

Электронная цифровая подпись

Коленков Алексей Александрович



B B A B F F D 0 E 6 1 6 1 1 E A

Завалко Александр Федорович



3 8 8 2 1 B 8 B C 4 D 9 1 1 E A

Утверждено "28" июля 2022 г.
Протокол № 1

председатель Ученого Совета Коленков А.А.
ученый секретарь Ученого Совета Завалко А.Ф.

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

Год поступления 2022

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

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

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код и наименование компетенции /Код и наименование индикатора достижения компетенции	Содержание компетенции/ индикатора достижения компетенции	Вопросы темы, проверяющие освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	№ Теста, проверяющего освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	№ Задачи, проверяющей освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	Формы СРС № Темы презентации/реферата и др. форм контроля, проверяющего освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1	Введение в общую хирургию. Хирургическая деонтология.	иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Алгоритм обследования пациентов в хирургических отделениях.	1-4	1-2	1-2	Стандартизированный тестовый контроль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	В соответствии с п.4.2.2
		иПК-1.1	Получение информации от пациентов (их родственников/ законных представителей)	Общие принципы получения информации от пациентов, их родственников законных представителей	5-10	3			
2	Асептика	иОПК 5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	1. перевязочный материал, его основные свойства. Автоклав, его устройство и работа. 2. Хирургические инструменты, стерилизация, уход за ними. Оптические приборы, перчатки.	1-10	1-2	1-2	Стандартизированный тестовый контроль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента	В соответствии с п.4.2.2

				3. Методы контроля стерильности. 4. Подготовка рук персонала к операции. Подготовка операционного поля.				истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	
3	Антисептика	иОПК 5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	1. Знать виды антисептики (механическая, химическая, физическая, биологическая, смешанная) различные возможности их применения как в клинике, так и в поликлинике. 2. Знать наборы хирургических инструментов и различных дренажей (марлевых, резиновых) 3. Применение в хирургии основных антисептиков (перекись водорода, раствор фурацилина, раствор марганцовокислого калия, настойка йода, спирт, протеолитические ферменты (химотрипсин), хлорамин, йодоформ, ксероформ, различные антибиотики по группам). 4. Какие инструменты используют для выполнения первичной хирургической обработки раны, туалета раны	1-10	1-2	1-2	Стандартизированный тестовый контроль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	В соответствии с п.4.2.2
4	Десмургия	иОПК 5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	1. Виды повязок: по назначению, по способам фиксации перевязочного материала, по локализации	1-10	1-2	1-2	Стандартизированный тестовый контроль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ,	В соответствии с п.4.2.2

			сиональных задач	<p>2. Мягкие повязки, общие правила наложения повязок. Типы бинтования. Эластическая компрессия нижних конечностей.</p> <p>3. Требования, предъявляемые к готовой повязке. Специальные перевязочные средства, применяемые в современной медицине.</p> <p>4. Определение понятия транспортная иммобилизация, основные правила. Виды и средства транспортной иммобилизации. Шины Крамера, Дитерихса, Еланского, пневматические шины, воротник Шанца. Решение задач транспортировки пострадавших при переломах костей таза, позвоночника в грудном, поясничном и шейных отделах.</p> <p>5. Гипс и гипсовые повязки. Гипсовые биты, лонгеты. Основные виды и правила наложения гипсовых повязок.</p>				решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	
5	Кровотечения. Остановка кровотечения. Острая кровопотеря	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных,	<p>Диагностические методы обследования пациентов с кровотечением в зависимости от классификации кровотечений.</p> <p>Симптомы острой кровопотери</p>	1-10	1-2	1-2	Стандартизированный тестовый контроль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории	В соответствии с п.4.2.2

			инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач					болезни/фрагмента истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	
6	Переливание крови и ее компонентов. Кровезаменители	иПК-1.3	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	<p>Определение группы крови с помощью моноклональных антител (целиклонов). Алгоритм выполнения, необходимые реактивы, инструменты, приборы?</p> <p>Резус-фактор. Определение Rh-фактора. Пробы на индивидуальную совместимость при переливании крови.</p> <p>Методика и техника проведения биологической пробы при переливании компонентов и препаратов крови.</p> <p>Способы переливания крови</p> <p>Лабораторные показания к переливанию крови?</p>	1-10	1-2	1-2	Стандартизированный тестовый контроль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	В соответствии с п.4.2.2
7	Общие вопросы анестезиологии. Компоненты общей анестезии. Виды наркоза	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и	Вещества, используемые для общей анестезии и наркоза (ингаляционные и неингаляционные). Стадии эфирного наркоза. Устройство наркозной и дыхательной аппаратуры и принцип ее работы.	1-10	1-2	1-2	Стандартизированный тестовый контроль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента	В соответствии с п.4.2.2

			дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Техника проведения наркоза и общей комбинированной анестезии. Методы исследования больных, необходимые для проведения наркоза и общей анестезии. Интерпретация данных для выбора анестезиологического пособия. Осложнения общей анестезии, методы их устранения и профилактики.				истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	
8	Виды местной анестезии	иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний	Основные анестезирующие вещества, их концентрацию, предельные дозы, применение. Виды местного обезболивания и методики их проведения. Показания и противопоказания к местной анестезии. Инфильтрационную анестезию по А. В. Вишневскому. Виды проводниковой анестезии. Показания и способы новокаиновых блокад. Внутривенную и внутрикостную анестезию. Показания и методы выполнения перидуральной и спинномозговой анестезии. Осложнения различных видов местной анестезии и меры по их предупреждению.	1-10	1-2	1-2	Стандартизированный тестовый контроль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	В соответствии с п.4.2.2
9	Переломы и вывихи	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и	Основные методы инструментальных обследований	1-3	1	1-2	Стандартизированный тестовый контроль	В соответствии

			интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	дований пациентов с подозрением на вывихи и переломы.				троль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	с п.4.2.2
		иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Алгоритм исследования пациентов при подозрении на перелом и вывих	4-10	2			
10	Травмы головы, груди и живота. Синдром длительного сдавления.	иПК-1.3	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Провести анализ жалоб больного. Собрать сведения о характере травмы. Оценить тяжесть состояния пострадавшего при поступлении. Уметь провести обследование пострадавшего с травмой груди и живота. Обосновать диагноз на основании полного физикального обследования. Специальные методы диагностики (УЗС, рентген, МСКТ)	1-5	1	1-2	Стандартизированный тестовый контроль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	В соответствии с п.4.2.2
		иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать	Уметь оценить тяжесть состояния пострадавшего. Уметь провести обследование дифференциальную диагностику по тяжести со-	6-10	2			

			<p>вать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач</p>	<p>стояния, пострадавшего с травмой груди и живота. Уметь обосновать диагноз. Определить тактику лечения при неотложных состояниях. Определить показания к операции. Хирургическое лечение пострадавших с синдромом длительного сдавления. Методы детоксикации в лечении пострадавших с синдромом длительного сдавления.</p>					
11	<p>Общие вопросы реаниматологии. Травматический шок. Понятие о шоках другой этиологии. Сердечно-легочная реанимация</p>	иОПК-5.3	<p>Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач</p>	<p>Вещества, используемые для общей анестезии и наркоза (ингаляционные и неингаляционные). Стадии эфирного наркоза. Устройство наркозной и дыхательной аппаратуры и принцип ее работы. Техника проведения наркоза и общей комбинированной анестезии. Методы исследования больных, необходимые для проведения наркоза и общей анестезии и интерпретации данных для выбора анестезиологического пособия. Осложнения общей анестезии, методы их устранения и профилактики.</p>	1-10	1-2	1-2	<p>Стандартизированный тестовый контроль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки</p>	<p>В соответствии с п.4.2.2</p>
12	<p>Раны и раневой процесс.</p>	иПК-1.3	<p>Интерпретация данных первичного и</p>	<p>Принципы оказания первой медицинской</p>	1-10	1-2	1-2	<p>Стандартизированный тестовый кон-</p>	<p>В соответствии</p>

	Лечение ран		повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	помощи. Первичную хирургическую обработку раны. Общие принципы активного хирургического лечения ран чистых и инфицированных. Виды швов					троль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	с п.4.2.2
13	Ожоги. Отморожения. Электро-травма	иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Алгоритм исследования пациентов с ожогами, отморожениями, электротравмой.	1-7	1	1-2	Стандартизированный тестовый контроль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	В соответствии с п.4.2.2	
		иПК-1.3	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Интерпретация данных обследования пациентов с ожогами и отморожениями.	8-10	2				
14	Хирургическая операция. Предоперационный и послеоперационный периоды	иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Уточнение диагноза, показаний, противопоказаний к операции, сроков ее выполнения. Выявление функционального состояния основных органов и систем, при необходимости — их лечение. Медикаментозная подготовка пациента к операции. Диагностический и предоперационный этапы подготов-	1-10	1-2	1-2	Стандартизированный тестовый контроль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	В соответствии с п.4.2.2	

				ки пациента к операции.					
15	Методика обследования хирургических больных. Курация. Представление истории болезни	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Методика полного обследования больных хирургическими заболеваниями	1-10	-	1-2	Стандартизированный тестовый контроль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	В соответствии с п.4.2.2
16	Гнойные заболевания мягких тканей: фурункулы, карбункулы, рожа, абсцесс, флегмона, гидраденит. Мастит. Лимфаденит и лимфангоит.	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Методы обезболивания при выполнении оперативных вмешательств в амбулаторных условиях; техника хирургической обработки гнойной раны и дренирования. Общехирургические техники и оперативные вмешательства: первичная хирургическая обработка поверхностных ран, снятие швов, наложение повязок, вскрытие и дренирование подкожных абсцессов, панарициев. Лечебно-диагностическим алгоритмом при гнойно-воспалительных заболеваний в условиях поликлиники.	1-10	1-2	1-2	Стандартизированный тестовый контроль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	В соответствии с п.4.2.2

				<p>Определить показания для хирургического лечения в зависимости от фазы гнойно-воспалительного процесса.</p> <p>Провести антибактериальную терапию. Пользоваться современными перевязочными материалами. Выполнять вскрытие абсцессов и флегмон. Определять объем консервативного и хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний. Проводить коррекцию антибактериальной терапии в зависимости от течения гнойно-воспалительных заболеваний и результатов лабораторных исследований.</p>					
17	Гнойная хирургия костей и суставов	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Обследование и интерпретация данных с гнойными заболеваниями костей суставов.	1-10	1-2	1-2	Стандартизированный тестовый контроль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	В соответствии с п.4.2.2

18	Хирургический сепсис. Гнойные заболевания кисти.	иПК-1.3	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Клиника сепсиса. Септический шок. Лечение сепсиса, лекарственные препараты дезинфицирующие средства и их комбинации. Уход за больными с сепсисом.	1-10	1-2	1-2	Стандартизированный тестовый контроль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	В соответствии с п.4.2.2
19	Анаэробная инфекция. Специфическая хирургическая инфекция.	иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Обследование пациентов для установки диагноза	1-10	1-2	1-2	Стандартизированный тестовый контроль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	В соответствии с п.4.2.2
20	Основы онкологии	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при реше-	Особенности доброкачественных и злокачественных опухолей, интерпретация данных методы исследования для установки диагноза	1-10	1-2	1-2	Стандартизированный тестовый контроль (тестовые задания с эталоном ответа), устный ответ, решение ситуационных задач, реферат, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, разбор тематического больного, курация больного, практические навыки	В соответствии с п.4.2.2

			нии профессиональ- ных задач					ские навыки	
--	--	--	---------------------------------	--	--	--	--	-------------	--

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

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

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

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

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

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Приложение 1.Тестовый контроль.

Тема №1 «Введение в общую хирургию. Хирургическая деонтология.»

1.В хирургическом стоматологическом кабинете генеральную уборку полагается проводить:

- 1) дважды в день, между рабочими сменами;
- 2) один раз в день после последней рабочей смены;
- 3) один раз в неделю;
- 4) один раз в месяц.

2.Что является критерием оценки санитарного состояния хирургического стоматологического кабинета:

- 1) наличие санитарных книжек у сотрудников;
- 2) результаты бактериологического контроля содержания кабинета;
- 3) объём и характер производимых хирургических вмешательств;
- 4) результаты аэопирамовой пробы.

3.Самое распространённое оперативное вмешательство, проводимое в хирургическом стоматологическом кабинете:

- 1) удаление зубов;
- 2) взятие биопсии;
- 3) вскрытие абсцесса;
- 4) удаление новообразований.

4.Обработка операционного поля при внутриротовых доступах осуществляется:

- 1) спиртом 70 градусным;
- 2) спиртом 96 градусным;
- 3) раствором антисептиков (хлоргесидин,фурациллин);
- 4) лучше ничем не обрабатывать.

5.В стоматологической поликлинике хирургический кабинет на 1 кресло должен быть площадью не менее:

- 1) 23 кв.м;
- 2) 14 кв.м;
- 3) 7 кв.м;
- 4) 45 кв.м.

6.В хирургическом кабинете стоматологической поликлиники не рекомендуется проведение операции:

- 1) резекция верхушки корня зуба;
- 2) реплантация зуба;
- 3) удаление подчелюстной слюнной железы;
- 4) синуслифт.

7. В хирургическом кабинете стоматологической поликлиники можно проводить:

- 1) операцию Ванаха;
- 2) уранопластику;
- 3) вскрытие флегмоны дна полости рта;
- 4) вскрытие абсцесса.

8. Назовите группы веществ, которые не относятся к дезинфицирующим средствам:

- 1) галоидосодержащие;
- 2) кислородосодержащие;
- 3) антибактериальные;
- 4) альдегидосодержащие.

9. Стены хирургического стоматологического кабинета должны быть:

- 1) оклеены обоями и покрашены масляной краской;
- 2) побелены хлорной известью;
- 3) облицованы плиткой или окрашены;
- 4) оклеены моющимися обоями.

10. После использования хирургические инструменты должны сначала:

- 1) промыты в проточной воде;
- 2) замочены в дезинфицирующем растворе;
- 3) просушены;
- 4) стерелизованы в автоклаве.

Эталоны ответов:

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

Тема №2 «Асептика.»

1. Укажите основоположника асептики:

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

2. Дайте определение асептики:

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

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

1. Да.
2. Нет

4. Асептика - это комплекс:

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

5. Укажите источники хирургической инфекции:

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

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

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

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

1. Листер.
2. Пастер.
3. Бергман.

8. Пути инфицирования ран экзогенной инфекцией:

1. Лимфогенный.
2. Капельный.

9. Стерилизацией называется:

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

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

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

Эталоны ответов:

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

Тема №3 «Антисептика.»

1. Какие цели преследует современная антисептика

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

2. Какие из нижеперечисленных манипуляций можно отнести к химической антисептике

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Почему марлевый тампон не пригоден для дренирования полости абсцесса

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

Эталонные ответы:

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

Тема №4 «Десмургия.»

1. Понятие «повязка» обозначает:

- способ фиксации перевязочного материала
- смену повязки
- вид перевязочного материала

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

- марлевый бинт;
- гипсовый бинт;
- косынку;
- трубчатый трикотажный бинт;
- лейкопластырь.

3. Свободный конец скатанной части бинта называется:

- началом бинта
- головкой бинта

4. При ушибе плечевого сустава накладывают повязку:

- Черепашью
- Колосовидную
- восьмиобразную

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

- 45
- 70
- 90
- 110
- 130

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

- носа
- подбородка
- теменной области
- затылочной области
- промежности

7. Повязки защищают от воздействия внешней среды:

- рану;
- патологически измененные ткани;
- поврежденные ткани
- все ответы не верны;
- все ответы правильны;

8. Неподвижные повязки НЕ используют для:

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

9. Для бинтования пяточной области применяется повязка:

- черепашья
- круговая
- возвращающаяся
- Т-образная
- ползучая

10. На теменную область накладывается повязка:

- возвращающаяся
- спиральная
- колосовидная
- круговая
- пращевидная

Эталоны ответов:

Номер во-проса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1	2	1	2	3	5	4	4	1	5

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

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

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

2. Что относится к биологическому способу окончательной остановки кровотечения?

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

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

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

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

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

5. К общим симптомам большой кровопотери нельзя отнести:

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

6. Максимальное время нахождения жгута на конечности зимой?

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

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

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

8. При правильно наложенном артериальном жгуте отмечают:

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

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

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

- 1) 1, 2
- 2) 2, 3
- 3) 3
- 4) 1, 2, 3, 4
- 5) 4, 5.

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

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

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

Эталоны ответов:

Номер во-проса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	5	5	4	2	4	1	5	4	3	4

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

1. Какое действие на организм оказывает перелитая донорская кровь?

1. заместительное, кровоостанавливающее

2. дезинтоксикационное
3. стимулирующее, питательное
4. иммунобиологическое
5. верно все вышеуказанное.

2. Укажите стабилизатор крови:

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

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

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

4. Укажите позднее осложнение после гемотрансфузии:

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

5. С гемостатической целью при продолжающемся кровотечении предпочтительнее переливание:

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

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

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

7. Назовите срок годности цитратной крови:

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

8. Укажите срок годности нативной плазмы и лейкоцитарной массы:

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

9. Укажите срок годности свежемороженой плазмы:

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

10. Какие осложнения могут возникать при переливании кровезаменителей?

1. аллергические реакции

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

Эталоны ответов:

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

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

- **Какая дата является днем рождения анестезиологии?**
 - 16.10.1846 года.
 - 13.05.1930 года.
 - XIX век.
 - Нет определенной даты.
- **Кто впервые успешно применил эфирный наркоз?**
 - В.Мортон.
 - Д. Харрисон.
 - Р. Бретбери
 - Р.Блекмор.
- **На каком уровне действует общее обезболивание?**
 - Чувствительный нейрон.
 - Рецептор - чувствительный нейрон.
 - ЦНС.
 - Двигательный нейрон- рецептор- чувствительный нейрон.
- **И каком городе впервые был применен наркоз?**
 - Лондон.
 - Копенгаген
 - Бостон.
 - Санкт-Петербург.
- **Анестезиолог должен уметь:**
 - Выполнить инфильтрационную анестезию.
 - Внутрикостную анестезию.
 - Контактную анестезию
 - Перидуральную анестезию.
- **Общее обезболивание не включает в себя:**
 - Анальгезию.
 - Анестезию.
 - Наркоз.
 - Гиперестезию.
- **Какие пути введения лекарств существуют при наркозе?**
 - Через дыхательные пути.
 - Через мочевыделительную систему.
 - Через кожу.
 - Через прямую кишку.
- **Что не входит в основные задачи наркоза?**
 - Контроль адекватного газообмена.
 - Контроль за пищеварительной системой.
 - Контроль за артериальным давлением.
 - Контроль за мочевыделительной системой.
- **Кем разработаны основные фазы воздействия наркотического вещества на ЦНС?**
 - Н.И.Пироговым.
 - И.П.Павловым.
 - И.М.Сеченовым.
 - В.М.Бехтеревым.
- **Фазой наркотического воздействия на ЦНС не является:**
 - Гипнотическая фаза.

- Фаза регургитации.
- Фаза возбуждения.
- Фаза наркотического сна.

Эталоны ответов:

Номер во-проса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон отве-та	1	1	3	3	4	4	1	2	2	2

Тема №8 «Виды местной анестезии.»

1. К эфирным соединениям не относится:

1. Кокаин.
2. Дикаин.
3. Хлорпрокаин.
4. Бупивакаин.

2. Контактную анестезию можно использовать:

1. При ФГДС.
2. При фиброколоноскопии.
3. При гастротомии.
4. При цистэктомии.

3. Спинальная анестезия - это введение анестетика:

1. В эпидуральное пространство.
2. В спинной мозг.
3. В продолговатый мозг.
4. Под твердую мозговую оболочку.

4. К местным анестетикам амидного ряда относится:

1. Кокаин.
2. Новокаин.
3. Совкаин.
4. Лидокаин.

5. Положение больного при выполнении эпидуральной анестезии:

1. Лежа на спине с приведенными коленями.
2. В положении Тренделенбурга.
3. Лежа на животе.
4. Сидя на операционном столе с согнутой спиной.

6. Эпидуральная анестезия обеспечивает:

1. Быстрый и спокойный сон пациента.
2. Повышение вагусного тонуса.
3. Надежное обезболивание пациента с повышением АД.
4. Сохранение мышечного тонуса в зоне операции.

7. Местная анестезия обеспечивает:

1. Надежное отключение сознания.
2. Легкую миорелаксацию.
3. Обезболивающий эффект.
4. Снижение двигательной активности.

8. К виду местной анестезии не относится:

1. Контактная.
2. Проводниковая.
3. Транслимбическая.
4. Футлярная.

9. Местная анестезия не может быть использована при:

1. Аппендэктомии.
2. Холецистэктомии лапаротомным доступом.
3. Холецистэктомии лапароскопическим доступом.
4. Фиброгастроуденоскопии.

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

1. Привыкания.

2. Аллергии.
3. Судорог.
4. Тахикардии.

Эталоны ответов:

Номер во-проса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон отве-та	4	1	4	4	4	4	3	3	3	2

Тема №9 «Переломы и вывихи.»

1. Абсолютный признак перелома костей:

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

2. Признак, характерный только для перелома:

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

3. Симптом, характерный только для вывиха:

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

4. Первая помощь при закрытом вывихе:

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

5. Патологическим называется вывих:

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

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

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

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

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

8. Абсолютное укорочение конечности характерно для:

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

9. При переломе бедра необходимо фиксировать:

1. тазобедренный сустав
2. тазобедренный и коленный суставы

3. тазобедренный, голеностопный и коленный суставы
4. место перелома

10. При переломе костей предплечья шина накладывается:

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

Эталоны ответов:

Номер во-проса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	4	3	4	3	3	1	4	2	4	3

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

1. Укажите симптом ушиба мягких тканей головы:

- рвота
- потеря сознания
- амнезия
- анизокория
- подкожная гематома

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

- спазм артерий
- спазм вен
- дилатация артерий
- дилатация вен
- спазм вен и дилатация артерий

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

- симптоматическая
- дегидратационная
- дезинтоксикационная
- симптоматическая и дегидратационная
- симптоматическая и дезинтоксикационная

4. При нарастающей черепной гематоме требуется:

- экстренная операция и дегидратационная терапия
- симптоматическая и дегидратационная терапия
- симптоматическая терапия и при отсутствии эффекта - операция
- антибактериальная и симптоматическая терапия
- оперативное лечение не требуется

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

- сразу после травмы
- через некоторый «светлый» промежуток времени
- в момент травмы
- сразу после госпитализации
- появление локальной симптоматики не характерно

6. Абсолютным признаком проникающего ранения свода черепа является:

- боль в области раны
- кровотечение из раны
- тошнота и рвота
- крепитация костных отломков
- истечение ликвора из раны

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

- электрокардиография
- компьютерная томография
- рентгенография черепа
- консультация терапевта

- флюорография легких
- 8. К симптомам сотрясения головного мозга тяжелой степени относятся:**
- тахикардия
 - ретроградная амнезия
 - живая реакция зрачков на свет
 - олигурия
 - желтуха

- 9. К симптомам сотрясения головного мозга относятся все, кроме:**
- тошноты
 - потери сознания
 - вялой реакции зрачков на свет
 - ретроградной амнезии
 - симптома очков

- 10. Укажите объем первой помощи пострадавшему с сотрясением головного мозга:**
- спинальная пункция, компресс на голову
 - строгий покой, холодный компресс на голову, обезболивающие
 - в/в введение 40% раствора глюкозы и обезболивающие
 - строгий покой и разгрузочная спинальная пункция
 - холодный компресс на голову и в/в введение 40% раствора глюкозы

Эталоны ответов:

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

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

1. Можно ли вывести человека из состояния биологической смерти:

- возможно полное оживление
- нет
- возможно частичное оживление
- в зависимости от причины смерти
- возможно при продолжительных реанимационных мероприятиях

2. К критериям эффективности реанимационных мероприятий не относится:

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

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

- газообмен и кровоток
- самостоятельное дыхание
- функцию почек
- функцию печени
- сознание

4. Прямым эффектом от внутриартериального введения крови не является:

- повышение тонуса сосудов
- стимуляция работы сердца
- увеличение ОЦК
- восстановление дыхания
- увеличение кислородной емкости крови

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

- лицом вниз
- голова повернута набок
- лицом вверх
- голова запрокинута
- голова притянута к груди

6. Целью массажа сердца является:

- создание циркуляции крови, восстановление работы сердца
- восстановление диуреза
- восстановление сознания
- восстановление функции почек
- устранение метаболического ацидоза

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

- животе
- правом боку
- мягкой кровати
- спине, жесткой кровати
- левом боку

8. Достаточным для поддержания жизнедеятельности систолическим давлением является:

- 30 мм рт.ст.
- 50-60 мм рт.ст.
- 60-70 мм рт.ст.
- 10-20 мм рт.ст.
- 150-160 мм рт.ст.

9. Оперативный доступ к сердцу для проведения прямого массажа:

- по средней линии живота
- в IV межреберье справа от грудины
- в VII межреберье слева от грудины
- от среднеподмышечной линии до паравертебральной слева
- в IV межреберье слева от грудины

10. Последовательность реанимационных мероприятий при утоплении:

- кардиотоники, ИВЛ, массаж сердца, удалить воду
- массаж сердца, ИВЛ, кардиотоники, удалить воду
- удалить воду, массаж сердца, ИВЛ, кардиотоники
- кардиотоники, удалить воду, массаж сердца, ИВЛ
- удалить воду, кардиотоники, массаж сердца, ИВЛ

Эталоны ответов:

Номер во-проса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	4	1	4	4	1	4	3	5	3

Тема №12 «Раны и раневой процесс»

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

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

2. По инфицированности выделяют раны:

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

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

1. да
2. нет.

4. Чем объясняется наличие зоны молекулярного сотрясения приогнестрельном ранении?

1. давлением на ткани снаряда
2. пульсацией клеток в зоне раны

3. волнообразными движениями стенок канала
4. изменением осмотического давления
5. массой снаряда.

5. Чем обуславливается степень зияния раны?

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

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

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

7. Под первичной хирургической обработкой раны следует понимать:

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

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

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

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

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

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

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

Эталонные ответы:

Номер во-проса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон отве-та	4	5	2	1	5	5	4	5	2	2

Тема №13 «Ожоги. Отморожения. Электротравма.»

1. Укажите метод наиболее точного определения площади ожога тела:

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

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

1. серозное асептическое воспаление
2. отторжение струпа

3. регенерация.

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

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

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

1. болезненности
2. гиперемии
3. пузырей
4. отека
5. гип 0о 9стезии.

5. Для ожогового шока характерно все, кроме:

1. алкалоза
2. гипергликемии
3. гиперкалиемии
4. ацидоза
5. повышения в крови активности аланин-амино-трансферазы.

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

1. введения обезболивающих
2. наложения сухой асептической повязки
3. наложения мазевой повязки
4. профилактики асфиксии при ожоге верхних дыхательных путей
5. организации доставки в лечебное учреждение.

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

1. да
2. нет.

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

1. вскрыть
2. иссечь.

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

1. промывание проточной водой
2. обработки нейтрализующими растворами
3. обезболивания
4. наложения мазевой повязки
5. организации доставки пострадавшего в лечебное учреждение.

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

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

Эталоны ответов:

Номер во-проса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон отве-та	3	2	5	5	1	3	1	1	4	5

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

1. Хирургической операцией называется:

- лечение больного путем обнаружения патологического очага и удаление его
- разъединение кровных тканей для удаления патологического очага
- комплекс мероприятий, предусматривающий оперативный доступ и оперативный прием

- механическое воздействие на органы и ткани, производимое с целью лечения и диагностики

2. Какую из перечисленных операций можно отнести к бескровным:

- резекцию желудка
- биопсию
- вправление вывиха
- экстракцию зуба
- плевральную пункцию

3. Экстренная операция не проводится:

- при напряженном пневмотораксе
- при артериальном кровотечении
- при перитоните
- при злокачественных опухолях
- при сдавлении головного мозга

4. Экстренной операцией не является:

- лапаротомия при разрыве селезенки
- трепанация черепа при субдуральной гематоме
- трахеостомия при отеке гортани
- резекция желудка при стенозе привратника
- ушивание раны сердца при его ранении

5. Многоэтапной операцией является:

- ПХО раны
- вправление вывиха плеча по Кохеру
- пластика дефекта кожи лица по Филатову
- ампутация бедра
- вскрытие флегмоны ягодичной области

6. Лапароскопия не информативна:

- при разрыве селезенки
- при остром холецистите
- при панкреонекрозе
- при остром паранефрите
- при остром аппендиците

7. Что из перечисленного не относится к оперативному приему:

- ампутация конечности
- резекция легкого
- наложение межкишечного анастомоза
- вскрытие брюшной полости
- некрэктомия

8. Плановой операцией является:

- аппендэктомия при гангренозном аппендиците
- ушивание перфоративной язвы желудка
- грыжесечение при неосложненной паховой грыже
- лапаротомия при травматическом разрыве селезенки
- трахеостомия при остром отеке гортани

9. Диагностической операцией является:

- аппендэктомия
- грыжесечение
- биопсия лимфоузлов
- вправление вывиха плеча
- вскрытие панариция

10. К специальным хирургическим вмешательствам относятся все, кроме:

- микрохирургических
- эндоскопических
- эндоваскулярных
- криохирургических
- диагностических

Эталоны ответов:

Номер во-проса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон отве-та	4	3	4	4	2	4	4	3	3	5

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

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

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

2. Какой микроорганизм чаще всего вызывает образование фурункула:

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

3. Какое заболевание можно заподозрить при частом возникновении фурункулов:

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

4. Какая локализация фурункула требует госпитализации:

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

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

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

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

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

7. Карбункул это:

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

8. Разрез при вскрытии карбункула:

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

9. Кардинальным этапом операции при карбункуле является:

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

10. Ведущими общеклиническими симптомами при карбункуле являются:

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

Эталоны ответов:

Номер во-проса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	4	1	4	2	4	1	2	2	2

Тема №17 «Гнойная хирургия костей и суставов.»

1. Эмболическая теория возникновения гематогенного остеомиелита предложена:

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

2. Острый гематогенный остеомиелит чаще встречается у:

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

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

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

4. Наиболее часто при остром гематогенном остеомиелите поражается:

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

5. Первично-хронический остеомиелит развивается при:

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

6. Что называется острым остеомиелитом:

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

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

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

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

1. массаж конечности;
2. активные движения в суставах конечности;
3. скелетное вытяжение;

4. иммобилизация конечности гипсовой повязкой;
5. наложение согревающего компресса

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

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

10. Какое лечебное мероприятие противопоказано в ранней стадии гематогенного остеомиелита

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

Эталоны ответов:

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

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

1. Оперативное лечение подкожного панариция с ногтевой фаланги производят:

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

2. Панариций чаще возникает при попадании инфекции:

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

3. Техника выполнения анестезии по Лукашевичу-Оберсту:

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

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

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

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

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

6. Термин "сепсис" был введен в практику:

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

7. Нормэргическая реакция на внедрение инфекции характеризуется:

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

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

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

9. Диагноз хирургического сепсиса основывается на следующих важных критериях:

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

10. В лечении хирургического сепсиса особенно следует уделить внимание:

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

Эталонные ответы:

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Натечным абсцессом называется скопление гноя:

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

5. При туберкуле длинный трубчатых костей преимущественно поражается:

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

6. Укажите местные симптомы туберкулеза сустава:

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

7. При поражении туберкулезным процессом позвонков происходит разрушение их:

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

8. Что относится к характерным рентгенологическим признакам туберкулеза костей?

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

9. Назовите один из ранних диагностических признаков костного туберкулеза:

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

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

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

Эталоны ответов:

Номер во-проса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	3	2	2	3	3	5	1	4	4	5

Тема №20 «Основы онкологии.»

• **Что характерно для доброкачественной опухоли?**

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

• **Что не характерно для злокачественной опухоли?**

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

• **Какая особенность не характерна для злокачественной опухоли?**

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

• **Выявлению опухоли способствует все исследования, кроме:**

1. анамнеза больного

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

• **Какое показание необходимо для проведения лучевой терапии?**

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

• **Укажите неверное. Под абластикой понимают:**

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

• **К антибластике относится все, кроме:**

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

• **Под онкологической настороженностью врача понимают:**

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

• **К предраковым заболеваниям желудочно-кишечного тракта относятся все, кроме:**

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

• **Абластика - это комплекс мероприятий, направленных на:**

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

Эталоны ответов:

Номер во-проса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон отве-та	4	1	3	5	2	1	5	5	3	1

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

Тема №1 «Введение в общую хирургию. Хирургическая деонтология.»

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

Тема №2 «Асептика.»

1. Этапы обработки хирургических инструментов.
2. Способы обработки рук хирурга.

Тема №3 «Антисептика.»

1. Современные методы биологической антисептики.

2. Виды дренирования в хирургии.

Тема №4 «Десмургия.»

1. Современные виды полимерных гипсовых повязок.

2. Методика наложения бинтовых марлевых повязок.

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

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

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

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

1. Тактика врача при переливании компонентов крови.

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

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

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

2. Наркоз пропофолом.

Тема №8 «Виды местной анестезии.»

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

2. Спинальная анестезия.

Тема №9 «Переломы и вывихи.»

1. Переломы. Клиника, диагностика, лечение.

2. Вывихи. Клиника, диагностика, лечение.

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

1. Синдром длительного сдавления.

2. Закрытая травма живота.

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

1. Травматический шок – причины, патогенез, клиника.

2. Противопоказания к сердечно-легочной реанимации.

Тема №12 «Раны и раневой процесс.»

1. Раны, фазы раневого процесса.

2. Лечение ран на разных стадиях течения раневого процесса.

Тема №13 «Ожоги. Отморожения. Электротравма.»

1. Дифференциальная диагностика ожогов и отморожений по степеням.

2. Электротравма.

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

1. Особенности общей предоперационной подготовки у хирургических больных.

2. Предоперационный период.

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

1. Особенности написания истории болезни хирургических больных.

2. Обоснование клинического диагноза.

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

1. Общие вопросы гнойных заболеваний серозных полостей.

2. Новые методы в лечении местного воспалительного процесса.

3. Микрофлора в современной гнойно-септической хирургии.

Тема №17 «Гнойная хирургия костей и суставов.»

1. Радикальные операции при хроническом остеомиелите.

2. Гнойный гонит, тактика хирурга, виды операций.

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

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

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

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

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

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

Тема №20 «Основы онкологии.»

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

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

2.3. Ситуационные задачи

Тема №1 «Введение в общую хирургию. Хирургическая деонтология.»

Задача 1

На прием к стоматологу обратилась пациентка с жалобами на язву на боковой поверхности языка, которая не заживает в течение двух месяцев. Врач назначил пациентке биопсию. Исследование выявило малигнизацию. Дополнительное обследование установило множественные метастазы, поражающие жизненно важные органы. Какой должна быть дальнейшая тактика врача при работе с данной пациенткой (что необходимо сказать ей, родственникам)?

Ответ к задаче 1. Ближнему родственнику (необходимо постараться узнать из общения с пациенткой, кому она больше доверяет) следует сказать всю правду. Остальным родным и посетителям следует ничего не говорить. Они узнают информацию от доверенного человека в той степени, в какой он сочтет нужным. Пациентке лучше дать лишь частичную информацию, не раскрывая полного диагноза, но и не обнадеживая на полное выздоровление. Ей необходимо указать, что заболевание оказалось запущенным и требует длительного лечения, возможно, проведения ни одного оперативного вмешательства. Требуется отметить, что, вероятно, для подстраховки придется провести курс химиотерапии или лучевой терапии. Следует убедить пациентку не отказываться от предлагаемой тактики лечения, а с целью психотерапевтического воздействия периодически госпитализироваться и проходить симптоматическое лечение.

Задача 2

Пациент А., 31 год, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на заложенность правой половины носа, гнойное отделяемое из правой половины носа, головную боль, боль в правой подглазничной области и ее отечность. Пациент отмечает периодические боли в области верхней челюсти справа, иррадиирующие в глаз и висок. Пациенту был поставлен предварительный диагноз острый гнойный одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи справа. 1. Какие объективные методы обследования следует использовать в данной клинической ситуации? 2. Какие из лучевых методов исследования в данной клинической ситуации следует считать наиболее информативными? 3. Какие из лабораторных методов исследования в данной клинической ситуации следует считать наиболее информативными?

Ответ к задаче 2. 1. В указанной клинической ситуации следует использовать следующие объективные методы исследования: физикальные (бимануальная 105 пальпация), инструментальные (зондирование), лучевые (УЗИ, ортопантограмма, компьютерная томография), лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование ПТИ). 2. Из лучевых методов исследования наиболее информативной в данной клинической ситуации следует считать компьютерную томографию. 3. Из лабораторных методов исследования наиболее информативными в данной клинической ситуации следует считать общий анализ периферической крови, общий анализ мочи, исследование ПТИ.

Задача 3

Пациентка Ю., 29 лет, предъявляет жалобы на припухлость мягких тканей в щечной области справа. Она отмечает повышение температуры тела до 37,7 о С в течение 3 дней. Объективно: констатируется разлитой инфильтрат и гиперемия кожных покровов мягких тканей поднижнечелюстной области слева. При осмотре полости рта зуб 3.7 разрушен ниже уровня десны. Переходная складка в области зуба 3.7 сглажена, слизистая оболочка инфильтрирована и гиперемирована. Проводя обследование пациентки, стоматолог-хирург после опроса начал осмотр полости рта, а затем стал исследовать кожные покровы челюстно-лицевой области и шеи. 1. Какую ошибку допустил стоматолог-хирург при обследовании пациентки? 2. Какова правильная последовательность обследования пациентки с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи?

Ответ к задаче 3. 1. Стоматолог-хирург нарушил последовательность обследования пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи. 2. Правильная последовательность обследования пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи следующая: – опрос (сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни); – осмотр наружных покровов челюстно-лицевой области и шеи; – пальпация (нужно пальпировать все рельефы челюстно-лицевой области и шеи, обращая внимание на симметричность, болезненность, размеры; следует обследовать реги-

онарные лимфатические узлы); – осмотр полости рта (слизистой оболочки преддверия полости рта, включая уздечки и своды, слизистой оболочки собственно полости рта), оценка прикуса, исследование зубных рядов; – осмотр зева и ротоглотки.

Тема №2 «Асептика.»

Задача №1

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

Задача №1. Эталон ответа.

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

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

Тема №3 «Антисептика.»

Задача № 1.

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

Задача №1. Эталон ответа.

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

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

Тема №4 «Десмургия.»

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

Имеется реакция на лейкопластырь в виде острого дерматита. Собственно со стороны операционной раны признаков осложнений не наблюдается. Умеренный отек и гиперемия краев раны соответствуют фазе воспаления неосложненного течения раневого процесса. Необходимо сменить тип используемого лейкопластыря на гипоаллергенный, Наклеивать его на непораженные участки кожи. Имеющиеся эрозии целесообразно задубить 5% раствором перманганата калия. Через 3-4 дня, после удаления дренажа, возможно открытое ведение – швы ежедневно обрабатывать 5% раствором перманганата калия, повязки не накладывать.

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

Задача № 1.

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

Каков вероятный источник кровотечения? Как оказать пострадавшему неотложную помощь?

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача № 2.

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

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

Задача № 2. Эталон ответа.

Наиболее вероятной причиной развития пареза нервов предплечья и кисти является ошибка при наложении кровоостанавливающего жгута – жгут был наложен слишком туго, что и привело к ишемии нервных стволов под жгутом. Осложнение было предотвратимо, и вероятно связано с тем, что жгут накладывали неподготовленные лица в стрессовой ситуации. Больному необходима ком-

плексная реабилитация под общим руководством невролога с использованием медикаментозного, физиотерапевтического лечения и лечебной физкультуры.

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

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

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

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2.

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

Тема №8 «Виды местной анестезии.»

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2.

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

Тема №9 «Переломы и вывихи.»

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

Симптом «прилипшей пятки» в сочетании с ротацией конечности кнаружи у женщины старческого возраста с вероятным наличием остеопороза позволяют предположить наличие перелома шейки бедра. Дополнительными аргументами в пользу этого диагноза могут быть положительный симптом осевой нагрузки (болезненность при поколачивании по пятке) и укорочение конечности. Дальнейшая тактика зависит от возможности и согласия больной на оперативное лечение, которое в данной ситуации является методом выбора. После наложения транспортной иммобилизации

больную следует доставить в стационар и госпитализировать в травматологическое отделение. Если наличие тяжелых сопутствующих заболеваний полностью исключают возможность операции, то следует наложить гипсовую повязку «деротационный сапожок» на 1,5-2 месяца, после чего активизировать больную с ходьбой на костылях. На время соблюдения постельного режима необходим тщательный уход, профилактика пролежней, пневмонии, инфекции мочевых путей, которые являются основными причинами смерти таких больных.

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

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

Диагностика у пациентов в состоянии алкогольного опьянения всегда сложна. Признаков травмы системы органов движения, грудной клетки и живота не выявлено. Имеются некоторые симптомы черепно-мозговой травмы (потеря сознания, ретроградная амнезия), которые в то же время могут быть обусловлены и наличием алкогольного опьянения. Признаков угрозы жизни на текущий момент нет. Исходя из принципа «наивысшей опасности» больному должен быть поставлен предварительный диагноз «Черепно-мозговая травма? Алкогольное опьянение». Диагноз алкогольного опьянения обязательно должен быть подтвержден в соответствии с правилами. Далее оптимально госпитализировать его на диагностическую койку приемного отделения и динамически наблюдать до протрезвления.

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

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

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

Формулировка диагноза: «Политравма. ЧМТ, сотрясение головного мозга, закрытый перелом правого бедра с угловым и боковым смещением, открытый оскольчатый перелом нижней трети левой большеберцовой кости. Травматический шок 3 степени.» Острая сердечно-сосудистая недостаточность при травматическом шоке имеет два основных патогенетических механизма: потеря ОЦК и афферентная болевая импульсация. При ЧМТ возможны центральные механизмы депрессии кро-

вообращения, но при легкой форме ЧМТ, каковой является сотрясение головного мозга, они не задействованы. Потеря ОЦК при механической травме реализуется вследствие кровопотери. Объем последней при закрытом переломе бедра составляет от одного до полутора литров. При открытых переломах кровопотеря может быть значительной за счет наружного кровотечения. Таким образом, у пострадавшего имеется массивная острая кровопотеря. Роль болевой им пульсации в патогенезе острой сердечно-сосудистой недостаточности более сложна. Аfferентная импульсация активирует симпатoadреналовую систему, что приводит к генерализованному сосудистому спазму. В результате тканевой гипоксии развивается метаболический ацидоз, следствием которого становится вазоплегия и децентрализация кровообращения. Основными мероприятиями неотложной помощи являются обезболивание, восполнение ОЦК, проверка эффективности транспортной мобилизации.

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

Тема №12 «Раны и раневой процесс.»

Задача № 1.

В приемное отделение обратился пациент 44 лет после бытовой механической травмы. По передне-наружной поверхности левой голени имеется поверхностный дефект кожи размерами 7x12 см, дно которого представлено розовой плотной тканью с красными точками. Кровотечение капиллярное, скудное. Боль умеренная, опорная функция конечности не нарушена. Ваш предварительный диагноз? Как оказать первую помощь?

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

Тема №13 «Ожоги. Отморожения. Электротравма.»

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

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

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2

В хирургическое отделение поступила больная 62 лет, страдающая сахарным диабетом. На правой стопе отсутствует первый палец. На его месте имеется рана 5х8см, покрытая фибрином. В центре раны предлежит опил первой плюсневой кости серого цвета. Кожа вокруг раны с мощным ороговением и шелушением. Сахар крови 10,1 ммоль/л. Больной выполнена баллонная ангиопластика берцовых артерий, кровоток в дистальных отделах конечности восстановлен. Планируется резекция первой плюсневой кости, пластическое закрытие раны стопы. Как подготовить больную к операции?

Задача №2. Эталон ответа.

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

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

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

Тема №17 «Гнойная хирургия костей и суставов.»

Задача № 1.

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

грамме правого коленного сустава явных признаков патологии не обнаружено. Ваш предварительный диагноз? Что делать?

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2.

На прием в поликлинику обратилась женщина 35 лет с жалобами на боль в области левого коленного сустава, субфебрилитет. Больна около недели, когда после физической нагрузки и переохлаждения появились и стали постепенно нарастать указанные жалобы. В детстве перенесла операцию на левой нижней конечности. Диагноза не знает, родители говорили, что ей «чистили кость». Состояние средней тяжести. Температура тела 37,8°C. ЧСС 88 в мин., АД 120/70 мм рт.ст., ЧДД 20 в мин. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. Язык суховат. Живот мягкий, безболезненный. Отправления в норме. По передней поверхности левой голени сразу ниже бугристости большеберцовой кости имеется продольный линейный рубец 10x1 см. Вокруг него неяркая гиперемия и отек, распространяющийся вверх на область коленного сустава и вниз до нижней трети голени. Пальпация и перкуссия в проекции рубца болезненны. Сгибание и максимальное разгибание в коленном суставе умеренно болезненны. Надколенник не баллотирует. Пальпация и перкуссия его безболезненны. Осевая нагрузка на конечность незначительно болезненна. Перкуссия по бугристости большеберцовой кости болезненна. На рентгенограмме правого коленного сустава явных признаков патологии не обнаружено. Ваш предварительный диагноз? Что делать?

Задача №2. Эталон ответа.

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

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

Задача № 1.

В хирургическом отделении находится на лечении пациент 44 лет, прооперированный три дня назад по поводу острого гнойного гонита слева, осложненного глубокой флегмоной голени. Состояние больного средней тяжести. Беспокоят довольно сильные боли в области операции. Сохраняется лихорадка – 38,7°C вечером, 38,0 °C утром. ЧСС 88 в мин, АД 130/80 мм рт.ст., ЧДД 16 в мин., Le 13,2·10¹²/л, С-67%, П-8%, Л-23%, М-2%, Э-0%, Б-0%. Сформулируйте диагноз. Ваши предложения по ведению больного?

Задача № 1. Эталон ответа.

Формулировка диагноза: «Острый гнойный гонит слева. Параартикулярная глубокая флегмона (указать фасциальный футляр) глени. Сепсис». Диагноз сепсиса установлен на основании наличия очага инфекции и двух признаков SIRS: лихорадки выше 38°C и лейкоцитарной реакции выше 12·10¹²/л. Наличие этих признаков говорит о неблагоприятном течении заболевания, необходимости проанализировать и пересмотреть лечебную тактику.

Задача №2.

В ОПИТ находится пациентка 47 лет, прооперированная четыре дня назад по поводу ущемленной бедренной грыжи справа, осложненной флегмоной грыжевого мешка и разлитым гнойным перитонитом. Состояние тяжелое. Сознание спутанное. Боли в животе умеренные. Температура тела вечером 37,7°C, утром 37,4°C. ЧДД 24 в мин. при дыхании увлажненным кислородом через носовые катетеры, ЧСС 92 в мин., АД 120/65 мм рт.ст., суточный диурез 1200 мл, RBC-3,02·10¹²/л, WBC-11,7·10⁹/л, PLT- 90·10⁹/л, общий белок 52 г/л, общий билирубин 27 мк/л, АЛТ 104Е/л, АСТ

130 Е/л, мочевины 14 ммоль/л, креатинина 115 мк/л. Сформулируйте диагноз. Ваши предложения по ведению больного?

Задача №2. Эталон ответа.

Формулировка диагноза: «Ущемленная бедренная грыжа справа. Флегмона грыжевого мешка. Разлитой гнойный перитонит. Тяжелый абдоминальный сепсис». Диагноз тяжелого сепсиса установлен на основании наличия очага инфекции и признаков СПОН: более чем двукратного повышения АЛТ и АСТ и снижения тромбоцитов ниже 100·10⁹/л, депрессии сознания. Из признаков органной дисфункции также отмечается повышение креатинина до 115 мк/л, однако этот симптом не может быть трактован как признак СПОН (>280 мкмоль/л). Развитие СПОН указывает на явно неблагоприятное течение заболевания, требующее активных действий. Видимо имеется очаг инфекции, требующий хирургической санации. Также необходима интенсивная терапия органной дисфункции.

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

Задача № 1.

В хирургическом отделении на лечении находится пациентка 54 лет три дня назад прооперированная по поводу ущемленной бедренной грыжи с некрозом петли тонкой кишки. Во время операции в подкожной клетчатке, окружающей грыжевой мешок хирурги отметили наличие светлорозового мутноватого выпота. После вскрытия грыжевого мешка – каловый запах. Была выполнена герниолапаротомия, резекция ущемленной петли кишки в принятых границах. Пластическое закрытие грыжевых ворот не проводилось. На рану наложены редкие швы. На момент осмотра состояние больной тяжелое. В сознании, но заторможена, с трудом отвечает на вопросы. Болей в покое нет. Небольшая тошнота. Газы не отходили. Мочится самостоятельно, редко. Температура тела 36,1°С. ЧСС 116 в мин., АД 90/60 мм рт.ст., ЧДД 32 в мин. В правой паховой области с распространением на бедро, поясничную и ягодичную области – выраженный отек, кожа светлорозового цвета с синюшными пятнами, напряжена, «лоснится». Пальпация практически безболезненна, при пальпации под кожей определяется крепитация. Между швами отделяемого нет. Ваш предварительный диагноз? Можно ли было избежать такого развития ситуации? Что делать?

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2.

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

бактериологического исследования. Послеоперационный период необходимо вести в условиях ОРИТ по программе «тяжелый сепсис».

Тема №20 «Основы онкологии.»

Задача №1.

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

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2.

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

1. Ваш предположительный диагноз.
- 2.Стадия процесса.
- 3.Методы обследования
- 4.Дифференциальный диагноз
- 5.Схема лечения.

Задача №2. Эталон ответа.

1. Рак молочной железы
2. T4 N2 M 1
3. Маммография, УЗИ молочных желез, зон регионарного лимфооттока, печени, органов малого таза, пункционная биопсия молочной железы и лимфоузлов с цитологическим исследованием.
4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить между маститом, актиномикозом и туберкулезом.
5. При верификации диагноза - комплексное лечение: лучевая терапия, затем мастэктомия и химиотерапия.

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

№	Практический навык
Тема №2 «Асептика.»	
1	Обработка рук хирурга перед операцией.
2	Обработка и обкладка операционного поля.
3	Одевание хирурга перед операцией в операционной.
4	Работа в перевязочной со стерильным столом перевязочной медсестрой во время перевязки.
5	Работа в перевязочной в качестве врача-хирурга.
Тема №4 «Десмургия.»	
6	Наложить повязку "чепец" на голову.
7	Наложить черепаший повязки на локтевой и коленный суставы.
8	Наложить колосовидную повязку на плечевой сустав.
9	Наложить крестообразную повязку на 1-ый палец кисти.
10	Наложить повязку "перчатку" на пальцы кисти.

11	Наложить повязку Дезо.
12	Наложить возвращающуюся повязку на кисть, культю конечности.
Тема №5 «Кровотечения. Остановка кровотечения. Острая кровопотеря.»	
13	Временная остановка кровотечения из ветвей сонной, поверхностной височной, плечевой, бедренной артерии методом пальцевого прижатия.
14	Определение пульса на бедренной, подколенной, задней большеберцовой и тыльной артерии стопы
15	Наложить жгут Эсмарха при кровотечении на плечо, предплечье, бедро, голень.
Тема №6 «Переливание крови и ее компонентов. Кровезаменители.»	
16	Определение группы крови с помощью цоликлонов.
17	Определение резус-фактора с помощью цоликлона.
Тема №9 «Переломы и вывихи.»	
18	Наложить транспортную иммобилизацию лестничной шиной при переломе плеча.
19	Наложить транспортную иммобилизацию лестничной шиной при переломе предплечья.
Тема №10 «Травмы головы, груди и живота. Синдром длительного сдавления.»	
20	Подготовить к транспортировке пострадавшего с переломом костей таза.
21	Подготовить к транспортировке пострадавшего с травмой шейного отдела позвоночника.
Тема №11 «Общие вопросы реаниматологии. Травматический шок. Понятие о шоках другой этиологии. Сердечно-легочная реанимация.»	
22	Диагностика состояния агонии и клинической смерти.
23	Компрессия грудной клетки (непрямой массаж сердца)
24	Тройной прием Сафара на верхних дыхательных путях.
25	Искусственная вентиляция легких способом рот-в-рот.
Тема №15 «Методика обследования хирургических больных. Курация. Представление истории болезни.»	
26	Определение анатомической и функциональной длин верхних конечностей.
27	Определение анатомической и функциональной длин нижних конечностей.
28	Симптом осевой нагрузки на конечностях, грудной клетке и позвоночнике.
29	Определение объема движений в плечевом, локтевом, тазобедренном, и коленном суставах.
30	Определение свободной жидкости в брюшной полости.
31	Определение свободного газа в брюшной полости.
32	Исследование симптома Щеткина-Блюмберга.
Тема №20 «Основы онкологии.» Итоговый контроль практических навыков.	
	Все практические навыки с 1 по 32.

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

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

1. Титульный лист.
2. Паспортная часть.
3. Жалобы, предъявляемые больным.
4. История настоящего заболевания.
5. История жизни.
6. Аллергологический анамнез.
7. Трансфузиологический анамнез.
8. Перенесенные ранее заболевания, травмы и операции.
9. Семейный анамнез и данные о наследственности.
10. Экспертный анамнез.
11. Общий вид больного.
12. Кожные покровы.
13. Слизистые оболочки (полости рта, конъюнктивы).
14. Подкожная клетчатка.
15. Опорно-двигательный аппарат.
16. Нервная система.
17. Органы дыхания.
18. Органы кровообращения.
19. Органы пищеварения.
20. Органы мочевого выделения.
21. Эндокринная система.

22. Status specialis (localis).
23. Предварительный диагноз.
24. План дополнительных методов исследования.
25. Клинический диагноз.
26. Показания к операции (предоперационный эпикриз) и протокол операции.
27. Дневник.
28. Эпикриз (общее заключение).

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

3.1. Форма промежуточной аттестации – экзамен

Вопросы экзамена(ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ПК-1.1; ПК-1.3)

1. Организация хирургического отделения. Планировка, основные помещения, их устройство.
2. Операционный блок хирургического отделения. Основные части и необходимое оборудование.
3. Определение понятия асептики. Разновидности асептики.
4. Профилактика капельной и воздушной инфекции.
5. Эндогенная инфекция. Профилактика эндогенной инфекции.
6. Дезинфекция, предстерилизационная обработка и стерилизация инструментов, резиновых изделий.
7. Стерилизация перевязочного материала и белья. Методы контроля стерилизации.
8. Современные способы подготовки рук хирурга.
9. Современные способы обработки операционного поля.
10. Антисептика: определение, классификация по природе и месту приложения действующего фактора.
11. Способы дренирования ран и полостей, виды дренажей, вакуумное дренирование. Показания к их использованию.
12. Физическая антисептика: способы, показания и противопоказания, место в современной хирургии.
13. Наиболее часто применяемые в хирургии химические антисептики.
14. Основные препараты и методы биологической антисептики.
15. Профилактика случаев профессионального заражения медицинских работников ВИЧ и вирусным гепатитом. Действия при попадании зараженного материала в глаза, на поврежденную кожу.
16. Общие правила наложения повязки. Бинтовые и гипсовые повязки.
17. Кровотечения. Классификация кровотечений.
18. Клинические признаки кровотечения.
19. Факторы, способствующие самопроизвольной остановке кровотечений.
20. Способы окончательной остановки кровотечений.
21. Биологические методы остановки кровотечений.
22. Источники крови для переливания. Организация донорства в нашей стране.
23. Заготовка, консервирование и хранение крови.
24. Показания и противопоказания к гемотрансфузии. Аутогемотрансфузия, реинфузия крови.
25. Группы крови и их совместимость. Современные способы определения группы крови.
26. Резус-фактор. Определение Rh-фактора.
27. Пробы на совместимость при переливании крови. Методика и техника проведения биологической пробы при переливании компонентов и препаратов крови.
28. Порядок действия врача при выполнении гемотрансфузии.
29. Препараты крови. Характеристика.
30. Кровезаменители. Классификация. Способы их введения.
31. Компоненты анестезиологического пособия, их патофизиологическое обоснование.
32. Устройство (основные блоки) и принцип работы наркозного аппарата. Открытый, полукрытый, полузакрытый и закрытый контуры работы.
33. Осложнения наркоза. Профилактика. Лечение.
34. Местная анестезия. Классификация. Техника. Растворы. Особенности местной анестезии в стоматологии.
35. Техника местного обезболивания по Лукашевичу-Оберсту. Инфильтрационная анестезия по А.В. Вишневскому.

36. Проводниковая анестезия в стоматологии.
37. Спинальная анестезия: показания, противопоказания, препараты, техника выполнения, возможные осложнения.
38. Перелом. Классификация. Клиническая картина.
39. Современные методы оперативного лечения переломов.
40. Вывихи плеча, бедра. Клиника. Методы вправления.
41. Вывихи нижней челюсти. Клиническая картина, приемы вправления.
42. Черепно-мозговая травма: этиология и патогенез, клинические формы, симптомы, оказание первой помощи.
43. Перелом ребра, механизм травмы, классификация, клиника и диагностика. Возможные осложнения, принципы лечения.
44. Травматический пневмоторакс: классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.
45. Переломы таза: механизмы травмы, клиника и диагностика, оказание первой помощи.
46. Понятие о травмах живота: открытых и закрытых, проникающих и непроникающих. Оказание первой помощи.
47. Синдром длительного сдавления: этиология, патогенез, оказание первой медицинской помощи.
48. Понятие о клинической смерти. Диагностика, показания и противопоказания к проведению сердечно-легочной реанимации.
49. Сердечно-легочная реанимация: показания и противопоказания. Техника ИВЛ и закрытого массажа сердца.
50. Обморок, коллапс. Этиология, патогенез, оказание первой помощи.
51. Травматический шок: патогенез, классификация, принципы лечения.
52. Раны. Определение. Классификации.
53. Стадии течения раневого процесса и виды заживления ран. Первичное и вторичное заживление ран.
54. Первичная хирургическая обработка ран (ПХО).
55. Ожоги. Классификация ожогов по глубине поражения тканей.
56. Ожоги. Классификация ожогов по площади поражения. Правило и индекс Франка.
57. Ожоговая болезнь. Принципы лечения.
58. Отморожения. Классификация. Доврачебная и первая врачебная помощь при отморожении.
59. Электротравма. Оказание первой помощи пострадавшим.
60. Пластическое закрытие ожоговой раны: виды кожной пластики и их краткая характеристика.
61. Хирургическая операция. Порядок выполнения и основные опасности хирургической операции.
62. Классификация операций. Подготовка больного к экстренной операции.
63. Послеоперационные осложнения. Лечение. Профилактика.
64. Профилактика тромботических осложнений у хирургических больных.
65. Местные и общие проявления гнойной хирургической инфекции. Принципы лечения гнойной инфекции в стоматологии.
66. Панариций. Определение. Патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Принципы лечения.
67. Лимфаденит. Этиология. Классификация. Диагностика. Клиника. Лечение.
68. Особенности лечения карбункула лица.
69. Рожистое воспаление. Этиология. Классификация. Диагностика. Клиника. Лечение.
70. Мастит. Этиология. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение. Профилактика.
71. Фурункул и фурункулез. Определение. Наиболее частые локализации. Профилактика и принципы лечения.
72. Абсцесс и флегмона. Клиническое течение. Лечение.
73. Острый гематогенный остеомиелит: этиология, патогенез, клиника и диагностика, принципы лечения.
74. Хронический остеомиелит: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
75. Особенности лечения хронического остеомиелита нижней челюсти.
76. Сепсис. Очаг внедрения инфекции. Важнейшие факторы патогенеза. Классификация. Клиника. Принципы лечения.
77. Подкожный панариций: этиология, патогенез, клиника и диагностика, принципы лечения.

78. Особенности течения острого воспалительного процесса в подкожно-жировой клетчатке, ладонной поверхности пальцев и кисти.
79. Костный и суставной панариций: этиология, патогенез, принципы диагностики и лечения.
80. Костно-суставной туберкулез. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Принципы лечения больных костно-суставным туберкулезом. Значение санитарного режима, обеспечение покоя и медикаментозное лечение.
81. Столбняк. Этиология. Классификация. Диагностика. Профилактика. Лечение.
82. Специфическая и неспецифическая, активная и пассивная, плановая и экстренная профилактика столбняка.
83. Анаэробная клостридиальная и неклостридиальная инфекция: возбудители, патогенез, диагностика и клинические формы, принципы лечения.
84. Опухоли. Определение. Классификация. Главные особенности доброкачественных и злокачественных опухолей.
85. Виды доброкачественных опухолей. Лечение.
86. Предраковые заболевания. Онкологическая бдительность. Пути профилактики опухолей.
87. Злокачественные опухоли. Классификация. Клиническая характеристика.
88. Принципы ранней диагностики злокачественных опухолей. Организация онкологической помощи в нашей стране.
89. Клинические группы онкологических больных.
90. Принципы лечения злокачественных опухолей. Радикальные и паллиативные операции.

3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине

1. Определение понятия асептики. Разновидности асептики.
2. Эндогенная инфекция, профилактика эндогенной инфекции.
3. Понятие антисептики. Виды антисептики.
4. Наркоз. Определение. Средства для наркоза.
5. Местная анестезия. Классификация. Техника. Растворы.
6. Спинальная и эпидуральная анестезия.
7. Раны. Определение. Классификации.
8. Общие правила наложения повязки. Бинтовые и гипсовые повязки.
9. Кровотечения. Классификация кровотечений.
10. Способы окончательной остановки кровотечений.
11. Биологические способы остановки кровотечений.
12. Источники крови для переливания.
13. Заготовка, консервация и хранение крови.
14. Понятие о гемотрансфузии.
15. Группы крови и их совместимость. Современные способы определения группы крови.
16. Резус-система. Определение резус-фактора
17. Пробы на индивидуальную совместимость при переливании крови. Методика и техника проведения биологической пробы при переливании компонентов и препаратов крови.
18. Способы переливания крови.
19. Кровезаменители. Классификация. Способы их введения.
20. Перелом. Классификация. Клиническая картина.
22. Классификация операций. Подготовка больного к экстренной операции.
23. Опухоли. Определение. Классификация. Главные особенности доброкачественных и злокачественных опухолей.
24. Ожоги. Классификация ожогов по глубине поражения тканей.
25. Отморожения. Классификация. Доврачебная и первая врачебная помощь при отморожении.
26. Основные методы кожной пластики. Пересадка кожи на питающей ножке (Филатовский стебель). Пересадка кожи из отдаленных частей тела.
27. Сепсис. Очаг внедрения инфекции. Важнейшие факторы патогенеза. Классификация. Клиника. Принципы лечения.
28. Принципы лечения гнойной инфекции.
29. Рожистое воспаление. Этиология. Классификация. Диагностика. Клиника. Лечение.
30. Столбняк. Этиология. Классификация. Диагностика. Профилактика. Лечение.

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

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

4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция/ индикатор	Содержание компетенции/ индикатора	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Знать Клиническую картину, методы диагностики заболеваний у взрослых и детей, Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.	имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса	показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса
		Уметь Использовать данные обследования пациентов для установления диагноза пациента	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки	Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности	Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса, но допускает существенные неточности	Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса

		Владеть Навыками диагностического поиска, проведения дифференциальной диагностики с целью установления диагноза пациента при решении профессиональных задач	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки	Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины	Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности	Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реализовать их в своей профессиональной деятельности
иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний	Знать правила сбора жалоб, анамнеза, показания и противопоказания для проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных методов обследования	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.	имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса	показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса
		Уметь Выявлять признаки заболеваний с помощью сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента, специальными и дополнительными методами исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки	Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности	Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса, но допускает существенные неточности	Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса

		Владеть Навыками применения результатов обследования пациентов для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки	Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины	Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности	Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реализовать их в своей профессиональной деятельности
иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Знать принципы первичного и повторного осмотра, диагностические возможности различных методов обследования в стоматологии	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.	имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса	показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса
		Уметь Интерпретировать результаты сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей), интерпретировать данные лабораторных и инструментальных исследований; интерпретировать данные дополнительных обследований паци-	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки	Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности	Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса, но допускает существенные неточности	Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса

		ентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях)					
		Владеть Навыками установления диагноза пациентам на основе интерпретации полученных в ходе обследования данных	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки	Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины	Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности	Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реализовать их в своей профессиональной деятельности
иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Знать Существующие алгоритмы обследования пациентов с различной патологией; Этиологию, патогенез, диагностику часто встречающихся заболеваний	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.	имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса	показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса
		Уметь Обосновывать необходимость и объем основных и дополнительных обследований паци-	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практи-	Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала,	Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его дета-	Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично	Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично

		ентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях)) для установления диагноза при решении профессиональных задач	ческих профессиональных задач в рамках РП	допускает существенные ошибки	лей, допускает неточности, нарушения логической последовательности	и последовательно интерпретирует материалы учебного курса, но допускает существенные неточности	но и последовательно интерпретирует материалы учебного курса
		Владеть Навыками разработки диагностического алгоритма на основе сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей) с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки	Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины	Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности	Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности

Формируемая компетенция/ индикатор	Содержание компетенции/ индикатора	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ПК-1	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза	Знать методы обследования пациента с целью установки диагноза					

		Уметь провести обследо- вание пациента					
		Владеть навыками постанов- ки диагноза					
иПК-1.1.	Получение инфор- мации от пациен- тов (их родствен- ников/ законных представителей)	Знать методику сбора жа- лоб и анамнеза у пациентов (их за- конных представи- телей);	отсутствия зна- ний основных понятий и опре- делений дисци- плины обучаю- щийся показы- вает значитель- ные затруднения при ответе на предложенные основные и до- полнительные вопросы	отсутствия зна- ний значитель- ной части про- граммного мате- риала, допускает существенные ошибки, неуве- ренно, с больш- шими затрудне- ниями излагает материал.	имеет знания только основно- го материала, но не усвоил его деталей, допус- кает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логи- ческой последо- вательности в изложении про- граммного мате- риала	показывает хо- рошие знания изученного учебного мате- риала; самостоя- тельно, логично и последова- тельно излагает и интерпретиру- ет материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлага- емого вопроса	показывает отличные зна- ния изученного учебного мате- риала; само- стоятельно, последовательно излагает и ин- терпретирует материалы учебного кур- са; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса
		Уметь оценить состояние пациента	Обучающийся не может ис- пользовать тео- ретические зна- ния по дисци- плине для реше- ния практиче- ских професси- ональных задач в рамках РП	Обучающийся не может использо- вать теоретиче- ские знания ча- сти программно- го материала, допускает суще- ственные ошиб- ки	Обучающийся может использо- вать теоретиче- ские знания ма- териала , но не усвоил его дета- лей, допускает неточности, нарушения логи- ческой последо- вательности	Обучающийся может использо- вать теоретиче- ские знания ма- териала самосто- ятельно, логично и последова- тельно интер- претирует мате- риалы учебного курса, но допус- кает существен- ные неточности	Обучающийся использует теоретические знания матери- ала самосто- ятельно, логич- но и последо- вательно ин- терпретирует материалы учебного курса
		Владеть методами сбора информации от па- циентов (их род-	Не владеет навыками в со- ответствии с требованиями	Не владеет навыками части программного материала, до-	Владеет частью навыков в соот- ветствии с тре- бованиями РП	Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями	Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями

		ственников/ законных представителей)	РП дисциплины	пускает существенные ошибки	дисциплины	РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности	РП дисциплин и может реализовать их в своей профессиональной деятельности
иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Знать Объем первичного и повторного осмотров, значение специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики различных заболеваний	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.	имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса	показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса
		Уметь Проводить первичный и повторный осмотр пациентов, обосновывать и планировать объем обследования пациентов	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки	Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности	Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса, но допускает существенные неточности	Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса
		Владеть Навыками интерпретации данных первичного и повторного осмотра пациентов, лабора-	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки	Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины	Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реали-	Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реали-

		торных и инструментальных исследований, данных консультаций пациентов врачами-специалистами		ки		звать их в своей профессиональной деятельности	звать их в своей профессиональной деятельности
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------	--	----	--	------------------------------------------------	------------------------------------------------

4.2. Шкала, и процедура оценивания

4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

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

4.2.2 Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

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

Для стандартизированного тестового контроля:

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

Для решения ситуационной задачи:

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

Для оценки рефератов:

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

ментированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

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

Для практических навыков:

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

Для разбора тематического больного

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

Для курации больного

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

Для разбора истории болезни

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

Написание истории болезни:

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

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации

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

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

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

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

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