная анаэробная инфекция. Частота анаэробной неклостридиальной инфекции. Наиболее характерные клинические признаки: местные и общие. Профилактика и лечение (местное и общее) анаэробной хирургической инфекции.

48. Острая специфическая инфекция. Понятие о специфической инфекции, Основные заболевания: столбняк, сибирская язва, бешенство, дифтерия ран. Столбняк - острая специфическая анаэробная инфекция. Пути и условия проникновения и развития столбнячной инфекции. Инкубационный период. Клинические проявления. Профилактика столбняка: специфическая и неспецифическая. Значение ранней диагностики столбняка. Комплексное симптоматическое лечение столбняка.

49. Понятие о хронической специфической инфекции. Хирургический туберкулез у детей и взрослых. Формы хирургического туберкулеза. Наиболее частые формы костносуставного туберкулеза. Особенности туберкулезного натечного (холодного) абсцесса. Диагностика и комплексное лечение костно-суставного туберкулеза. Местное лечение натечных абсцессов и свищей. Туберкулезный лимфаденит.
50. Флегмоны шеи. Аксиллярная и субпекторальная флегмоны. Субфасциальные и межмышечные флегмоны конечностей. Флегмоны стопы. Гнойный медиастинит. Гнойный паранефрит. Причины возникновения, симптоматика, диагностика, принципы местного и общего лечения.
51. Гнойные бурситы. Гнойные артриты. Причины, клиническая картина, принципы лечения. Остеомиелит. Классификация. Понятие об экзогенном (травматическом) и эндогенном (гематогенном) остеомиелите. Симптоматика острого остеомиелита. Понятие о первично-хронических формах остеомиелита. Хронический рецидивирующий остеомиелит. Диагностика различных форм остеомиелита. Принципы общего и местного (оперативного и неоперативного) лечения остеомиелита.
52. Понятие о сепсисе. Виды сепсиса. Этиопатогенез. Представление о входных воротах, роли макро- и микроорганизмов в развитии сепсиса. Клинические формы течения и клиническая картина сепсиса. Диагностика сепсиса. Лечение сепсиса: хирургическая санация гнойного очага, общая заместительная и корригирующая терапия.
53. Абсолютные и относительные показания к операции в плановой и экстренной хирургии. Понятие о противопоказаниях к операции. Оценка операционного риска, пути его снижения. Подготовка больного к операции. Цели подготовки. Деонтологическая подготовка. Медикаментозная и физическая подготовка больного. Роль физической подготовки в профилактике послеоперационных инфекционных осложнений. Подготовка полости рта, подготовка желудочно-кишечного тракта, кожных покровов. Выбор обезболивания и подготовка к нему. Подготовка к экстренным операциям.
54. Понятие о хирургической операции. Виды хирургических операций: плановые, срочные, экстренные, радикальные и паллиативные. Типы операций: с удалением патологического очага, восстановительные (реконструктивные) и пластические операции. Элементы хирургической операции: анестезия, разъединение тканей, остановка кровотечения, удаление инородного тела или патологически измененных тканей, соединение тканей, дренирование операционной раны.
55. Подготовка к операции операционных помещений и оборудования. Операционный стол, положение больного на нем. Аппарат для диатермокоагуляции, «электронож», «лазерный скальпель». Электроотсосы. Централизованное газоснабжение операционного зала (кислород, закись азота, вакуум). Распределение обязанностей между всеми участками операции в период анестезии и операции. Контроль за состоянием больного во время операции.
56. Наблюдение за областью хирургического вмешательства. Диагностика осложнений в области раны и дренажей: послеоперационное кровотечение, эвентрация, нагноение раны - первая помощь и лечение. Местное лечение операционной раны.
57. Проведение общехирургического лечения. Послеоперационный режим, диета, медикаментозная терапия и парентеральное питание, физиотерапия и лечебная физкультура.
58. Амбулаторная карта и карта стационарного больного - их лечебное, научное и юридическое значение. Другая хирургическая документация.
59. Принципы лечения острого и хронического пиелонефрита, мочекаменной болезни. Принципы диетического питания. Определение и контроль гидробаланса. Оказание

медицинской помощи при почечной колике. Организация ухода за больными. Показания и противопоказания к госпитализации. Прогноз. Оформление медицинской документации.

60. Острая задержка мочи. Причины. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика острой задержки мочи на догоспитальном этапе. Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе. Показания к госпитализации. Выполнение лечебных вмешательств.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ (ЗАДАЧИ К ЭКЗАМЕНУ)

Задача № 1

Кормящую мать 28 лет, в течение двух недель беспокоят боли в левой молочной железе. Объективно: в верхне - наружном квадранте левой молочной железы отчетливо пальпируется плотное образование размером 6 x 8 см, резко болезненное, кожа над ним багрово - синюшной окраски, однако, размягчения или флюктуации нет. Общее состояние больной удовлетворительное, отмечает слабость, повышенную потливость, температура по вечерам достигает 38 °С. На протяжении последних 6 дней лечится амбулаторно у хирурга. Проведен курс антибиотикотерапии (ампициллин). Улучшения нет. Ввиду отсутствия эффекта направлена в стационар.

1. Ваш диагноз?
2. Каковы причины данного заболевания?
3. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае?
4. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Какова лечебная тактика?
6. Можно ли продолжать грудное кормление ребенка?
7. Какие средства могут применяться для прекращения лактации?
8. Назначьте антибактериальную терапию
9. Меры профилактики данного заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 1

Диагноз: Острый лактационный мастит в стадии инфильтрата. Лечебная тактика: госпитализация, интенсивная антибиотикотерапия (ампициллин), ретромаммарная новокаиновая блокада, противовоспалительное лечение, активное сцеживание молока, сухое тепло, обезболивание: баралгин, анальгин. При абсцедировании - оперативное лечение: вскрытие мастита. С целью подавления лактации можно использовать препараты, подавляющие секрецию пролактина (бромокриптин, парлодел 5 мг 2 раза в день 5-7 дней).

Задача № 2

Больной В., 34 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на незаживающую язву правой голени. В детстве была травма голени - скальпированная рана. В последующем сформировался деформирующий рубец, легко травмируемый. Периодически в области рубца образовывалась поверхностная язва, которая закрывалась после лечения мазевыми повязками. Последнее обострение месяц назад - появилась язва в области рубца, размерами до 1 см в диаметре, эффекта от лечения мазевыми повязками нет, язва увеличилась до 3-х см в диаметре, края стали плотными, подрытыми, пальпация безболезненная. В правой паховой области пальпируются два плотных малоподвижных безболезненных узла 1 см и 1,5 см в диаметре.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Назовите методы уточняющей диагностики?
3. Какой метод морфологической верификации диагноза следует использовать?
4. Возможное пребластомозное состояние и факторы риска возникновения заболевания?
5. План лечения?
6. Назовите методы профилактики рецидива заболевания?
7. Определите трудоспособность?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 2

Предварительный диагноз: Опухоль мягких тканей голени (Хроническая посттравматическая язва нижней трети голени. Подозрение на малигнизацию). Для уточнения диагноза необходимо выполнить: рентгенография голени, мазок-отпечаток с поверхности язвы (цитология), биопсия лимфоузла, по показаниям - УЗИ, КТ. Лечение: В зависимости от полученных результатов исследования, возможный вариант оперативного пособия: ампутация бедра, операция Дюкена.

Задача № 3

У девушки 17 лет появился болезненный ярко-красный угорь 0,5 см в диаметре на верхней губе, в центре его черная точка. С целью ускорения излечения пыталась его выдавить. На второй день увеличилась инфильтрация, поднялась температура до 38 С. За медицинской помощью не обращалась еще в течение 6 суток. Принимала аспирин, ампициллин. Доставлена в стационар в тяжелом состоянии с жалобами на сильную головную боль в затылочной области, слабость, рвоту, высокую температуру. Объективно: состояние больной тяжелое. Кожа бледная, температура 39 С. Пульс ритмичный 102 в минуту, артериальное давление 105/70 мм рт ст. При пальпации печень выступает из-под края реберной дуги. Местный статус: лицо отечно, глазные щели - 4 мм. В области левой носогубной складки инфильтрат 1х4 см, гиперемия, участок некроза 0,2 см расположен левее крыла носа в направлении к левому глазу. При наклоне головы кпереди появляется боль в затылочной области, ригидность затылочных мышц.

1. Ваш окончательный диагноз?
2. Что явилось причиной отека лица и головной боли?

3. Необходима ли госпитализация в хирургическое отделение?
4. Какой режим необходимо создать пациентке?
5. Тактика лечения больной?
6. Нужно ли проводить профилактику столбняка?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 3

Диагноз: Синус-тромбоз. Больной показана срочная госпитализация в хирургическое отделение или отделение интенсивной терапии. Больную необходимо обследовать и лечить как больную сепсисом. Особое внимание нужно уделить внутриартериальному введению антикоагулянтов и антибиотиков, для чего можно использовать катетеризацию сонной или поверхностной височной артерии, а также детоксикации и ГБО.

Задача № 4

В хирургическое отделение районной больницы доставлен мальчик 9 лет с жалобами на резкую боль в правом бедре, потрясающий озноб с повышением температуры до 39,6 С, головную боль, рвоту. За пять суток до этого лечился по поводу острого респираторного заболевания. При осмотре состояние тяжелое, лицо бледное, кожа сухая. Пульс 120 в мин., АД 90 и 55 мм рт ст. Правая нога полусогнута в коленном суставе, бедро увеличено в объеме на 2 см, кожа незначительно гиперемирована, горячая. Место наибольшей болезненности на передней поверхности нижней трети бедра.

1. Ваш диагноз и объем обследования.
2. С каким заболеванием следует провести дифференциальный диагноз.
3. Есть ли необходимость проведения рентгенологического обследования бедра.
4. Какое лечение показано.
5. Как купировать боль.
6. Какие могут быть осложнения.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 4

1. Острый гематогенный остеомиелит нижнего метафиза бедренной кости.
2. С сепсисом, столбняком, анаэробной инфекцией, пневмонией, —^трым лейкозом.
3. Рентгеновский снимок бедренной кости надо сделать, но он не будет на 5 день болезни информативен.
4. Хирургическое - вскрытие поднадкостничного абсцесса, перфорация кости несколькими отверстиями (трепанация кости), дренирование раны, наложение гонитной гипсовой повязки. Антибактериальная терапия (линкомицин).

5. Вскрытие абсцесса снимет боль. После операции обычные анальгетики, может быть 1-2 дня потребуются наркотики.

6. Сепсис.

Задача № 5

Больной 40 лет обратился к хирургу с жалобами на распирающую боль в области мизинца правой руки. Трое суток назад уколол палец гвоздем, тогда же рану обработал раствором йода. Постепенно интенсивность боли нарастала, появился выраженный отек тканей всего пальца. Объективно отмечается отечность и болезненность 5 пальца правой кисти, на ладонной его поверхности в области основной фаланги имеется рана 2х2 мм, покрытая коркой. Движения в пальце ограничены из-за усиливающейся при этом боли.

1. Варианты диагноза?
2. Какие условия необходимо соблюдать при лечении данной патологии?
3. Какой вид оперативного вмешательства целесообразен в данной ситуации?
4. Развитие каких осложнений возможно при данном заболевании?
5. Определите трудоспособность.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 5

По клинической картине можно думать о сухожильном панариции 5 пальца. Лечение - оперативное, вскрытие панариция. В послеоперационном периоде - интенсивная антибиотикотерапия, лечение по методу Фишмана, иммунотерапия, физиотерапия, механотерапия. Иммобилизация в функционально выгодном положении. Осложнения: флегмона клетчаточного пространства Пирогова, в отдаленном периоде - контрактуры.

Задача № 6

Мужчина 30 лет получил удар тупым предметом по голове. Терял сознание на несколько минут. Самостоятельно добрался до дома, лег спать. Утром жена не смогла разбудить. «Скорой помощью» доставлен в приемный покой ЦРБ. При госпитализации заторможен, сопротивляется осмотру, речевой контакт невозможен. При защитных движениях определяется снижение мышечной силы в правых конечностях. В левой височной области кожа осаднена. Левый зрачок шире правого. Пульс 48 в мин.

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Клинический диагноз.
4. Лечебная тактика в ЦРБ.
5. Принципы оперативного вмешательства.

6.Прогноз.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 6

1. Тяжелая закрытая черепно-мозговая травма, внутричерепная гематома слева, ушиб головного мозга.
2. Рентгеновские снимки черепа, эхоэнцефалоскопия, ЭКГ, консультация невропатолога, окулиста, общий анализ крови, кровь на сахар.
3. Первичная тяжелая закрытая черепно-мозговая травма, ВНУТРИЧЕРЕПНАЯ ГЕМАТОМА СЛЕВА, ушиб головного мозга тяжелой степени.
4. Резекционная трепанация черепа под наркозом.
5. Типичная резекционная трепанация в левой теменно-височной области, вскрытие твердой мозговой оболочки, удаление гематомы и отмывание сгустков, дренирование раны, швы на кожно-фасциальный лоскут. Твердая мозговая оболочка не зашивается.
6. Возможно благоприятный.

Задача № 7

Мужчина 30 лет получил удар по шее и затылку верхушкой упавшего дерева. Сознания не терял. Почувствовал прохождение «электрического тока», затем онемение и слабость в конечностях. Через 20 минут движения в конечностях восстановились. Доставлен в ЦРБ в кабине лесовоза в положении сидя. Жалуется на боли и ограничение движения в шейном отделе позвоночника. Вынужден держать голову руками. Имеется снижение мышечной силы в руках и ногах, снижение болевой чувствительности в кистях обеих рук, ногах и туловище с уровня реберных дуг. Мочевой пузырь переполнен. Самостоятельно помочиться не может.

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Транспортная иммобилизация и положение пострадавшего при транспортировке.
5. Принципы хирургического лечения.
6. Прогноз и экспертиза трудоспособности.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 7

1. Закрытая травма шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга. (Ушиб спинного мозга).
2. Рентгеновские снимки шейного отдела позвоночника, груди, головы, консультация невропатолога.

3. На постели на шите наложить больному манжеточное вытяжение за голову, назначить анальгетики, препараты для улучшения реологии крови, противоотечную терапию, вызвать на консультацию нейрохирурга-вертебролога.

4. Транспортировка с шейным ватно-марлевым воротником в положении лежа.

5. В случае перелома шейных позвонков, подвывиха показано оперативное лечение - декомпрессия спинного мозга и передний спондилодез. при выписке из стационара торакокраниальная гипсовая повязка.

6. Прогноз для жизни благоприятный, если не будет осложнений. Будет трудоспособен через 6-7 месяцев.

Задача № 8

Мужчина 36 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ через 30 минут после получения травмы с жалобами на боли в области лица, правой руки, передней поверхности груди, переднебоковой поверхности живота справа, правой ноги, озноб, жажду, тошноту, осиплость голоса. Обстоятельства травмы: при сварочных работах в гараже произошло воспламенение промасленной одежды. С помощью соседей по гаражам пламя удалось потушить, снять тлеющую одежду и вызвать «Скорую помощь». Первая медицинская помощь не оказывалась. В машине «Скорой помощи» в/в введено 1 мл 2 % раствора омнопона, наложены контурные повязки. Вы - дежурный врач ЦРБ. При осмотре: больной в сознании, возбужден, эйфоричен. неповрежденные покровы бледно-серые. Выраженный озноб. Пульс 96 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст., температура тела 36,2 С, ЧДД 30 в минуту. Мочи нет, в том числе по катетеру. Лицо - на щеках копоть, очаговые пузыри с прозрачным содержимым, участки спущенного эпителия, морщины - белые, волосы в носу опалены, голос осипший, зев гиперемирован, во рту и в носовых ходах - следы копоты. В области передней поверхности груди и живота справа определяется гиперемия с большими эпидермальными пузырями с прозрачным и геморрагическим содержимым, частично вскрывшимися и занимающими 1/4 указанных зон. На правом предплечье струп по всей окружности — плотный буро-коричневый струн с просвечивающими кожными сосудами, кисть - выраженный отек, ткани синюшно-бледные, по тылу кисти - единичный большой пузырь с геморрагическим содержимым. Правое плечо - коричневый струп и несколько больших пузырей с кровянистым содержимым - в нижней трети, в средней и верхней - десквамированный эпидермис, эрозивно кровоточащая поверхность - поражена передняя и наружная поверхность. На правом бедре по передненаружной поверхности имеется плотный коричневый струп от верхней до нижней трети поверхности с просвечивающими сосудами, остальная поверхность - чередование слущенного эпидермиса и больших пузырей с геморрагическим и студенистым содержимым. Вся правая голень покрыта плотным циркулярным струпом с коагулированными сосудами. Стопа резко отечна, синюшна, пульсация на артериях стопы не определяется. По тылу стопы - небольшой эпидермальный пузырь с прозрачным содержимым. Ожоговая поверхность на голени, предплечье, передненаружной поверхности бедра справа безболезненны. Общий анализ крови: эр. - 6.2 x 10¹²; Гв-220 г/л; ц. п. - 1,2; л. - 12,2 x 10⁹; СОЭ-25 мм/час.

1. Диагноз при поступлении.

2. Первая и доврачебная помощь.

3. С помощью каких проб можно определить глубину ожога.

4. Тактика и план лечения. Правило трех катетеров. Критерии выхода из ожогового шока.

5. Какие экстренные врачебные манипуляции необходимо выполнить

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 8

1. Термический ожог пламенем лица, правой руки, переднебоковой поверхности груди, живота, правой ноги I - II - III А- Б степени общей площадью 48 % (III Б - 25 %). Ожог верхних дыхательных путей (термо-ингаляционная травма). Тяжелый ожоговый шок (II степени).

2. Первая помощь - тушение и удаления горячей одежды. Длительное обливание обожженной поверхности холодной водой (в течение 20-30 минут до приезда «Скорой помощи»). По возможности - обезболивание, если нет рвоты, то дать внутрь воды, лучше минеральной. Наложить влажно-высыхающие, сухие повязки, можно обернуть больного чистыми простынями. Доврачебная помощь - введение обезболивающих (лучше - наркотические анальгетики внутривенно), исправление повязок, наложение контурных. При транспортировке более часа - начало инфузионной терапии шока (в периферическую вену) - реополиглюкин, полиглюкин, кристаллоиды. Обильное соляно-щелочное питье - при отсутствии рвоты.

3. Волосковая проба. Если опаленный волос выдергивается с трудом и болезненно - ожог поверхностный, если легко, безболезненно - значит глубокий. Спиртовая проба - если прикосновение марлевого шарика, смоченного спиртом вызывает боль - ожог поверхностный, если нет - глубокий. Проба иглой - если укол болезненный - то ожог поверхностный, если тупой, безболезненный - то глубокий.

4. Больной с обширными (48 %), в том числе, глубокими (25 %) ожогами, термо-ингаляционной травмой в состоянии тяжелого ожогового шока нетранспортируемый, задерживается на месте (ЦРБ). Начинается инфузионная терапия в магистральную вену, катетеризуется мочевого пузыря, к носовым ходам подается увлажненный кислород («правило трех катетеров»). После обезболивания выполняется снятие повязок, туалет ожоговой раны - удаление остатков сгоревшей одежды, десквамированного эпидермиса, вскрытие пузырей.

5. Некротомии на правой голени и правом предплечье - продольные разрезы на всю глубину струпа до жизнеспособных тканей, появления кровотечения (фасцию рассечь обязательно). Влажно-высыхающие повязки. Двухсторонняя шейная вагосимпатическая блокада по Вишневскому - ожог лица, термо ингаляционная травма. Экстренная профилактика столбняка - 3000 МЕ противостолбнячной сыворотки по Безредко, 1,0 мл столбнячного анатоксина. Инфузионная терапия ожогового шока (в первые 8 часов - 1/2 объема, остальное - в последующие часы). По принципу «на себя» вызывается врач-комбустиолог из областного ожогового центра (если пострадавший ребенок, то вместе с детским реаниматологом). Они оценивают состояние больного, помогают с катетеризацией магистральных вен, проверяют качество инфузионной терапии, лечебных манипуляций, назначают лечение. По выведении пациента из шока - перевод в ожоговый центр по согласованию с заведующим (больной должен быть обследован). Критерии выхода из ожогового шока:

подъем температуры тела до фебрильной, гектической, нормализация диуреза (до 40-60 мл/час) и гематокрита.

6. Правило «сотни» - возраст + % общей площади ожога + ожог дыхательных путей (10 %). более 100 - прогноз неблагоприятный; 80-100-сомнительный; мене 80 - благоприятный. В нашем случае 36 (лет) + 10 (ОДП) + 48 (%) = 104. 104 более 100 - прогноз неблагоприятный. Индекс Франка: поверхностный ожог 1 % = 1 ед; глубокий ожог 1% = 3 ед; ожог дыхательных путей = 30 ед; до 30 ед - легкий ожог; от 30 до 60 ед - ожог средней тяжести; от 60 до 90 ед - тяжелый ожог; более 90 ед - крайне тяжелый ожог. В нашем случае 23 ед + 75 ед + 30 ед = 128 ед. 23 (% поверхностного ожога) x 1 ед = 23 ед. 25 (% глубокого ожога) x 3 ед = 75 ед. 30 ед - ожог дыхательных путей. 128 ед более 90 ед - крайне тяжелый ожог.

Лечение: Местно I,II-мазь III-фуррациллин. Инфузионная терапия: 1 день объем инфузии (3 мл/кг) x процент ожога 2/3 ввести в первые 12 часов, 1/3 в остальное время. 2 день объем уменьшить на 1/3. 3 день объем уменьшить на 1/3. Соотношение кристаллоиды/коллоиды=3/1. А также фуросемид, плазма, антибиотики. Ингаляции с протарголом, эуфиллином.

Задача № 9

Женщина 32 лет, преподаватель музыки, поскользнулась и упала с упором на разогнутую правую кисть. Почувствовала резкую боль, «хруст» в области кистевого сустава. Самостоятельно добралась до травматологического пункта через 20 минут. При осмотре: штыковидная деформация с выпиранием дистального конца лучевой кости кпереди; умеренно выраженный отек в нижней трети предплечья и у основания кисти; резкая локальная болезненность при пальпации и нагрузке по оси; активные движения в кистевом суставе невозможны; почти полностью отсутствует функция пальцев. Вы врач травмпункта. Рентгенограммы прилагаются:

- после травмы
- после репозиции в гипсе.
- по спадении отека (7 суток после травмы).
- по снятии гипса (4 недели после травмы).
- через 6 месяцев после травмы.

1. Предварительный диагноз.
2. Первая медицинская и доврачебная помощь.
3. План обследования больной.
4. Клинический диагноз
5. Методика закрытой ручной репозиции, наложения гипсовой повязки.
6. План лечения.

7. Порядок выполнения рентгенограмм.
8. Профилактика сосудистых, нейро-вегетативных расстройств.

Ответы к задаче по хирургии

1. Предварительный диагноз. Закрытый разгибательный перелом правой лучевой кости в типичном месте со смещением.
2. Внутримышечное введение ненаркотических анальгетиков (анальгин, кеторол, баралгин). Правое предплечье и кисть фиксируют по ладанной поверхности лестничной шиной до локтевого сустава.
3. Рентгенография правого кистевого сустава в 2-х проекциях. При наличии сопутствующей патологии – ЭКГ, клинический, биохимический анализы крови, мочи, ультразвуковое исследование, осмотр терапевтом.
4. Закрытый неосложненный разгибательный перелом правой лучевой кости в типичном месте со смещением.
5. Производится в условиях травмпункта под местным обезболиванием. Больная лежит на столе, пострадавшая рука, отведенная и согнутая в локтевом суставе находится на приставном столике. Помощники осуществляют вытяжение по оси предплечья за I и II-III пальцы, противотяжение – за плечо. При постепенно нарастающем вытяжении кисть перегибают через край стола отводят ее в локтевую сторону. Травматолог пальпаторно проверяет стояние обломков и направление линии между шиловидными отростками. Не ослабляя вытяжения, накладывают гипсовую лонгету по тыльной поверхности от головок пястных костей до локтевого сустава с обязательным захватом предплечья на 3/4 окружности.
6. При успехе репозиции гипсовая повязка – 4 недели, ЛФК, физиолечение - восстановление движений в суставах кисти - 3 - 4 недели (учитывая характер работы больной лечение лучше проводить в условиях дневного стационара в отделении хирургии кисти). При неудаче репозиции – оперативное лечение в отделении хирургии кисти.
7. После травмы – уточнение диагноза. После репозиции в гипсе – контроль репозиции. По спадении отека (7 - 10 сутки) – вторичное смещение. По снятии гипса (4 недели) – контроль сращения. Через 6 месяцев после травмы – отдаленный результат.
8. Минимально травматичная репозиция в условиях полного обезболивания.
9. После наложения и застывания гипса марлевый бинт расцедь, края лонгеты раздвинуть, подбинтовать заново.
10. Возвышенное положение руки – пальцы вверх (не косыночная повязка).
11. Холод на область перелома – до 2-3 суток. Ранние активные движения пальцами – на 2-3 день. Сосудистая терапия – препараты никотиновой кислоты (теоникол 0,15 х 3 раза в день), флеботропные (детралекс 1 таб. х 2 раза в день), улучшающие микроциркуляцию (трентал 1 таб. х 3 раза в день) - весь период иммобилизации с постепенной отменой. По снятии гипса – местно троксевазин-гель, лиотон, активная ЛФК, отточный, затем

классический массаж. В условиях ЦРБ – госпитализация всех больных живущих вне районного центра.

Задача № 10

Мужчина 42 лет в состоянии алкогольного опьянения упал, поскользнувшись на улице, подвернув правую стопу кнаружи. Почувствовал резкую боль, «хруст». С помощью знакомых добрался до дома, приступая на поврежденную ногу. Через 5 часов протрезвел и вызвал «Скорую помощь» из-за болей и невозможности приступать на правую ногу. Вызвал врача «Скорой помощи». При осмотре правая стопа находится в положении пронации с отклонением кнаружи от оси голени. В нижней трети правой голени и на стопе - значительный плотный отек, окружность голеностопного сустава резко увеличена, кожа бледно-синюшная, напряжена, по передне-наружной поверхности стопы - эпидермальный пузырь 3х2 см с серозно-геморрагическим содержимым. Правая стопа холоднее левой, пульсация на тыльной артерии стопы и задней большеберцовой отчетливая, движения и чувствительность в пальцах стопы сохранены. При пальпации определяется резкая болезненность в области внутренней лодыжки и по проекции малоберцовой кости в ее нижней трети на 7 см выше края лодыжки. Здесь же прощупываются края костных отломков.

1. Предварительный диагноз.
2. Первая медицинская и доврачебная помощь.
3. Первая врачебная помощь.
4. Куда доставляется пострадавший: травмпункт, травматологический стационар?
5. План обследования больного.
6. Клинический диагноз.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 10

1. Закрытая пронационная травма правого голеностопного сустава: переломы обеих лодыжек, подвывих стопы кнаружи. (Закрытый перелом в средней трети голени)

2. Обезболивание (в/м - 2 % р-р промедола - 1 мл). Наложение асептической повязки на эпидермальный пузырь. Иммобилизация тремя лестничными шинами от оснований пальцев до средней трети бедра. Транспортировка в ЦРБ без нагрузки на ногу.

3,4 В ЦРБ выполняется рентгенограмма голеностопного сустава. Под в/в наркозом устраняется вывих стопы. Нога в сетчатом бинте подвешивается к надкроватной раме (надстопной раме шины Белера). Профилактика столбняка (эпидермальные пузыри) - противостолбнячная сыворотка - 3000 МЕ по Безредко, столбнячный анатоксин - 1,0 в/м. Сосудистые препараты - детралекс 1 таб х 2 раза (троксевазин 2 кап х 3 раза, эскузан 15 к х 3 раза, анавенон 1 таб х 3 раза), реополиглюкин 400,0 в/в капельно, аспирин 0,3 х 3 раза, трентал 1х3 раза.

5. Рентгенография голеностопного сустава в двух проекциях.

6. Диагноз: Закрытая неосложненная надсиндесмозная травма правого голеностопного сустава: перелом нижней трети малоберцовой кости, отрывной перелом внутренней лодыжки, разрыв дистального межберцового синдесмоза, подвывих стопы кнаружи.

7. Подвешивание стопы в сетчатом бинте. Постельный режим, нога подвешена в сетчатом бинте, вскрытие и заживление эпидермального пузыря, сосудистая терапия - до спадания отека. Обследование больного для оперативного лечения. Лечение только оперативное - в условиях травматологического отделения ЦРБ, либо в травматологическом стационаре (I, IV отделения КБ СМП им. Н. В. Соловьева). Остеосинтез лодыжек и обязательное наложение позиционного винта.

Задача № 11

Сержант 20 лет получил сквозное пулевое ранение средней трети левого плеча. Почувствовал сильную боль, рука перестала функционировать, повисла вдоль тела. При попытке движений - резкая болезненность, необычная деформация, похрустывание, подвижность в средней трети плеча. Из раны - обильное неппульсирующего характера выделение темной крови с каплями жира. Кисть теплая, отсутствует активное противопоставление первого пальца. Пульс на лучевой артерии сохранен.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ К ЗАДАЧЕ № 11

1. Раненый доставлен на МПП в стабильном тяжелом состоянии бледный, ЧДД 26 в мин, пульс 100 в мин, АД 100/60 мм рт. ст. Левая рука прибинтована к телу, повязка обильно промокла кровью. Мочился самостоятельно.

2. Рентгенограммы прилагаются.

1. Предварительный диагноз.

2. Медицинская помощь на этапах эвакуации.

3. Первая врачебная помощь (подробно) - Вы врач перевязочной МП 111.

4. Профилактика раневой инфекции.

5. Особенности квалифицированной и специализированной помощи.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 11

1. Сквозное пулевое ранение средней трети левого плеча. Огнестрельный перелом средней трети левой плечевой кости со смещением. Повреждение левого лучевого нерва. Шок I.

2. ПОЛЕ БОЯ (само-, взаимопомощь) - введение обезболивающих - шприц-тюбик из индивидуальной аптечки. Наложение давящей повязки (ИПП). Прибинтовывание руки к туловищу (ИПП). Дача внутрь таблетированных антибиотиков (АИ). МП Б (доврачебная медицинская помощь - санинструктор роты) -дополнительное введение обезболивающих, повторная дача таблетированных антибиотиков, исправление промокнувшей кровью повязки. Иммобилизация табельными средствами (одна лестничная шина от оснований пальцев кисти до правого надплечья, не заходя на него и косыночная повязка (из комплекта Б-2).

3,4 МПП (первая врачебная помощь - врач МПП). Дополнительное введение обезболивающих и антибиотиков (внутримышечно). Противостолбнячная сыворотка (3000 МЕ по Безредко) и столбнячный анатоксин (1,0 п/к, в/м). Если необходимо - исправление повязки, иммобилизации, футлярная новокаиновая блокада. При задержке на этапе - инфузионная терапия шока.

5. ОМО, ОМедБ (квалифицированная помощь - анестезиолог-реаниматолог, хирург). Окончательное выведение из шока (противошоковое отделение). Первичная хирургическая обработка огнестрельной раны с последующим наложением задней гипсовой лонгеты от оснований пальцев до правого надплечья, либо отводящей шины ЦИТО. Рациональная антибиотикотерапия, сосудистая терапия. ГОСПИТАЛЬНАЯ БАЗА (госпиталь для легкораненых специализированная помощь - ортопед-травматолог, нейрохирург, анестезиолог). Повторная хирургическая обработка раны, остеосинтез (очаговый, внеочаговый), шов (пластика) левого лучевого нерва. Антибиотики, иммуномодуляторы, сосудистые препараты, нейро-восстановительная, рассасывающая, витаминотерапия. Лечение осложнений.

Задача № 12

Мужчина 28 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ через два часа после травмы. Получил удар ножом в левую половину груди. Состояние тяжелое, сознание ясное. Покрит холодным потом, кожа бледная, пульс 120 в мин, АД 80 и 40 мм рт ст. В четвертом межреберье по средне ключичной линии слева рана 1,5 на 0,5 см с ровными краями, острыми углами, из раны выделяется воздух и алая кровь. При перкуссии укорочение перкуторного звука с уровня средней подмышечной линии (больной лежит), при аускультации дыхание слева резко ослаблено. Левая и правая граница сердца перкуторно расширены, верхушечный толчок не определяется. На ЭКГ - зона ишемии в передне-боковых отделах левого желудочка. На рентгеновском снимке в прямой проекции сглажена талия сердца, тень сердца в форме трапеции. В плевральной полости равномерное затемнение над всем легочным полем.

1. Диагноз.
2. Тактика в районной больнице.
3. Выбор анестезии.
4. Принципы операции.
5. Возможные осложнения после операции, их профилактика.
6. Что такое переливание утильной крови, техника выполнения.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 12

1. Проникающее ножевое ранение груди слева, ранение сердца, тампонада сердца. (Гемоторакс слева)
2. Срочное оперативное лечение.
3. Эндотрахеальный наркоз.

4. Торакотомия передне-боковая в 5 межреберья, рассечение продольное перикарда, наложение капроновых швов на рану миокарда, фенестрация перикарда, зашивание перикарда редкими швами, осушение и дренирование плевральной полости, зашивание раны грудной стенки.

5. Остановка сердца, повторная тампонада сердца, ателектаз полный или частичный, гемоторакс.

6. Это сбор крови, излившейся в плевральную полость, фильтрация ее через 8 слоев марли и вливание в вену. Добавлять гепарин 500 ед на 1 литр собранной крови.

Задача № 13

Женщина 69 лет упала, поскользнувшись на улице города на левой бок. Почувствовала резкую боль в области левого тазобедренного сустава, самостоятельно подняться не смогла. Прохожими вызвана бригада скорой медицинской помощи, которая приехала через 15 минут, выполнила обезболивание (в/м инъекция анальгина 50% - 2,0 и димедрола 1 % - 1,0), наложила три лестничные шины до верхней трети левого бедра и доставила пострадавшую в приемное отделение больницы скорой медицинской помощи через 30 минут после травмы. Вы врач приемного отделения. При осмотре: общее состояние больной средней тяжести, стабильное, кожные покровы бледноваты, ЧДД 22 в минуту, пульс 90 в минуту, АД 140/90 мм рт. ст. Жалуется на боли в области левого тазобедренного сустава. Ногю самостоятельно поднять не может, при настойчивой попытке - пятка скользит по поверхности кушетки, не отрываясь от неё. Левое бедро укорочено на 3 см (относительная длина), стопа резко ротирована кнаружи, положительный симптом Гирголава (увеличение пульса бедра под паховой связкой), большой вертел слева находится выше линии Розера-Нелатона, линия Шемахера проходят ниже пупка. Пульсация на тыльных артериях обеих стоп отчетливая. Рентгенограмма - прилагается ЭКГ: ЧСС 86 в минуту, ритм синусовый, электрическая ось сердца смещена влево, умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка. Анализ крови: эр. 3,5; Нв 114; ц. п. 0,8; л. - 5,5; э. 6; п 4; с. 60; л. - 24; м. 6; СОЭ - 12 мм/час; сахар - 5,2; билирубин общ. 11; ПТИ 82; остаточный азот - 0,3. Анализ мочи: цв. - с/ж, прозрачность - полная, уд. вес 1012, реакция щелочная, белок 0, эр. 0-1 в п/зр, л. - 1 - 2 в п/зр; осадок-аморфные трипельфосфаты. Осмотр терапевта: выявлены сопутствующие заболевания - гипертоническая болезнь II стадии, риск 2. Хронический холецистопанкреатит вне обострения.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования

3. Клинический диагноз

4. Какие ошибки допущены на догоспитальном этапе.

5. Особенности специализированной помощи при данной патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ 12

1. Рентгенограмма - прилагается

2. ЭКГ: ЧСС 86 в минуту, ритм синусовый, электрическая ось сердца смещена влево, умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка.

3. Анализ крови: эр. 3, 5; Нв 114; ц. п. 0, 8; л. - 5, 5; э. 6; п 4; с. 60; л. -24; м. 6; СОЭ - 12 мм/час; сахар - 5, 2; билирубин общ. 11; ПТИ 82; остаточный азот - 0, 3.

4. Анализ мочи: цв. - с/ж, прозрачность - полная, уд. вес 1012, реакция щелочная, белок 0, эр. 0-1 в п/зр, л. - 1 - 2 в п/зр; осадок-аморфные трипельфосфаты.

5. Осмотр терапевта: выявлены сопутствующие заболевания - гипертоническая болезнь II стадии, риск 2. Хронический холецистопанкреатит вне обострения.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 12

1. Предварительный диагноз: закрытый приводящий перелом шейки левого бедра.

2. План обследования: рентгенография левого тазобедренного сустава (рентгенография в двух проекциях), ЭКГ, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, осмотр терапевта.

3. Клинический диагноз: основной - закрытый приводящий неосложненный перелом шейки левого бедра со смещением; сопутствующий - артериальная гипертензия ФК I, хронический холецистопанкреатит вне обострения.

4. Ошибки на догоспитальном этапе: бригадой скорой помощи иммобилизация выполнена неверно - необходимо наложить шину Дитерихса. В случае ее отсутствия логичнее прибинтовать ногу к ноге, чем накладывать три лестничные шины до верхней трети бедра, утяжеляющие поврежденную конечность.

5. Специализированное лечение. При госпитализации скелетное вытяжение за гребень большеберцовой кости на кровати с валиком под колено накладывается только в случае ожидаемой задержки оперативного лечения. Обычно нога укладывается в среднефизиологическое положение. Лечение приводящих переломов шейки бедра - только оперативное. В пожилом возрасте (69 лет) выполняется эндопротезирование тазобедренного сустава. (Если меньше 60, то остеосинтез 3 винтами). В зависимости от сохранности выполняется тотальное или гемипротезирование. В данном случае показано тотальное замещение левого тазобедренного сустава.

Задача № 13

Мужчина 42 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ с жалобами на интенсивные боли в груди справа, усиливающиеся при дыхании, одышку в покое и слабость. Был избит неизвестными, били ногами в область груди справа. Состояние средней степени тяжести. Кожа и слизистые бледные. Пульс 94 в минуту, АД 100 и 70 мм рт ст. Число дыханий 24 в минуту. При пальпации определяется болезненность по ходу 4-5-6-7-8-9 ребер по передней и средней подмышечной линиям. Здесь определяется западение грудной стенки при вдохе. При перкуссии груди в положении лежа определяется притупление перкуторного звука с уровня задней подмышечной линии, при аускультации дыхание ослаблено над всей поверхностью правой половины груди, сзади дыхание не проводится.

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Клинический диагноз.
4. Лечение данного пациента в условиях ЦРБ.
5. Показания и техника выполнения плевральной пункции.
6. Показания к торакотомии при гемотораксе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ 13

1. Рентгенограммы прилагаются:

- после травмы;
- после операции.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 47

1. Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс справа, кровопотеря. шок 1 степени тяжести
2. Рентгенограмма груди в прямой проекции стоя, ЭКГ, общий анализ крови, кровь на сахар, свертываемость.
3. Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс средней величины, шок 1 степени тяжести.
4. Блокада мест переломов ребер, блокада межреберных нервов по паравerteбральной линии на уровне 3-10 межреберий, внутримышечное введение 2 мл 1% раствора промедола, пункция плевральной полости и эвакуация крови из нее, инфузионная терапия кровезамещающими растворами в объеме 2, 5 литров в сутки.
5. Пункция плевральной полости показана при гемотораксе. Она выполняется под местной анестезией в 5 межреберье по средней подмышечной линии.
6. Торакотомия не показана при гемотораксе малом и средней величины. При большом и тотальном гемотораксе необходимо сделать торакотомию, убрать излившуюся кровь, найти источник кровотечения, остановить кровотечение, дренировать плевральную полость, зашить торакотомную рану.

Задача № 14

У мужчины 38 лет обломками разрушившегося здания придавлена правая нога и правая половина таза. Освобожден через 4 часа. Состояние удовлетворительное. Умеренная боль во всей правой ноге. На этапе первой врачебной помощи (через 2 часа) боль в ноге резко

усилилась, появилось чувство онемения в ней. Появилась общая слабость, была однократная рвота. Больной сонлив. При осмотре состояние тяжелое. Заторможен. Бледен. Пульс 110 в мин, АД 90 и 60. Правая нога заметно увеличена в объеме, кожа синюшного цвета с участками подкожных кровоизлияний. Пульсация артерий стопы резко ослаблена. Ткани конечности напряжены. Кожа холодная. Чувствительность сохранена. Активные движения в коленном, голеностопном суставе и суставах стопы ограничены. Не мочится. Катетером выпущено 50 мл мочи темно-коричневого цвета.

1. Предварительный диагноз.
2. Доврачебная помощь.
3. Первая врачебная помощь.
4. Квалифицированная хирургическая помощь.
5. Специализированная хирургическая помощь.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 14

1. Тяжелый синдром сдавления одной ноги с тяжелым прогнозом (сдавление 4 часа, тяжелые нарушения функции почек).
2. Извлечение из-под завала, введение наркотических анальгетиков, наложение давящей повязки на всю ногу, иммобилизация транспортная.
3. Введение обезболивающих. Транспортная иммобилизация ноги, катетеризация мочевого пузыря. Внутривенное введение 1, 5 литра кровозамещающих растворов, 400 мл 4% гидрокарбоната натрия, 10 мл 10% раствора хлористого кальция. Введение сердечно-сосудистых препаратов, антигистаминных препаратов, футлярная блокада на уровне верхней трети бедра. Обкладывание конечности пакетами со льдом. Если нет рвоты, то дача щелочного питья (по одной чайной ложке питьевой соды и поваренной соли на 1 литр воды).
4. Сортировка и направление в противошоковую палату в первую очередь. Внутривенное введение кристаллоидов (калий не вводить) и низкомолекулярных коллоидных растворов со стимуляцией мочеиспускания лазиксом и поддержания диуреза до 300 мл в час. На каждые 500 мл кровезаменителей вводится 100 мл 4% раствора гидрокарбоната калия. После стабилизации состояния осмотр в перевязочной. Выполнение широких фасциотомий на бедре и голени, дренирование разрезов салфетками, смоченными в водорастворимых антисептических мазях. Подготовка к эвакуации и эвакуация вертолетом на этап специализированной помощи.
5. Специализированная помощь раненым с СДР оказывается в госпиталях, где имеются отделения гемодиализа, где может быть осуществлена экстрокорпоральная дезинтоксикация (гемосорбция, плазмоферез). Местная тактика лечения зависит от степени ишемии пораженной конечности.

Задача № 15

Мужчина 30 лет придавлен бортом опрокинувшейся грузовой машины. Основной удар пришелся на область лобка и правую половину таза. Через 4 часа попутной машиной доставлен в ЦРБ. Состояние тяжелое, бледен, адинамичен, число дыханий 24 в мин, АД 85 и 60 мм рт ст. Пульс 108 в минуту. Лежит на спине. Левая нога согнута в колене. Гематома на промежности и мошонке. Помочиться не может. На головке полового члена кровь, она вытекает из уретры. Живот при пальпации напряжен. Положительные симптомы раздражения брюшины, перистальтика не выслушивается.

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Клинический диагноз.
4. Принципы лечения. Хирургическая тактика на этапе квалифицированной хирургической помощи.
5. Прогноз.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 15

1. Закрытый перелом костей таза с повреждением промежностной части уретры. Закрытая травма живота с повреждением полового органа. Кровопотеря. Шок 2 степени тяжести.
2. Рентгенограмма таза и живота. Уретрография. Пальцевое исследование прямой кишки. УЗИ живота. Лапароцентез.
3. Закрытый перелом переднего полукольца таза и правой подвздошной кости, разрыв промежностной части уретры, кровопотеря, шок средней степени тяжести. Данных за повреждение полых органов живота нет.
4. Противошоковая терапия объемом 3, 5 литра, из них 1, 5 литра крови. После подъема артериального давления операция эпицистостомия, катетеризация уретры, дренирование околопузырной клетчатки по Буяльскому-Мак-Уортену, наложение стержневого аппарата внешней фиксации на таз.
5. Прогноз благоприятный.

Задача № 16

Мужчина 25 лет доставлен в участковую больницу через 3 часа после сквозного ранения правой половины груди из пистолета. Состояние тяжелое, число дыханий 28 в минуту. Цианоз. Шейные вены набухшие. Пульс 115, слабого наполнения, ритмичен, АД 105 и 55 мм рт ст. Умеренно выраженная подкожная эмфизема справа. Входная рана расположена в 3 межреберье по среднеключичной линии, выходная рана под нижним углом правой лопатки. Дыхание справа не выслушивается, слева обычное везикулярное, перкуторно над правой половиной груди коробочный звук. Границы сердца сохранены.

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.

3. Помощь на этапе первой врачебной помощи.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 16

1. Сквозное огнестрельное ранение правой половины груди, повреждение легкого, пневмоторакс.

2. Если в участковой больнице имеется рентгеновский аппарат, то необходимо выполнить рентгеновский снимок груди в прямой проекции.

3. Сделать плевральную пункцию во втором межреберье по среднеключичной линии, удалить воздух. Ввести наркотические анальгетики. Ввести противостолбнячную сыворотку. Созвониться с хирургом районной больницы и на санитарной машине отправить больного в районную больницу в сопровождении медицинской сестры.

Задача № 17

В хирургический стационар поступил мужчина 33 лет с повреждением крупного сосуда и массивной кровопотерей. АД - 60/0. Пульс 120 в 1 мин. слабого наполнения. На фоне проведения инфузионной терапии плазмозамещающими растворами и кристаллоидами, произведено оперативное вмешательство (наложен сосудистый шов). Произведено так же переливание 1л. одногруппной крови. Через 3 часа у больного появились боли в спине, озноб, головная боль, снижение АД. Моча, выведенная катетером, бурого цвета.

1. Как Вы трактуете данное состояние?

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

3. Какова лечебная тактика врача?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 17

У больного клиника гемотрансфузионного шока, причиной может быть переливание индугруппной крови вследствие врачебной ошибки или гемолизированной индугруппной крови. Необходимые исследования: анализ крови на билирубин, общий анализ мочи. Лечение: Обменное переливание крови, внутривенно -реополиглюкин, инфузионная терапия, глюкокортикоиды, паранефральные новокаиновые блокады. Преднизолон 75-100 г, 5%-400 мл NaHCO₃, 0,006%-1 мл коргликон на 20 мл глюкозы, 1%-1 мл промедол, кордиамин 2 мг, реополиглюкин до 1 литра. Лазикс.

Задача № 18

Женщина 28 лет жалуется на наличие образования в левой подмышечной области, которое в период менструального цикла становится плотнее, слегка болезненным. Образование округлой формы, диаметром 4 см, мягко-эластической консистенции, имеет дольчатое строение.

1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные методы обследования позволяют верифицировать диагноз?

3. Какую опасность представляет данное заболевание?

4. Тактика при данной патологии?
 5. С каким заболеванием следует дифференцировать данную патологию?
65. Фиброзно-кистозная мастопатия

Ответ к задаче по хирургии

1. Диффузная форма мастопатии.
2. ОАК, ОАМ, СРБ, маммография, УЗИ, пункционная биопсия.
3. Данное заболевание является факультативным предраком.
4. Коррекция гормонального фона- используются андрогены, а так же мастодинол, маммолептин, йодомарин, рекомендуются роды. Оперативное лечение- подкожная или простая мастэктомия, секторальная резекция, в зависимости от характера патологического процесса.
5. Следует дифференцировать с раком, туберкулезом, другими доброкачественными опухолями

Задача № 19

У кормящей женщины 24 лет через 2 недели после родов появились колющие боли в левой молочной железе. Железа увеличилась в объеме. На следующий день температура поднялась до 39 °С, появились головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление левой грудью стало болезненным. При обследовании обнаружено, что левая железа увеличена в объеме, имеется лимфангоит. При пальпации железа диффузно болезненна, плотноватая, но ни локальных инфильтратов, ни участков флюктуации не определяется. Пульс 92 в минуту, ритмичный, артериальное давление 120/ 70 мм рт ст.

1. Ваш диагноз?
2. Классификация данного заболевания
3. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае?
4. Возможна ли консервативная тактика?
5. С каким заболеванием следует дифференцировать?
6. Можно ли продолжать кормление ребенка?
7. Какие средства применяются для прекращения лактации?
8. Назначьте антибактериальную терапию выпиской рецептов
9. Каковы меры профилактики данного заболевания?

Ответ к задаче по хирургии

1. Острый лактационный мастит левой молочной железы в стадии инфильтрации.
2. 1) - острый 3) - ретромаммарный
- хронический – субареолярный - премаммарный
- 2) - серозная форма – паренхиматозный - инфильтративная - интерстициальный
- абсцедирующая
3. ОАК, ОАМ, СРБ, маммография, УЗИ молочной железы, пункционная биопсия (цитология, посевы на стерильность),
4. Консервативная тактика возможна.
5. Маститоподобная форма рака, туберкулез, актиномикоз.
6. Кормление грудью не прекращают. 7. Бромкрептин, парлоден. 8. Амоксиклав
Цефазолин 1,0 9. Тщательный уход за молочной железой, сцеживание молока.

Задача № 20

Больная Н. 28 лет обратилась к врачу с жалобами на уплотнение в левой паховой области. Из анамнеза выяснили, что 6 месяцев назад оперирована амбулаторно: удалена небольших размеров опухоль розово-коричневого цвета на левой голени. Гистологического исследования не производилось. При осмотре голени виден послеоперационный рубец на передней поверхности длиной 3 см, мягкий, без признаков воспаления. Паховые лимфатические узлы слева плотные, малоподвижные, безболезненные. Кожа над ними не изменена. В других органах и тканях патологических изменений при клиническом обследовании не обнаружено.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какой метод морфологической верификации диагноза целесообразно применить?
3. План уточняющей диагностики?
4. Возможности хирургического лечения: название и объем операции?
5. Дополнительные методы лечения?
6. Укажите диагностические и тактические ошибки предшествующего лечения?
7. Какие специальные документы следует заполнить?

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. Пигментный невус? Меланома?
2. Пункционная или эксцизионная бтопсия паховых лимфатических узлов.
3. Морфологическая верификация опухоли и метастазов (лимфоузлов).

Обследование на метастазирование в другие органы. 4. Операция Дюкена. 5. Лучевая и химиотерапия.

6. Амбулаторное удаление опухоли без консультации онколога и проведение гистологического исследования. 7. Онкологические документы (протокол запущенности).

Задача № 21

В областную больницу из района авиатранспортом доставлен больной тракторист 28 лет с жалобами на боль в правой стопе, подергивание мышц стопы, боль в спине, обильное потоотделение, затруднение при открывании рта, повышение температуры. Из анамнеза выяснено, что 5 дней назад наступил на острый металлический предмет, за медпомощью не обращался, рану промыл водой и смазал края раны настойкой йода. Спустя 3 суток появились подергивания в стопе, потливость, высокая температура. Через 5 суток после травмы - затруднение при открывании рта. Объективно: состояние больного тяжелое. Пульс 108 в 1 минуту. АД-120/80 мм Hg, тоны сердца ясные, кожа влажная, бледная, температура 38,9°C. Местный статус: на подошвенной поверхности правой стопы в области III плюсневой кости рана 0,5х0,5 см, края неровные, отечные, из раны выделяется гной, вокруг раны инфильтрат 3х3 см, резкая болезненность при пальпации.

1. Диагноз
2. Почему доставлен больной в областную больницу?
3. В каком отделении должен лечиться данный больной?
4. Какое лечение показано данному пациенту?
5. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
6. Особенности транспортировки больного

Ответ к задаче № 21

1. Столбняк. 2. Показано лечение в условиях отдельной палаты интенсивной терапии с привлечением хирургов. Серотерапия. Противосудорожная терапия (феннотиозиновый ряд). Поддерживающая терапия.

3. На носилках. Санавиация. Вертолетом либо самолетом. Автотранспортировка относительно противопоказана.

4. Затемненная палата. Хирургическая обработка раны. Синдромная терапия.

5. Остановка дыхания в связи с повреждением в системе сосудов малого круга кровообращения. (60 – 80%). Паралич сердечной деятельности.

Задача № 22

Больная, 52 лет, обратилась к врачу с жалобами на высокую температуру тела до 39°C, покраснение, отек правой стопы и голени, наличие пузырей на коже правой голени. Из анамнеза: год назад находилась на стационарном лечении по поводу идентичной патологии. При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. В легких

везикулярное дыхание, хрипов нет. PS - 96 в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Стул регулярный, оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Status localis: правая голень резко отечна, с переходом на стопу, кожные покровы ярко гиперемированы с четкими границами, имеются множественные пузыри с серозным содержимым и участки диэпителизации. В области I межпальцевого промежутка правой стопы - инфицированная трещина.

1. Клинический диагноз.
2. Этиопатогенез данного заболевания.
3. Клиническая классификация данного заболевания.
4. Основные принципы лечения данной патологии.

Ответ к задаче № 22

2. Рожистое воспаление голени.
3. Чаще стрептококковая инфекция. Входные ворота обычно острые травматические повреждения, либо трещины в зоне межпальцевых промежутков, возможно грибковые повреждения пальцев и ногтей.
4. Стадии: эритематозная, булезная, гангренозная.
5. Антибактериальная, детоксикационная терапия, местно повязки с антисептическими средствами. Специфическое лечение первичного очага инфекции.

Задача № 23

Больной К., 45 лет строитель, обратился в поликлинику с жалобами на сильные боли в области правой кисти, усиливающиеся при движениях, отек кисти, слабость, повышение температуры тела до 39 С. Из анамнеза установлено, что несколько дней назад уколол проволокой проксимальную фалангу первого пальца правой кисти. Через сутки появился отек, гиперемия, пульсирующие боли в области пальца, затруднения при его разгибании. Самостоятельно не лечился. Спустя 3 дня боли в кисти резко усилились, отек распространился на всю кисть, появилась слабость, головные боли, температура тела поднялась до 39 С. При осмотре: Состояние больного средней тяжести, температура тела 38.8 С, пульс 100 в минуту. Правая кисть резко отечна, багрово- синюшного цвета. При пальпации, на ладонной поверхности резкая болезненность, особенно в проекции сухожилий сгибателей 1 и 5 пальцев. Активные движения в кисти отсутствуют, пальцы несколько приведены к ладони, при попытке их пассивного разгибания больной кричит от боли. Также имеется гиперемия, болезненность в дистальной части правого предплечья. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены и болезненны при пальпации.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какое осложнение имеется у больного?
3. Механизм возникновения данного осложнения.
4. Тактика лечения.

5. Особенности хирургического пособия при этом заболевании.
6. Варианты обезболивания.
7. Оценка трудоспособности.
8. Прогноз.

Ответ к задаче № 23

1. Поверхностная флегмона правой кисти. (Пространство Пирогова).
2. Микротравма.
3. Иммобилизация. В/в введение антибиотиков по Фишману. Общая антибактериальная и детоксикационная терапия. Иммунизация. При прогрессировании оперативное вмешательство.
4. Избежать повреждения зоны Конавелла и отводящего нерва. 5. Местное, в/венное и наркоз.
6. Больничный лист на время пребывания в стационаре с последующей амбулаторной реабилитацией до 12 дней. Перевод на легкий труд до 1 месяца.
7. При правильно проведенном лечении – благоприятный исход.

Задача 24.

Больная М. 55 лет упала дома, ударившись правой половиной грудной клетки о тумбочку. Почувствовала сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при перемене положения тела. Вызвала «скорую», и была доставлена в больницу. При осмотре – жалуется на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся на вдохе. Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, за исключением боковой поверхности грудной клетки справа, где имеется кровоподтек ~ 17×10 см. При пальпации в проекции IV, V, VI, VII ребер справа по средне-подмышечной линии резкая боль, нечеткая крепитация костных отломков, подкожной эмфиземы нет. При перкуссии и аускультации легких патологии нет. Нб – 140 г/л, ЧДД 18 в', Ps – 92 уд в', АД – 130/80 мм рт. ст. На R – грамме легких гидро- и пневмоторакса нет, имеется перелом IV, V, VI, VII ребер справа по средне-подмышечной линии. Больной сделана п/к инъекция промедола 1% – 1,0 мл, выполнена местная анестезия, назначен постельный режим.

Вопросы:

1. Какой оптимальный вид местного обезболивания необходимо выполнить больной с множественными переломами ребер?
2. Техника выполнения этого вида анестезии, необходимые препараты, их концентрация, дозировка?
3. Какие методы местной анестезии можно еще применить при переломе ребер?
4. Какие возможные осложнения со стороны органов грудной клетки могут быть при переломе ребер?
5. Каковы методы диагностики этих осложнений?

Ответы:

1. Шейная вагосимпатическая блокада по А.В. Вишневскому на стороне поражения.
2. Пациент находится в положении лежа на спине, с отведенной в противоположную сторону месту анестезии головой. Грудино-ключично-сосцевидную мышцу отводят кпереди в на границе верхней и средней её третей делают вкол. Иглу продвигают по направлению к позвоночному столбу, уткнувшись в него вводят раствор анестетика. Используют новокаин 0,5% раствор в количестве 30 – 40 мл.
3. Блокада места перелома ребер, межреберная блокада, паравертебральная блокада.
4. Гемоторакс, пневмоторакс, гемопневмоторакс, подкожная эмфизема.
5. Перкуссия, аускультация, рентгенография грудной клетки, УЗИ, КТ, диагностическая пункция.

Задача 25.

Во время экстренной операции по поводу желудочно-кишечного кровотечения пациенту по показаниям было струйно перелито 2 дозы эритроцитарной массы. В конце переливания второй ампулы отмечено резкое снижение АД до 60/20 мм рт. ст., тахикардия до 162 ударов в минуту. Отмечена макрогематурия по мочевому катетеру, повышенная кровоточивость из операционной раны.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Возможные причины развития данного состояния?
3. Чем обусловлена макрогематурия у данного пациента?
4. Какие пробы следует проводить перед переливанием эритроцитарной массы?
5. Лечебные мероприятия при данном состоянии?

Ответы:

1. Гемотрансфузионный шок.
2. Переливание несовместимой трансфузионной среды по системе АВО и Резус. Переливание индивидуально несовместимой трансфузионной среды. Переливание с нарушением правил переливания трансфузионных сред. Переливание трансфузионной среды с истекшим сроком годности.
3. Гемолиз эритроцитов, острая почечная недостаточность.
4. Проба на индивидуальную совместимость по системе АВО. Проба на индивидуальную совместимость по резус-фактору, биологическую пробу.
5. 1) прекратить переливание трансфузионной среды
2) введение кардиотонических препаратов
3) переливание плазмозамещающих растворов противошокового действия
4) борьба с почечной недостаточностью.

Задача 26

Больная Ф., 70 лет, поступила через 7 суток сначала заболевания с жалобами на припухлость и боли в правой ягодичной области, повышение температуры тела

до 38,2 градусов. Со слов больной, в связи с повышением АД до 190 и 120 мм рт. ст. «скорая» сделала ей неделю назад в/м инъекцию сернокислой магнезии. Через 2 дня появилось болезненное уплотнение в правой ягодице. Делала «йодную сетку» по совету соседей, прикладывала горячую грелку. Боль усилилась, температура тела поднялась до 38,2 градусов Цельсия, в связи с чем обратилась в больницу. Состояние средней тяжести. PS — 100 ударов в мин. АД 160 и 100 мм. рт. ст. В области верхне-наружного квадранта правой ягодицы плотный, резко болезненный инфильтрат 10×14 см, гиперемия кожи, местная гипертермия. Флюктуация в центре. В правой паховой области умеренно болезненные 2 образования 1,0х 1,5 см, подвижные, без гиперемии.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Наиболее частый микробный возбудитель патологии?
3. С чем необходимо дифференцировать образования в паховой области?
4. Какие дополнительные методы исследования можно применить для подтверждения основного диагноза?
5. Ваша лечебная тактика?

Ответ:

1. Постинъекционный абсцесс правой ягодицы, паховый лимфаденит справа, гипертоническая болезнь.

2. Золотистый стафилококк.

3. Дифференциальный диагноз с гидраденитом, фурункулами, актино-микозом, метастазами рака, туберкулезным лимфаденитом, сифилисом, лимфолейкозом и лимфогранулематозом.

4. УЗИ, пункция инфильтрата в центре флюктуации.

5. Вскрытие, санирование и дренирование полости гнояника., антибактериальная, дезинтоксикационная терапия.

ЗАДАЧА № 27

Во время гололеда женщина упала, ударила головой об асфальт. Была однократная рвота сразу после травмы. Жалуется на головную боль, слабость, головокружение. Гемодинамические показатели в пределах нормы. Ваш диагноз и действия.

ОТВЕТ № 27

Сотрясение головного мозга. Тактика: R-снимок черепа, постельный режим 7-10 суток. Седативная, сосудорасширяющая, антигистаминная, противоотечная терапия. Наблюдение.

ЗАДАЧА № 28

У больного клинорентгенологическая картина вывиха левого плеча после травмы. Травматолог произвел вправление вывиха по Кохеру. Как подтвердить правильность выполнения манипуляции и какие рекомендации нужно дать больному по дальнейшей реабилитации?

ОТВЕТ № 28

После вправления необходим рентгенологический контроль. Конечность фиксируют гипсовой лонгетой, повязкой Дезо или косыночной повязкой на 2-3 недели.

ЗАДАЧА № 29

Больной С., 20 лет, поступил в хирургическое отделение с диагнозом «острый аппендицит». Час тому назад он употреблял пищу. Стул был сутки тому назад. Больному показания экстренная операция.

Какую подготовку желудочно-кишечного тракта Вы должны провести больному и с какой целью?

ОТВЕТ № 29

При предоперационной подготовке больного в данном случае перед операцией проводят промывание желудка для предупреждения рвоты или регургитации во время наркоза.

ЗАДАЧА № 30

У больного Ш. около 3-х недель тому назад была травма металлической стружкой в проекции проксимального межфалангового сустава по ладонной поверхности. Стружку удалили в медпункте на работе, ранку обработали 5% спиртовым раствором йода.

Постепенно стали нарастать боли в этом суставе, палец приобрел веретенообразную форму, движения в суставе стали резко болезненные, а затем с патологической подвижностью в нем. Кожа над суставом гиперемирована.

Ваш диагноз? Стадия процесса? Вид специального обследования, которое помогло установить диагноз? Вид оперативной помощи? Послеоперационное ведение больного?

ОТВЕТ № 30

Диагноз – суставной панариций проксимального сустава III пальца правой кисти, вторая стадия, так как R-логически выявлена деструкция суставных поверхностей хрящей.

Клинический диагноз подтвержден данными R-логического обследования. Лечение – операция: артротомия с резекцией суставных поверхностей и дренированием. Посев. В послеоперационном периоде покой. Гипсовая лонгета в функциональном положении III пальца, перевязки, санация раны. Местно: физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура, парентеральная антибиотикотерапия. Посев гноя (или кусочка некротизированных тканей) из раны.

ЗАДАЧА № 31

На 3-й день после родов у женщины 24 лет проявилось ощущение тяжести и напряжение в правой молочной железе, которое постепенно усилилось, стало определяться опухолевидное образование, достаточно подвижное, с четкими границами, бугристой поверхностью, безболезненное. При надавливании на него молоко выделяется свободно, сцеживание безболезненно, после сцеживания женщина испытывала облегчение, температура тела нормальная - 36,8о. Однако, на 4-5-е сутки повысилась температура до 37,2-37,4о. Лейкоциты крови $7,2 \times 10^9/\text{л}$. Женщина обратилась в поликлинику.

Какой процесс развился у женщины? Каков Ваш диагноз? Какое лечение Вы назначите: возможно консервативное или необходимо прибегнуть к оперативному вмешательству?

ОТВЕТ № 31

У женщины после родов развился острый застой молока. Необходимо придать железе возвышенное положение с помощью мобилизирующей повязки или лифчика, сдавление железы должно отсутствовать. Продолжается кормление грудью, сцеживание молока с помощью молокоотсоса, ограничивают прием жидкости, назначают но-шпу и окситоцин. Следует учитывать, что не всегда удастся дифференцировать острый застой молока от начальной формы мастита, поэтому если температура увеличивается, то любое нагрубание молочных желез следует расценивать как серозную стадию мастита и необходимо своевременно начать лечение.

ЗАДАЧА № 32

У больного с множественными огнестрельными ранениями бедра после хирургической обработки рана ушита наглухо. Наложена гипсовая лонгета. Через 1 сутки

диагностирована клостридиальная инфекция. В связи с неэффективностью хирургического лечения выполнена ампутация бедра под жгутом с формированием культи выкроенными лоскутами. Культи ушита с оставлением 2-х перчаточных дренажей. В дальнейшем состояние ухудшилось, признаки клостридиальной инфекции выявлены в области культи с переходом на брюшную стенку.

а) Какие ошибки были допущены в лечении больного?

б) Как продолжить лечение?

ОТВЕТ № 32

а) После ревизии рана ушита наглухо, технически неправильно выполнена ампутация. Неизвестно, проводилось ли специфическое лечение. Надо проводить ампутацию гильотинным методом без жгута с иссечением нежизнеспособных тканей. Культи не ушивается.

б) В настоящее время снять швы, развести рану, иссечь ткани, дополнительные разрезы. Проводить специфическое лечение, аэрацию раны, ГБО.

ЗАДАЧА № 33

Больная 18 лет поступила в клинику с жалобами на боли в левом плече и левой голени. При обследовании выявлены очаги костно-деструктивных изменений с наличием секвестров в левой большеберцовой и плечевой костях. Показано оперативное лечение. Ваша тактика?

Характер и очередность оперативного лечения.

ОТВЕТ № 33

Оперативное вмешательство вначале должно выполняться на плече, затем на голени, так как в послеоперационном периоде на голени необходимо использование костылей и дополнительная нагрузка на левое плечо, что может привести к формированию параоссальной флегмоны, патологическому перелому и другим осложнениям.

ЗАДАЧА № 34

У больного с травматическим повреждением спинного мозга, нижней параплегией, нарушением функции тазовых органов, имеется глубокий гранулирующий пролежень в крестцовой области размерами 10 x 15 см. Перифокального воспаления нет. Заживление столь обширного пролежня вторичным натяжением у обездвиженного больного маловероятно, в связи с чем показана кожно-пластическая операция.

Какой вид хирургического вмешательства выбрать?

ОТВЕТ № 34

Оптимальным вариантом закрытия данного дефекта тканей будет пластика перемещенным кожно-фасциальным или кожно-мышечным лоскутом, позволяющая воссоздать в зоне повреждения полноценный кожный покров.

ЗАДАЧА № 35

Мужчина 35 лет госпитализирован в хирургическое отделение по поводу обширной раны бедра через 3 часа после травмы, полученной на лесоповале в результате падения бревна. Повязка, наложенная при оказании первой помощи, обильно промокла кровью. Общее состояние больного удовлетворительное.

Действия врача?

ОТВЕТ № 35

Больному показано выполнение первичной хирургической обработки раны и остановка кровотечения. Кроме того, необходимо выяснить, проводилась ли больному вакцинация против столбняка и когда. Если нет, то нужно провести экстренную профилактику столбняка: введение столбнячного анатоксина и противостолбнячного человеческого иммуноглобулина.

ЗАДАЧА № 36

В приемное отделение многопрофильной больницы доставлен пожилой больной, страдающий нарушением температурной чувствительности кожных покровов нижних конечностей после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения.

Сегодня, в течение 3-х часов, принимал ножную ванну. При осмотре: признаки обширных ожогов нижних конечностей I-II степени.

Каковая тактика врача приемного отделения? Какой вид некроза следует ожидать у данного больного?

ОТВЕТ № 36

Следует наложить стерильную повязку, провести профилактику столбняка, обезболить больного и немедленно госпитализировать в хирургическое отделение, либо в ожоговое отделение больницы. Наиболее вероятно развитие влажного некроза кожных покровов.

ЗАДАЧА № 37

Больная Ж., 22 лет, направлена из приемного отделения в хирургическое с диагнозом «острый аппендицит, местный перитонит?». На основании каких клинических данных при обследовании больной и инструментальных методов исследования Вы должны решить задача об операции или продолжите обследование и наблюдение больной, исходя из следующих данных. Больную боли беспокоят в течение двух дней, заболевание началось с появления болей в правой пахово-подвздошной области и повышения температуры до 38,6°, беспокоят также боли в поясничном отделе позвоночника. Рвоты не было. При обследовании: живот мягкий, при пальпации определяется умеренная болезненность и небольшое напряжение мышц в правой пахово-подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнителен.

Что Вы предпримете для уточнения диагноза? Необходимо ли привлечь консультантов для верификации диагноза? Какие исследования Вы сочтете нужными произвести больной?

ОТВЕТ № 37

На основании клинических данных диагноз следует дифференцировать между острым аппендицитом и воспалением придатков матки. Клиника местного перитонита нечеткая, заболевание началось с высокой температуры. Для уточнения диагноза следует произвести осмотр больной *per vaginam* (консультация гинеколога) и, в случае продолжающегося сомнения, произвести лапароскопию.

Задача 38.

При планировании хирургического отделения предусмотрели следующие помещения: операционный зал, стерилизационную, комнату для заведующего отделением, санузел, ванную комнату и палаты. Все помещения предусмотрели из дополнительных помещений?

Ответ: Необходима предоперационная комната, протокольная, перевязочная, манипуляционная.

Задача 39.

В палатах хирургического отделения площадь 18 кв. метров. На них расположено 5 коек. Достаточно ли указанная площадь для данного количества больных? Из каких нормативов надо исходить при распределении коек?

Ответ: Площадь недостаточна. Положено 5,5-6,5 кв. метров на 1 койку.

Задача 40.

При распределении помещений операционный блок расположили неподалеку от входа в хирургическое отделение, рядом с манипуляционной комнатой и напротив палат. Правильно ли предусмотрено расположение комнат и есть ли нарушения основных требований?

Ответ: Неправильно. Операционный блок должен быть изолирован от палат и мест перемещения больных и персонала.

Задача 41.

В процесс эксплуатации операционной в помещении постоянно поддерживается температура 30 град.С и влажность 68%. Соответствует ли этот режим нормативам?

Ответ: Нет. Температура должна быть 22-25 град.С, а влажность 50%.

Задача 42.

При размещении помещений хирургического отделения операционный блок расположили в изолированном участке помещения в просторной солнечной комнате с юго-западной стороны, с окнами на улицу с движущимся транспортом. Соответствует ли требованиям такое положение?

Ответ: Нет. Операционная располагается с северо-западной стороны, с окнами в сад

Задача 43.

При территориальном распределении отделений открывающейся больницы, располагающейся в 4-х этажном здании, для хирургического отделения выделен 1-ый этаж, рядом с приемным отделением. Соответствует ли такое расположение требованиям к хирургическим отделениям?

Ответ: Нет. Хирургическое отделение располагается наиболее изолировано, не ниже второго этажа.

Задача 44.

Перед отделкой операционного блока строительная организация запросила администрацию больницы: "Какие требования необходимо соблюсти при выполнении этих работ?" Какой бы Вы могли дать ответ?

Ответ: Стены, полы, перегородки должны быть из водостойких материалов, окрашенных в светлые тона; углы закругленные с антистатическим покрытием и т.д.

Задача 45.

В операционном зале оборудована приточная вентиляция, обеспечивающая относительную смену воздуха 1 раз в 2 часа. Достаточна ли вентиляция или нет?

Ответ: Нет. Необходима проточно-вытяжная вентиляция с кондиционированием воздуха, с режимом обмена 3-4 раза в час.

Задача 46.

Перед началом операционного дня санитарка протерла операционный стол, подоконники, вымыла пол с дез. раствором. Какой вид уборки выполнен? Ответ: Предварительная уборка.

Задача 47.

После окончания операции санитарка промыла и просушила инструменты, убрала грязное белье, материал, протерла операционный стол и вымыла пол. Вид уборки?

Ответ: Ежедневная.

Задача 48.

Во время операции санитарка периодически подбирает упавший материал, окровавленные салфетки, протирает пол от крови. Вид уборки?

Ответ: Текущая.

Задача 49.

После очередной операции санитарка убрала инструменты, окровавленное белье, материал и протерла пол с дез. раствором. Вид уборки?

Ответ: Уборка после операции.

Задача 50.

В день, когда нет операций, сотрудники операционной вымыли стены, пол с мылом, протерли оборудование операционной с дез. раствором, проветрили помещение и облучили его бактерицидными лампами. Вид уборки?

Ответ: Генеральная уборка.

Задача 51.

При размещении оборудования в операционном зале в нем расположили операционный стол, биксы на подставках, наркозный аппарат, стол для инструментов, столик операционной сестры, бестеневую лампу, тазики на подставках для мытья рук и электрический стерилизатор для кипячения инструментов. Правильно ли оснащена операционная?

Ответ: Нет, стерилизацию, мытье рук лучше проводить в отдельном смежном помещении.

Задача 53.

Непосредственно после операции на брюшной полости у больного было обнаружено несколько фурункулов в области спины и левой голени. Развитие какого вида инфекции в ране можно ожидать? Пути ее распространения?

Ответ: 1. Эндогенный. 2. Гематогенный.

Задача 54.

Во время операции хирурги случайно оставили в ране кусочек оторвавшейся от перчатки резины. Возможны ли осложнения и какие? Какой вид инфекции возможен в данном случае?

Ответ: 1. Нагноение. 2. Имплантационная инфекция.

Задача 55.

При операции на прямой кишке по поводу ее выпадения хирург произвел фиксацию анального кольца и сразу же после этого сделал лапаротомию и подшивание прямой кишки. Какую ошибку с точки зрения асептики совершил хирург? Развитие какого вида инфекции возможно?

Ответ: 1. Не обработал руки и не сменил перчатки после первого этапа операции. 2. Возможно развитие инфекции в ране брюшной стенки (контактной).

Задача 56.

У больного с открытым переломом костей голени появилось осложнение в виде воспаления костного мозга в участке перелома. Какой вид инфекции имеет место в данном случае? Пути проникновения ее?

Ответ: 1. Экзогенный. 2. Контактный.

Задача 57.

Во время операции капля пота упала со лба хирурга в операционную рану. Развитие какого вида инфекции в ране можно ожидать?

Ответ: 1. Контактного. 2. Экзогенного.

Задача 58.

Больному с гнойной раной хирург произвел перевязку, при этом выполнив следующие мероприятия: 1. смазал кожу вокруг раны 5% спиртовой настойкой йода; 2. стерильным марлевым тампоном удалил гнойное отделяемое из раны; 3. промыл рану раствором фурацилина 1:1500; 4. наложил стерильную повязку, смоченную 10% стерильным раствором поваренной соли. Напишите, к какому методу хирургической обработки относится каждый этап в действиях хирурга?

Ответ: 1. метод антисептики, асептики; 2. механическая антисептика; 3. сочетание механической и химической антисептики; 4. физическая антисептика.

Задача 59.

При подготовке рук к операции хирург произвел мытье их 2,5% раствором нашатырного спирта в стерильном эмалированном тазу в течении 5 минут. Затем высушил стерильным полотенцем и протер пальцы и кисти 96% этиловым спиртом. Какие ошибки были допущены при обработке рук хирурга?

Ответ: необходимо мытье рук в 0,5% растворе нашатырного спирта и обработка ногтевых лож 5% раствором йода.

Задача 60.

У больного на 5-й день после операции грыжесечения произошло нагноение послеоперационной раны. После осмотра больного обнаружен фурункул в левой ягодичной области. Какой вид инфекции имеет место в данном случае? Каковы пути распространения инфекции?

Ответ: 1. Эндогенная инфекция. 2. Гематогенный, лимфогенный путь распространения инфекции.

Задача 61.

Во время операции для наложения лигатур был использован капрон, на котором, в результате бактериологического контроля был обнаружен гемолитический стрептококк. Развитие какой инфекции в ране можно ожидать?

Ответ: имплантационной инфекции.

Задача 62.

Во время операции хирург не заметил разрыва резиновой перчатки и перчаточный сок попал в рану. Развитие какой инфекции с точки зрения асептики и антисептики можно ожидать в послеоперационном периоде?

Ответ: контактной инфекции.

Задача 63.

Больной оперирован по поводу гнойника, развившегося на месте лимфатических паховых желез. При дополнительном обследовании была выявлена гнойная рана в области передней поверхности коленного сустава. Есть ли взаимосвязь этих двух процессов? Какой вид инфекции имеет место в данном случае и каковы пути ее распространения?

Ответ: эндогенная инфекция; гематогенный и лимфогенный путь.

Задача 64.

Для стерилизации шелка была использована следующая методика: мытье в мыльной воде, высушивание в стерильном полотенце, погружение в 96% спирт. Можно ли пользоваться приготовленным шелком как шовным материалом? Если нет, то почему?

Ответ: не проведено погружение в эфир на 24 часа для обезжиривания, в спирт 96% для обезвоживания и кипячение в сулеме.

Задача 65.

При стерилизации кетгута применена следующая методика: кипячение 10 минут с последующим погружением в 96% этиловый спирт на 7 дней. Ваше мнение об указанном способе подготовки кетгута?

Ответ: методика неправильная. Нельзя кипятить. Необходимо обезжиривание в эфире 24 часа и последующая проводка дважды по 7 дней в спиртово-глицериновом растворе Люголя.

Задача 66.

При стерилизации шелка была использована следующая методика: мытье шелка в мыльном растворе, прополаскивание и высушивание, затем 10 минутное кипячение в растворе сулемы 1:1000, используя стерилизатор. Правильно ли проведена стерилизация? Какие ошибки допущены?

Ответ: не проведено предварительное обезжиривание в этиловом спирте. Кипячение в растворе сулемы должно проводиться в эмалированной емкости. Металлические детали сулема портит.

Задача 67.

В целях стерилизации резиновые перчатки были уложены вместе с бельем и материалом в бикс и стерилизованы в автоклаве паром под давлением 2 атм. в течении 45 минут. Есть ли ошибки в стерилизации и какие? Последствия этой ошибки?

Ответ: Стерилизация белья и перчаток производится различным способом, (в различных условиях). Перчатки стерилизуются при 1,5 атм. - 15 минут. Белье при 2-х атм. - 30 минут. При условии 2 атм. - 45 минут перчатки плавятся.

Задача 68. Стерилизация инструментов на операцию была проведена в стерилизаторе, наполненном обычной проточной водой путем кипячения 10 минут. При извлечении инструментов они были покрыты обильным слоем осадка. Укажите недостатки в процессе стерилизации. Как избежать выпадения осадка?

Ответ: Стерилизация должна продолжаться в течение 45 минут. Для предупреждения осадка кипячение должно проводиться в дистиллированной воде или с ватно-марлевой прокладкой.

Задача 69.

Для стерилизации цистоскопа было проведено кипячение его в течении 10 минут с последующим погружением его в раствор сулемы 1:2000 на 1 час. Правильно ли проведена стерилизация? Если нет, то почему (какие недостатки и какие способы наиболее приемлемы)?

Ответ: Кипячение и погружение оптических приборов в ртутные и окрашивающие растворы недопустимо ввиду вредного воздействия на оптику. Целесообразно проводить стерилизацию в парах формалина или погружением в раствор окисианистой ртути 1:1000 или в этиловый спирт, не погружая окуляр.

Задача 70.

Хирург у больного с рваной раной в области левого плеча произвел рассечение и иссечение краев раны, затем промыл свежую рану раствором фурациллина 1:5000. Заканчивая операцию, наложил капроновые швы на края раны. Укажите элементы антисептики и к какому виду они относятся?

Ответ: 1. Иссечение и рассечение краев раны - механическая антисептика. 2. Промывание раствором фурациллина 1:5000 - химическая антисептика.

Задача 71.

Хирург при проведении первичной хирургической обработки раны черепа удалил пинцетом мелкие осколки кости черепа с последующим вымыванием отторгшихся участков изотоническим раствором поваренной соли. К какому методу хирургической работы относится манипуляция хирурга?

Ответ: Механическая антисептика.

Задача 72.

При клиническом и рентгенологическом исследовании у больного была диагностирована эмпиема плевральной полости слева. Какой вид и способ антисептики может быть использован при лечении больного?

Ответ: 1. Биологический - применение антибиотиков. 2. Физический - активное и пассивное дренирование, трехампульная система, система по Бюлау.

Задача 73.

Во время операции по поводу разлитого перитонита хирург обнаружил перфоративную язву тонкой кишки. Какой вид и способ антисептики он должен использовать при операции и после операции?

Ответ: 1. Механический - удаление излившегося содержимого из брюшной полости. 2. Физический - дренирование брюшной полости. 3. Биологический - применение антибиотиков в брюшную полость и парентерально.

Задача 74.

У больного диагностирован абсцесс в области наружной поверхности средней трети левого плеча. Какие виды и способы антисептики могут быть использованы в лечении больного?

Ответ: 1. Механическая - вскрытие гнойника и удаление гноя. 2. Физическая - дренирование, использование гипертонических растворов.

Задача 75.

После удаления большой опухоли в подкожной клетчатке и зашивания раны осталась не спадающаяся полость, в которой возможно накопление лимфы и крови. Назовите способ и вид антисептики, предупреждающий развитие инфекции в подкожной клетчатке?

Ответ: Физический способ (дренирование).

Задача 76 При подготовке к операции хирург провел следующие мероприятия: Вымыл руки с мылом проточной водой из-под крана 5 минут. Высушил не стерильным полотенцем, затем обработал руки 96% спиртом 3 минуты. Правильно ли хирург подготовил руки к операции, есть ли ошибки?

Ответ: Не использовалось мытье рук в одном из антисептических растворов (0,5% нашатырный спирт, диоксид 1:5000, или раствор смеси С-4).

Задача 77.

При подготовке к операции хирург применил мытье рук в растворе диоксида 1:5000 в течение 3-х минут, осушил руки стерильной салфеткой и затем обработал 1% раствором спиртовой настойки йода. Какие ошибки были допущены при обработке рук?

Ответ: 1. Обязательна обработка 96% этиловым спиртом. 2. Недопустима обработка рук настойкой йода ввиду возможности развития дерматита.

Задача 78.

Хирург для подготовки рук к операции использовал мытье рук в 0,25% растворе аммиака в двух тазиках по 3 минуты, затем осушил руки стерильной салфеткой, смазал ногтевые ложа 3% настойкой йода и приступил к выполнению операции. Правильно ли хирург провел обработку рук? Укажите ошибки?

Ответ: 1. Мытье рук производится не в растворе нашатыря, а в 0,5% растворе нашатырного спирта. 2. Не произведена обработка рук 96% этиловым спиртом.

Задача 79.

Хирург во время пункции коленного сустава случайно использовал не стерильную иглу. В результате возник гнойный артрит. Какие виды антисептики могут быть использованы в лечении гнойного артрита?

Ответ: 1. Механический - вскрытие сустава. 2. Физический - дренирование сустава.

Задача 80.

Хирург для обработки операционного поля использовал двукратное обмывание его раствором риваноля 1:1000. Можно ли достигнуть данным способом стерилизации операционного поля? Какой способ широко применяется в хирургической практике, его сущность?

Ответ: 1. Этим способом нельзя достигнуть стерилизации операционного поля.

2. Широко применяется способ Филончикова (трех или четырехкратное смазывание 5% спиртовой настойкой йода).

Задача 81.

Хирург в процессе подготовки к операции после обработки рук раствором диоксида 1:5000 осушил их стерильной салфеткой надел стерильные резиновые перчатки, самостоятельно одел и завязал стерильную марлевую маску и затем одел с помощью операционной медсестры и санитарки стерильный халат. Найдите элементы неправильных действий хирурга. Каковы их последствия?

Ответ: 1. Руки после осушивания не обработал 96% спиртом. 2. Инфицировал руки при самостоятельном завязывании маски. 3. Возможное инфицирование рук операционной сестры при контакте. Занесение контактной инфекции в операционную рану.

Задача 82.

Для обработки операционного поля хирург использовал предварительное протирание кожи раствором диоксида 1:1000 и затем двукратное смазывание 1% спиртовой настойкой йода. Возможно ли достигнуть стерильности этим способом? Каковы недостатки способа?

Ответ: Стерилизация достигается. Возможно осложнение в виде дерматита.

Задача 83.

Во время наркоза анестезиолог обнаружил у больного широкий зрачок. Дать оценку глубины наркоза.

Ответ: Передозировка, если нет реакции зрачка на свет или поверхностный наркоз при активной реакции зрачка на свет.

Задача 84.

Во время наркоза у больного появился цианоз, широкий зрачок; АД, пульс не определяются, кровотечение из раны прекратилось. Назовите осложнение и его лечение.

Ответ: Остановка сердца, массаж сердца.

Задача 85.

В операционную доставлен мальчик 3-х лет с диагнозом: "острый аппендицит". Показана срочная операция. Назовите вид обезболивания и почему?

Ответ: Наркоз. Детям до 14-ти лет показан наркоз.

Задача 86.

Во время масочного наркоза появился цианоз лица, умеренно расширились зрачки, реакция зрачков на свет сохранена, полость рта свободна, дыхание хриплое. Назовите осложнение и его лечение.

Ответ: Западение языка, нижней челюсти. Нужно выдвинуть челюсть вперед или ввести воздуховод.

Задача 87. Во время вводного наркоза, после введения релаксантов деполяризующего типа, рвоты не было, появился цианоз, расширились зрачки. При осмотре полости рта обнаружилось содержимое желудка. Назовите осложнение, профилактику его и лечение.

Ответ: Регургитация. Нужно перед наркозом проводить эвакуацию содержимого желудка. Во время регургитации содержимое желудка отсасывается из полости рта или удаляется тампоном.

Задача 88.

Больной экстубирован, переведен в палату, через 30 минут появился резкий цианоз, расширение зрачков, тоны сердца глухие, дыхание не прослушивается, рвоты не было. Назовите осложнение и его лечение.

Ответ: Рекураризация. Проведение искусственного дыхания.

Задача 89. В участковую больницу доставлен больной с диагнозом: "Разрыв селезенки". Показано оперативное лечение. Из-за отсутствия наркозного аппарата в больнице наркоз проводился Эсмарха эфиром. Операция длилась 4 часа, во время наркоза произошла остановка дыхания. Скажите, в чем будет заключаться оказание помощи больному?

Ответ: Искусственное дыхание "Рот в рот".

Задача 90.

Во время вводного наркоза анестезиолог обнаружил у больного широкий зрачок, реакция на свет сохранена. Назовите стадию наркоза, какие симптомы должны быть еще при этом и какова дальнейшая тактика анестезиолога?

Ответ: Поверхностный наркоз 1-2 стадия, повышение АД, учащение пульса. Увеличить подачу анестетика.

Задача 91.

Во время вводного наркоза ошибочно вместо в/венного введения 2% р-ра гексенала, был введен 2% р-р листенона. Назовите возникшее осложнение и его лечение. Ответ: Остановка дыхания. Нужно проводить искусственное дыхание.

Задача 92.

Во время наркоза анестезиолог обнаружил у больного широкий зрачок, реакция на свет отсутствует. Назовите стадию наркоза и какова дальнейшая тактика анестезиолога?

Ответ: Передозировка. 3-я стадия 4-й уровень. Отключить подачу анестетика, дать дышать чистым кислородом.

Задача 93.

Из психиатрической больницы доставлен больной в хирургическое отделение с диагнозом: "Острый аппендицит". Показано оперативное лечение. Какой вид обезболивания вы примените и почему?

Ответ: Наркоз. Психобольным показано общее обезболивание.

Задача 94

Ребенок 2-х лет поступил в клинику с диагнозом: "Острый аппендицит". Назовите наиболее рациональный метод обезболивания.

Ответ: Наркоз.

Задача 95

Больной оперирован по поводу остеомиелита правого бедра в плановом порядке. В послеоперационном периоде жалобы на упорные головные боли. Назовите метод обезболивания, способный вызвать такое осложнение.

Ответ: Спинальная анестезия.

Задача 96

Больной 30 лет доставлен в операционную с диагнозом: "Острый аппендицит". Назовите наиболее рациональный метод обезболивания.

Ответ: Местная анестезия по Вишневскому.

Задача 97

В поликлинику обратился больной 20 лет с жалобами на боль во втором пальце правой кисти. Диагноз: "Подкожный панариций второго пальца правой кисти". Показано оперативное лечение. Назовите наиболее рациональный метод обезболивания.

Ответ: Местная анестезия по Оберсту.

Задача 98

Больному П. 40 лет. Назначен на плановую операцию под спинномозговой анестезией. Накануне операции, вечером, больному назначен люминал 0,1. Утром взят на операцию. Через 30 минут от начала операции у больного появилась бледность, АД не определяется, пульс слабый, нитевидный. Назовите, что за осложнение возникло и какова его профилактика?

Ответ: Коллапс. Для профилактики необходимо перед операцией вводить 1 мл 5% раствора эфедрина.

Задача 99

Из психбольницы доставлен в хирургическое отделение больной с диагнозом: "Острый аппендицит". Показано оперативное лечение. Назовите наиболее рациональный метод обезболивания.

Ответ: Наркоз, т.к. у больного нарушена психика.

Задача 100

Больной 30 лет взят в операционную на плановую операцию. Обезболивание - спинномозговая анестезия. В субарахноидальное пространство введено 1,5 мл 0,25% р-ра новокаина, анестезия не наступила, операция отложена. Причина отсутствия анестезии?

Ответ: Слабая концентрация новокаина.

Задача 101

Больной 20 лет доставлен в операционную на плановую операцию по поводу паховой грыжи. Обезболивание - спинномозговая анестезия. Правильно ли хирургом сделан выбор метода анестезии и какой метод наиболее рационален при данной операции?

Ответ: Выбор анестезии неправильный; наиболее рациональным будет метод инфильтрационной анестезии по А.В.Вишневскому.

Задача 102

В гнойную перевязочную доставлен больной с диагнозом: "Флегмона левого предплечья". Обезболивание - местное, хлорэтилом. Из-за сильной боли и беспокойства больного выполнить операцию не представилось возможным. Был дан масочный наркоз. Назовите причину перехода от местной анестезии к наркозу?

Ответ: Местное охлаждение хлорэтилом не обеспечивает полной утраты болевой чувствительности.

Задача 103

В операционную доставлен больной 20 лет с диагнозом: "Острый аппендицит". Обезболивание - инфильтрационная анестезия по Вишневскому. Во время выполнения анестезии больной предъявил жалобы на сильную боль в области операционной раны. Был дан масочный наркоз. В послеоперационном периоде наступил некроз тканей. Назовите причину возникновения осложнения и какова его профилактика?

Ответ: Перед началом операции хирург лично не посмотрел на этикетку флакона с раствором и ошибочно был введен 10% раствор хлористого кальция.

Задача 104

При поверхностной анестезии слизистой оболочки носоглотки и верхних дыхательных путей было израсходовано 8 мл 3% раствора дикаина. Через 20 минут состояние больного резко ухудшилось. Остановка сердца, дыхания. Назовите, где была допущена ошибка, которая вызвала осложнение?

Ответ: Отравление дикаином, использование для анестезии в большом количестве.

Задача 105

Больной Б. 30 лет был взят в операционную, планируется операция на венах левой нижней конечности. Анестезия - перидуральная 1% раствором дикаина. После введения первых 6мл у больного произошла остановка дыхания и сердечной деятельности. Назовите вероятную причину остановки сердца и дыхания.

Ответ: Раствор дикаина был введен в субарахноидальное пространство.

Задача 106 Больной поступил в клинику после того как был сбит грузовой машиной. Бледен, АД 80/40 мм рт.ст., пульс 120 ударов в минуту. Беспокоят сильные боли в правой половине живота. При перкуссии в отлогих местах брюшной полости определяется наличие свободной жидкости. Повреждение какого органа можно заподозрить у данного больного? Какое кровотечение имеет место в данном случае?

Ответ: Печень. Паренхиматозное, внутреннее.

Задача 107

В клинику доставлен больной: в средней трети бедра имеется рана, в верхней трети бедра наложен жгут, повязка обильно промокает кровью темного цвета. После снятия жгута кровотечение остановилось. Какие выводы необходимо сделать врачу, который оказывал первую помощь?

Ответ: Венозное кровотечение. Жгут наложен недостаточно туго.

Задача 108

Пострадавшему нанесено ножевое ранение в среднюю треть бедра. Из раны поступает пульсирующая струя крови алого цвета. Какое это кровотечение? Как оказать первую помощь? Методы окончательной остановки кровотечения?

Ответ: Артериальное кровотечение. Наложение жгута. Перевязка сосуда, наложение швов, пластика артерии.

Задача 109

Пострадавшему нанесено ножевое ранение в среднюю треть бедра. Из раны медленно вытекает не пульсирующая струя крови темного цвета. Какое это кровотечение? Как оказать первую помощь? Методы окончательной остановки кровотечения?

Ответ: Венозное кровотечение. Наложение жгута. Перевязка сосуда, наложение швов, пластика вены.

Задача 110

Пострадавший получил ранение в левую половину шеи. Кровь поступает пульсирующей струей алого цвета. Какое это кровотечение? Как оказать первую помощь?

Ответ: Артериальное кровотечение. Пальцевое прижатие артерии, наложение жгута с односторонней шиной.

Задача 111

У пострадавшего имеется рана средней трети правого предплечья. Кровь изливается небольшой струей темного цвета. Какое это кровотечение? Как оказать первую помощь?

Ответ: Венозное кровотечение. Наложить давящую повязку.

Задача 112

Шесть дней назад у пострадавшего была травма нижней трети правого бедра. Произведена первичная хирургическая обработка раны, перевязка артерии. В настоящее время рана нагноилась. Открылось артериальное кровотечение. Как классифицировать это кровотечение с учетом времени проявления? Способ остановки кровотечения?

Ответ: Позднее вторичное кровотечение. Перевязка сосуда на протяжении.

Задача 113

У пострадавшего имеется ранение нижней трети плеча. На верхней трети имеется наложенный жгут 1/2 часа. Могут ли быть при этом осложнения и какие? Можно ли было их предотвратить? Если да, то каким путем?

Ответ: Может наступить гангрена конечности. Предотвратить можно, если 2-3 раза распускать жгут на несколько минут.

Задача 114

Больной 10 лет живет на Дальнем Востоке, началось кровотечение из десен? Что является причиной кровотечения? Каковы способы профилактики?

Ответ: Нарушение проницаемости стенки сосудов. Профилактика авитаминоза.

Задача 115

В клинику поступил больной: кожные покровы бледные, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт.ст., гемоглобин 7 г/л. Признаков наружного кровотечения нет. Какое кровотечение у больного?

Ответ: Внутреннее.

Задача 116

У пострадавшего артериальное кровотечение из средней трети бедра. Место наложения жгута? Точка прижатия артерии?

Ответ: В верхней трети. Бедренная артерия прижимается к горизонтальной ветви лобковой кости в точке, располагающейся на середине пупартовой связки.

Задача 117

У пострадавшего артериальное кровотечение в нижней трети предплечья. Точка прижатия артерии? Место наложения жгута?

Ответ: Плечевая артерия прижимается к внутренней поверхности плечевой кости у внутреннего края двуглавой мышцы. Выше места ранения.

Задача 118.

В больницу доставлен больной К. 25 лет; 2 часа тому назад на работе во время поднятия тяжести почувствовал резкую боль в правом плечевом суставе. Больной осмотрен врачом. Диагностирован вывих правого плеча. Тут же произведено вправление вывиха. Какая ошибка допущена врачом?

Ответ: Нет обезболивания.

Задача 119.

У больного С. 52 лет диагностирован вывих правого бедра. Правильность диагноза подтверждена рентгенографией конечности. Вправление решено провести по способу Джанелидзе. В течение 5 минут больной находился лежа на столе со свешенной ногой. Затем была предпринята попытка вправления. Какова ошибка в действии врача?

Ответ: Вправление следовало предпринять через 20-25 минут.

Задача 120.

У больного Р. вывих в левом плечевом суставе произошел впервые во время падения на руку. В больнице, куда он был доставлен, после проведения обезболивания сустава новокаином 2% - 10,0, врачом вывих вправлен. Движения в суставе восстановились.

Больной отпущен домой. Все ли необходимое сделано врачом для лечения больного?

Ответ: Нет иммобилизации конечности после вправления вывиха.

Задача 121.

У больного К. 62 лет травма произошла около 2-х недель назад; в больнице, куда отправился больной, после осмотра и рентгеновского обследования поставлен диагноз:

"Вывих правого плечевого сустава". После обезболивания сустава новокаином вправление вывиха осуществилось по способу Кохера. Верны ли действия хирурга?

Ответ: Нет. Застарелый вывих требует оперативного вмешательства.

Задача 122.

Больной С. 34 лет, работая дома во дворе, поскользнулся и упал на правую руку, появилась резкая боль в области предплечья. Была вызвана скорая помощь. Диагноз был поставлен без затруднения - перелом обеих костей предплечья. Учитывая состояние больного, его на носилках доставили в машину скорой помощи и отвезли в стационар. Все ли действия врача скорой помощи были правильны?

Ответ: Обезболивающие препараты не применены, иммобилизации нет.

Задача 123.

У работника К. 20 лет рука попала в движущийся механизм станка. Срочно был вызван цеховой врач, который диагностировал открытый перелом костей предплечья, осложнившийся кровотечением. срочно наложен жгут на плечо, произведена иммобилизация конечности шиной Крамера и больной транспортирован в травмпункт. Все ли сделал врач, оказывая первую помощь больному?

Ответ: Нет асептической повязки на рану.

Задача 124.

В травматологическое отделение поступил больной 45 лет с диагнозом: "Закрытый оскольчатый перелом правого бедра". Врачом решено начать лечение путем лейкопластырного вытяжения конечности. Для тяги применен груз 10 кг. Правильно ли выбран способ лечения?

Ответ: Необходимо было применить скелетное вытяжение.

Задача 125.

Для репозиции костных отломков при переломе бедра врачом применен функциональный способ лечения - скелетное вытяжение за пяточную кость. Конечность уложена на шину Беллера. Какой недостаток лечения?

Ответ: Вытяжение необходимо проводить за бугристость б/берцовой кости, либо за надмыщелки бедра.

Задача 126.

Больному К. 4 лет, поступившему в больницу с переломом правого бедра через 0,5 часа после травмы, после репозиции под наркозом наложена циркулярная гипсовая повязка. Рентген контроль показал хорошее состояние костных отломков. Мальчик отпущен с родителями домой. Правильна ли тактика врачей?

Ответ: Возможно омертвление конечности в результате сдавления сосудисто-нервного пучка конечности за счет отека.

Задача 127.

В травматологическое отделение больницы через час после травмы доставлен больной В. 40 лет с диагнозом: "Открытый перелом костей правой голени". В последствии проводилось лечение больного вытяжением за пяточную кость. На рану наложена асептическая повязка. Правильно ли оказана помощь больному?

Ответ: Не производилась первичная хирургическая обработка?

Задача 128.

В травмпункт доставлен больной С. 25 лет с переломом правого плеча. В результате травмы правая конечность резко отечна. После репозиции костных отломков врачом наложена циркулярная гипсовая повязка. При осмотре через 2 дня состояние больного найдено хорошим, жалоб нет, отек конечности полностью спал. После осмотра больному больничный лист продлен на 10 дней. Усматриваете ли вы ошибку в действиях врача?

Ответ: Отек спал, иммобилизация нарушена, необходимо сменить гипсовую повязку.

Задача 129.

В клинику доставлен больной 3 лет с жалобами на боль в правом предплечье. Ребенок осмотрен врачом-травматологом, сделана рентгенография конечности. Диагностирован перелом правого предплечья в средней трети по типу "зеленой ветки". Мальчику проведена операция внутрикостного остеосинтеза кости. Правильно ли выбран метод лечения?

Ответ: У детей этот способ лечения неприемлем.

Задача 130. У больного С. 2 лет закрытый перелом обеих костей левой голени. Для лечения врачом предложен функциональный способ лечения - скелетное вытяжение. Через пяточную кость проведена спица, наложена скоба, конечность уложена на шину Беллера. Правильны ли действия врача?

Ответ: Правильны.

Задача 131.

Больному с переломом правого бедра была наложена тазобедренная гипсовая повязка. Через 4 час после наложения повязки появилось чувство жжения пальцев стопы, побледнение кожи. На ощупь пальцы стали холодными. Назовите осложнение.

Ответ: Сдавление нервно-сосудистого пучка.

Задача 132.

24.10. 81 г. в поликлинику обратился больной К. 38 лет с жалобами на боль в левой голени. На работе 23.10.81 г. случайно пилой "Дружба" нанес себе ранение. При осмотре в средней трети левой голени рваная рана 2 см. на 5 см. В области раны незначительный отек, легкая гиперемия. Хирург под местной анестезией произвел первичную хирургическую обработку раны с наложением швов. Верны ли действия хирурга?

Ответ: (Первичную хирургическую обработку производить нельзя, так как прошли сутки).

Задача 133.

В приемное отделение больницы обратился Саша Н. 17 лет. Около 15 минут назад, играя с друзьями в футбол, юноша наступил на гвоздь. При осмотре на стопе, в области пятки, точечная ранка. Движения стопы сохранены в полном объеме. После обработки раны настойкой йода, хирургом была наложена асептическая повязка. Больной отпущен домой. Все ли правильно сделал врач?

Ответ: (Не привиты ППС, ВС). (Не привиты ПСС, АС).

Задача 134.

Машиной скорой помощи в хирургический стационар доставлен больной с диагнозом: "Резаная рана области левой щеки". Рана нанесена 10 минут назад осколком стекла. В перевязочной хирург после туалета раны и обезболивания произвел иссечение краев и дна раны с наложением косметического шва. Наложена асептическая повязка. Больной привит противостолбнячной сывороткой и анатоксином. Назначено амбулаторное лечение. Какова ошибка врача и почему?

Ответ: (Иссечение краев и дна раны на лице недопустимо).

Задача 135.

Сережа Р. 20 лет во время уборки картофеля получил ранение кисти осколком стекла. В поликлинике, при осмотре хирургом обнаружено повреждение сухожилия II сгибателя пальца. Под местной анестезией раствором новокаина произведена первичная хирургическая обработка раны кисти с пластикой сухожилия и наложением швов на рану. Учитывая сильное загрязнение раны землей больной привит противогангренозной сывороткой. Какую ошибку допустил хирург?

Ответ: (1. Нет иммобилизации: 2. Не привиты ПСС, АС.)

Задача 136.

Во время уличной драки Андрей П. 15 лет получил удар отверткой в живот. В больницу он явился самостоятельно. В приемном отделении был осмотрен хирургом. Состояние больного расценено как удовлетворительное. АД 120/80 мм рт.ст., пульс 72 удара в минуту. Живот мягкий, слегка болезненный в области точечной ранки, которая располагается в левом подреберье. Какую тактику следует предпринять хирургу?

Ответ: (Следует убедиться в том, что рана не проникает в брюшную полость).

Задача 137.

В поликлинику обратился больной А. 30 лет. Сутки назад, на работе, он получил ранение стеклом. Рана линейной формы 3 см на 0,5 см располагается на лице, в области лба. При осмотре в области раны отека и красноты нет. Какова должна быть тактика хирурга?

Ответ: (Первичная хирургическая обработка с наложением швов на рану).

Задача 138.

При колке дров Александр К. 22 лет нечаянно ударил себя по ноге. Срочно была вызвана скорая помощь и больной был доставлен в больницу. Об-но: в области тыльной поверхности левой стопы рана 4 см. на 1,5 см. Обнаружено повреждение сухожилий I и II пальцев. Каковы действия хирурга?

Ответ: (Первичная хирургическая обработка раны с наложением сухожильных швов, глухие швы на рану, ПСС, АС).

Задача 139.

В поликлинике на прием к хирургу обратился больной С. 40 лет с жалобами на боль в правом бедре. Около 3 часов назад, на работе, при погрузке листового железа получил ранение бедра. После осмотра больного хирург поставил диагноз: "Рваная рана средней трети правого бедра". Рана была промыта раствором перекиси водорода и наложены глухие швы. Произведена прививка против столбняка. Правильны ли действия?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №140

В хирургическое отделение доставлен больной Р., 34 лет, с места автодорожного происшествия. С момента получения травмы прошло около 2 часов. При поступлении состояние тяжелое, в сознании, адекватен. Жалуется на боли в груди слева и животе, затрудненное дыхание, общую слабость. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. На коже живота, грудной стенке слева, в поясничной области имеются ссадины, кровоподтеки. Пульс – 120 ударов в минуту, слабого наполнения. АД–80/50 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание затруднено из-за болей в груди слева. При пальпации грудной стенки слева определяется резкая локальная болезненность на уровне 8-9 ребер по средней подмышечной линии. При аускультации – дыхание ослабленное. Язык подсушен, обложен белым налетом. Живот не вздут, симметричен. Слева в поясничной области имеется кровоподтек, небольшая отечность тканей. При пальпации живот мягкий, болезненный во всех отделах, нерезко выражен симптом Щеткина-Блюмберга. Печень и селезенка не пальпируются. Аускультативно – перистальтические шумы кишечника не

прослушиваются. Симптом Пастернацкого положительный слева. Дизурических расстройств нет, моча красного цвета. При пальцевом ректальном исследовании патологии не выявлено, на перчатке следы кала обычного цвета.

- **Общий Анализ крови:** Эр.-2,6 Т/л, Нв-66,0 г/л, лейкоцитов- $7,8 \times 10^9$ /л, э.-1, п/я-12; с/я-62; лимф.-19, мон.-2, СОЭ-17 мм/ч.

- **Анализ мочи:** эритроциты – сплошь в поле зрения.

- Билирубин крови: 18 мкмоль/л.

- Глюкоза крови: 10,8 ммоль/л.

- **На обзорной рентгенограмме** живота и грудной клетки свободного газа в брюшной полости не обнаружено. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено, имеется перелом 8-9 ребер слева.

- **Осмотрен урологом.** Заключение: ушиб левой почки, не исключается ее повреждение. Рекомендовано дообследование, наблюдение.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №141

1. Каков Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие клинические признаки (симптомы) Вы будете исследовать у больного, предполагая повреждение полого или паренхиматозного органа брюшной полости?
3. Какие объективные дополнительные методы исследования следует использовать для уточнения характера повреждения брюшной полости и грудной клетки?
4. Различают 4 группы повреждений. К какой из них Вы отнесете данное наблюдение?
5. Какие исследования должны быть проведены больному в связи с подозрением на повреждение почки?
6. Каковы показания и техника проведения лапароцентеза при травме живота?
7. Тактика лечения, необходимая в данном наблюдении?
8. Во время операции – в брюшной полости обнаружено большое количество крови со сгустками, имеется разрыв селезенки в области нижнего полюса. Каковы Ваши дальнейшие действия?
9. Показания и противопоказания к реинфузии крови и техника ее выполнения?
10. Что собой представляют двухфазные разрывы печени и селезенки?
11. Какова лечебная тактика по отношению к имеющемуся перелому ребер?

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

Для оценки формирования компетенций используется рейтинговая система оценки успеваемости и качества знаний студентов.

Успешность освоения студентом дисциплины в семестре оценивается по 100 балльной шкале итоговым баллом по дисциплине. При наличии экзамена максимальный семестровый рейтинговый балл равен 60, минимальный экзаменационный рейтинговый балл равен 40.

Учебный рейтинг формируется из следующих составляющих:

- результаты освоения каждой темы учебной дисциплины, текущий контроль выполнения самостоятельной работы по данным опроса, рефератов и докладов по результатам изучения учебных пособий и пр., выполнения практических заданий, тестирования, (40 баллов);
- выполнения лабораторных заданий (10 баллов);
- промежуточная аттестация (зачет) (20 баллов);

-промежуточная аттестация (экзамен) (30 баллов).

Текущий контроль успеваемости обучающихся предполагает систематическую проверку теоретических знаний обучающихся, выполнения ими проектных заданий в соответствии с учебной программой. Текущий контроль (ТК) по освоению учебных модулей дисциплины в течение семестра предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$TK = 40 \frac{B+U3}{B+U3},$$

где В, УЗ – количество контрольных вопросов и заданий по учебному плану,

в, уз - количество вопросов и заданий, на которые ответил и выполнил студент.

Творческий рейтинг выставляется за выполнение домашних (самостоятельных) заданий различного уровня сложности (подготовка проектных заданий, презентаций, рефератов и других видов работ). Творческий рейтинг (ТР) предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$TP = 30 \frac{ПЗ+РЕФ}{ПЗ+РЕФ},$$

Где ПЗ, РЕФ – количество проектных заданий и рефератов по учебному плану,

пз, реф – количество проектных заданий и рефератов, которые студент выполнил.

Итоговая аттестация проводится в соответствии с расписанием в экзаменационную сессию.

Результаты аттестации (РА) студента за семестр, рассчитываются по следующей формуле:

$$РА = ПУЗ+ТК+ТР$$

Методические рекомендации к практическим занятиям

Практические занятия – метод репродуктивного обучения, обеспечивающий связь теории и практики, содействующей выработке у студентов умений навыков применения знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельной деятельности.

Практические занятия проходят по двум направлениям: теоретическому и практическому. Теоретическое направление связано с обсуждением устных сообщений, подготовленных студентами по определенным темам. Практическое направление связано с выполнением лабораторных работ.

Подготовка выступлений проводится по единому плану, данному в теме. Сообщения на занятии могут делать все участники подготовки или отдельные студенты.

Деятельность студентов оценивается по следующим показателям:

1. Качество доклада, его полнота. Содержательность, соответствие приведенному плану, самостоятельность и критичность студенческих оценок, убедительность и грамотность речи докладчика.
2. Качество презентации, ее наглядность, полнота, но в то же время лаконичность.
3. Обоснованность и убедительность ответов на вопросы слушателей.
4. Участие в дискуссии, глубина и содержательность вопросов подгруппам студентов, выполнявших задания по другим электронным пособиям.

На лабораторных учебных занятиях студенты наблюдают и исследуют гигиенические условия занятий физической культурой и спортом, изучают устройство и принцип действия измерительной аппаратуры.

Методические рекомендации по подготовке рефератов

Подготовка и написание работы по дисциплине имеет целью углубить, систематизировать и закрепить полученные студентами теоретические знания в области изучаемого предмета, систематизировать навыки применения теоретических знаний. Написание реферата позволяет закрепить приобретаемые студентами умения поиска необходимой информации, быстрого ориентирования в современной классификации источников. Оно инициирует стремление к повышению скорости чтения, выработке адекватного понимания прочитанного, выделение главного и его фиксации – составлению конспекта.

Структурными элементами реферата являются: 1) титульный лист; 2) оглавление; 3) введение; 4) основная часть; 5) заключение; 6) список использованных источников; 7) приложения.

Содержание оглавления включает введение, наименование всех глав, разделов, подразделов, пунктов (если они имеют наименование) и заключение с указанием номеров страниц, с которых начинаются эти элементы реферата.

Введение должно содержать оценку современного состояния решаемой проблемы. Во введении должны быть показаны актуальность темы, цели и задачи, которые будут рассматриваться в реферате, а также методы, которыми воспользовался студент для изучения избранной им проблемы. Во введении должны быть указаны структура работы и литературные источники, используемые автором в работе.

Основную часть реферата следует делить на главы или разделы. Разделы основной части могут делиться на пункты и подразделы. Пункты, при необходимости, могут делиться на подпункты. Каждый пункт должен содержать законченную информацию.

Заключение должно содержать:

- выводы по результатам выполненной работы;
- список использованных источников.

Сведения об источниках приводятся в соответствии с требованиями ГОСТ 7.1. – 2013

Качество реферата оценивается: по его структуре, полноте, новизне, количеству используемых источников, самостоятельности при его написании, степени оригинальности и инновационности предложенных решений, обобщений и выводов, а также уровень доклада (акцентированность, последовательность, убедительность, использование специальной терминологии) учитываются в системе балльно-рейтингового контроля.

Методические рекомендации по организации самостоятельной работы студентов

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студента, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студента).

Государственным стандартом предусматривается 50% часов из общей трудоемкости дисциплины на самостоятельную работу студентов (далее СРС).

Формы самостоятельной работы студента разнообразны. Они включают в себя:

- изучение и систематизацию официальных государственных документов - законов, постановлений, указов, нормативно-инструкционных и справочных материалов с использованием информационно-поисковых систем глобальной сети "Интернет";
- изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодических изданий с привлечением электронных средств официальной, статистической, периодической и научной информации;
- подготовку докладов и рефератов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ;
- участие в работе студенческих конференций, комплексных научных исследованиях.

Самостоятельная работа приобщает студента к научному творчеству, поиску и решению актуальных современных проблем.

Цели и основные задачи СРС

Целью самостоятельной работы студента является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю, опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студента способствует развитию его самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студента;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студента: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании выпускной квалификационной работы, для эффективной подготовки к итоговым зачетам и экзаменам.

Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе выделяется два вида самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

- формирование и усвоение содержания конспекта лекций на базе рекомендованной лектором учебной литературы, включая информационные образовательные ресурсы (электронные учебники, электронные библиотеки и др.);
- написание рефератов;
- подготовка к семинарам и лабораторным работам, их оформление;
- составление аннотированного списка статей из соответствующих журналов по отраслям знаний (педагогических, психологических, методических и др.);
- подготовка рецензий на статью, пособие;
- выполнение микроисследований;
- подготовка практических разработок;
- выполнение домашних заданий в виде индивидуальных работ по отдельным разделам содержания дисциплины и т.д.;
- текущий самоконтроль и контроль успеваемости на базе электронных обучающих и аттестующих тестов.

Основными видами самостоятельной работы студента с участием преподавателей являются:

- текущие консультации;
- прием и разбор индивидуальных заданий (в часы практических занятий);

- прием и защита лабораторных работ (во время проведения л/р);
- выполнение учебно-исследовательской работы (руководство, консультирование и защита УИРС).

Организация СРС

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студента обеспечивают: факультет, кафедра, преподаватель, библиотека.

В процессе самостоятельной работы студент приобретает навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем в соответствии с Федеральными Государственными образовательными стандартами высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) по данной дисциплине.
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

Студент может сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого ФГОС ВПО по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студента планируется студентом самостоятельно. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

Основной формой самостоятельной работы студента является изучение содержания конспектов лекций, их дополнение материалами рекомендованной литературы, активное участие на практических и семинарских занятиях.

Адекватная самооценка знаний, своих достоинств, недостатков - важная составляющая самоорганизации человека, без нее невозможна успешная работа по управлению своим поведением, деятельностью. Одна из основных особенностей обучения заключается в том, что постоянный внешний контроль заменяется самоконтролем, активная роль в обучении принадлежит уже не столько преподавателю, сколько студенту.

Шкала оценивания реферата

Критерии оценивания	Баллы
Содержание соответствует поставленным цели и задачам, изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения	30
Содержание недостаточно полно соответствует поставленным цели и задачам исследования, работа выполнена на недостаточно широкой источниковой базе и не учитывает новейшие достижения науки, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения	15
Содержание не отражает особенности проблематики избранной темы; содержание работы не полностью соответствует поставленным задачам, источниковая база является фрагментарной и не позволяет качественно решить все поставленные в работе задачи, работа не учитывает новейшие достижения историографии темы, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы	5
Работа не имеет логичной структуры, содержание работы в основном не соответствует теме, источниковая база исследования является недостаточной для решения поставленных задач, студент показал неуверенное владение материалом, неумение формулировать собственную позицию.	0

Шкала оценивания устного опроса

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практических занятиях, содержание и	10

изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения.	
участие в работе на практических занятиях, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения.	5
низкая активность на практических занятиях, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы.	2
отсутствие активности на практических занятиях, студент показал незнание материала по содержанию дисциплины.	0

Шкала оценивания решения ситуационных задач

Критерии оценивания	Баллы
Верно решено 5 задач	10
Верно решено 4 задачи	5
Верно решено 3 задачи	2
Верно решено 0,1,2 задачи	0

Шкала оценивания практической подготовки

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практической подготовке, выполнен(ы) осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве не менее 3 и/или отработан алгоритм оказания медицинской помощи(не менее 3) или сформирован клинический навык	5
средняя активность на практической подготовке, выполнен(ы) осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве от 1 до 3 и/или отработан алгоритм оказания медицинской помощи(от 1 до 3)	2

низкая активность на практической подготовке, осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве не выполнялись, алгоритм оказания медицинской помощи не отработан	0
---	----------

Шкала оценивания ответов на зачете

Критерии оценивания	Баллы
Полно раскрыто содержание материала в объеме программы; четко и правильно даны определения и раскрыто содержание понятий; установлены причинно-следственные связи; верно использованы научные термины; для доказательства использованы различные умения, выводы из наблюдений и опытов; ответ самостоятельный, использованы ранее приобретенные знания.	81-100 баллов
Раскрыто основное содержание материала; в основном правильно даны определения понятий и использованы научные термины; определения понятий неполные, допущены незначительные нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из наблюдений и опытов, исправленные с помощью преподавателя.	61-80 баллов
Усвоено основное содержание учебного материала, но изложено фрагментарно, не всегда последовательно; определения понятий недостаточно четкие; не использованы в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений и опытов или допущены ошибки при их изложении; допущены ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определении понятий, исправленные с помощью преподавателя.	41-60 балл
Основное содержание вопроса не раскрыто; допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа.	0-40 балл

Шкала оценивания ответов на экзамене

Критерии оценивания	Баллы
Полно раскрыто содержание материала в объеме программы; четко и правильно даны определения и раскрыто содержание понятий; установлены причинно-следственные связи; верно использованы научные термины; для доказательства использованы различные умения, выводы из наблюдений и опытов; ответ самостоятельный, использованы ранее приобретенные знания.	81-100 баллов
Раскрыто основное содержание материала; в основном правильно даны определения понятий и использованы научные термины; определения понятий неполные, допущены незначительные нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из наблюдений и опытов, исправленные с помощью преподавателя.	61-80 баллов
Усвоено основное содержание учебного материала, но изложено фрагментарно, не всегда последовательно; определения понятий недостаточно четкие; не использованы в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений и опытов или допущены ошибки при их	41-60 балл

изложении; допущены ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определении понятий, исправленные с помощью преподавателя.	
Основное содержание вопроса не раскрыто; допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа.	0-40 балл

Итоговая шкала по дисциплине

Итоговая оценка по дисциплине выставляется по приведенной ниже шкале. При выставлении итоговой оценки преподавателем учитывается работа обучающегося в течение всего срока освоения дисциплины, а также оценка по промежуточной аттестации.

Баллы, полученные по текущему контролю и промежуточной аттестации	Оценка в традиционной системе	
81-100	«5» (отлично)	«Зачтено»
61-80	«4» (хорошо)	«Зачтено»
41-60	«3» (удовлетворительно)	«Зачтено»
0-40	«2» (неудовлетворительно)	«Незачтено»