

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

**«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра общей хирургии

СОГЛАСОВАНО

Проректор по учебно-
методической работе и связям с
общественностью

профессор Т.А. Федорина


« 15 » 08 2016 г.

УТВЕРЖДАЮ

Председатель ЦКМС
первый проректор – проректор
по учебно-воспитательной и
социальной работе
профессор Ю.В. Шукин


« 16 » 08 2016 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ

Б1.Б.47

**Рекомендуется для направления подготовки
ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО 31.05.01**

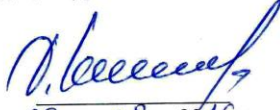
*Уровень высшего образования **Специалитет**
Квалификация (степень) выпускника **Врач общей практики***

Факультет лечебный

Форма обучения очная

СОГЛАСОВАНО

Декан лечебного факультета
доцент Д.Ю. Константинов



« 23 » 08 2016 г.

СОГЛАСОВАНО

Председатель методической
комиссии по специальности
профессор Ю.В. Тезиков


« 23 » 08 2016 г.

Программа рассмотрена и одобрена
на заседании кафедры
общей хирургии
(протокол № 1 от 26.08.16г.)
Заведующий кафедрой профессор
А.Г. Сонис


« 26 » 08 2016 г.

Самара 2016 год

Рабочая программа разработана в соответствии с ФГОС ВО по специальности Лечебное дело 31.05.01, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 95 от 9 февраля 2016 года.

Составители рабочей программы:

Сонис А.Г. – заведующий кафедрой общей хирургии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, проректор по клинической работе, главный врач Клиник ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор.

Иштуов И.В. – заведующий учебной частью кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, к.м.н., доцент.

Рецензенты:

Винник Ю.С. – заведующий кафедрой общей хирургии имени профессора М.И. Гульмана ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор.

Ларичев А.Б. – заведующий кафедрой общей хирургии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор.

1. Планируемые результаты обучения по дисциплине.

Целью освоения учебной дисциплины является создание у обучающихся теоретических и практических знаний и умений в отношении общих принципов хирургии, понятия хирургической инфекции и ее профилактики, особенностей обезболивания, основ лечения хирургической травмы, обследования хирургического больного, догоспитальной диагностики острых хирургических заболеваний, общих закономерностей хирургического лечения.

Задачи дисциплины:

- обучение студентов принципам организации и работы хирургического отделения, профилактики инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней в хирургическом отделении;
- освоение студентами этиологии, патогенеза, клинических признаков, лечения и профилактики хирургических заболеваний;
- ознакомление студентов с принципами проведения мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях;
- освоение студентами хирургических заболеваний, вызывающие опасные для жизни больных осложнения и сопутствующие заболевания;
- обучение студентов правильной постановке предварительного диагноза и направлению пациента на обследование;
- обучение студентов диагностике острой патологии у хирургических больных;
- обучение студентов диагностике онкологической патологии у хирургических больных;
- формирование у студентов умений по оказанию доврачебной помощи при различных видах травм.

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных компетенций (ПК):

Коды компетенций	Формулировка компетенций
ОПК–11	Готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи
ПК–5А	Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания
ПК–6	Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра
ПК–20	Готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины

В результате изучения дисциплины студент должен **знать:**

- ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;
- этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп;
- методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного хирургического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- критерии диагноза различных заболеваний;
- клинические проявления основных хирургических синдромов;
- виды и методы современной общей анестезии (масочный, эндотрахеальный, внутривенный), способы и методы профилактики послеоперационных легочных осложнений;
- клинические симптомы повреждений опорно-двигательной системы, грудной клетки, брюшной полости, полости таза, головы и полости черепа; методику определения площади обожженной поверхности, особенности наложения контурных повязок при ожоговой болезни и холодовой травме;

уметь:

- определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.); оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; провести первичное обследование систем и органов: нервной, дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной, эндокринной, репродуктивной, опорно-двигательной, глаза, уха, горла, носа;
- сформулировать клинический диагноз;
- оказывать первую помощь при неотложных состояниях;
- обследовать пациентов при различных травматических повреждениях, с гнойно-септическими состояниями, выявлять жизнеопасные нарушения при кровотечениях, наложить транспортные шины, бинтовые и косыночные повязки, ввести медикаменты через дренажи и микроирригаторы, оценить пригодности крови и ее препаратов к трансфузии, проводить контроль за показателями гемодинамики и дыхания,
- проводить реанимационные мероприятия при клинической смерти;
- перед операцией и хирургическими манипуляциями обработать руки, операционное поле, одеть стерильную хирургическую маску, одеть или сменить стерильные перчатки, стерильный халат самостоятельно и с помощью операционной сестры;
- заполнять историю болезни.

владеть:

- правильным ведением медицинской документации;
- методами общеклинического обследования;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- алгоритмом постановки предварительного диагноза;
- основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы.

Дисциплина «Общая хирургия» реализуется в рамках базовой части БЛОКА 1 «Дисциплины».

Предшествующими, на которых непосредственно базируется дисциплина «Общая хирургия», являются дисциплины «Анатомия», «Гистология, эмбриология, цитология», «Нормальная физиология», «Биохимия».

Параллельно изучаются дисциплины «Патологическая анатомия», «Патофизиология», «Фармакология».

Дисциплина «Общая хирургия» является основополагающей для изучения следующих дисциплин: «Факультетская хирургия», «Госпитальная хирургия», «Онкология», «Травматология, ортопедия, экстремальная хирургия», «Урология», «Акушерство и гинекология».

Освоение компетенций в процессе изучения дисциплины способствует формированию знаний, умений и навыков, позволяющих осуществлять эффективную работу по следующим видам профессиональной деятельности: медицинская и научно-исследовательская.

3. Объем дисциплины и виды учебной работы.

Общая трудоемкость дисциплины составляет 6 зачетных единиц.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры	
		V семестр	VI семестр
Контактная работа обучающихся с преподавателем Аудиторные занятия (всего)	120	60	60
В том числе:			
Лекции (Л)	30	15	15
Практические занятия (ПЗ)	90	45	45
Самостоятельная работа (всего)	60	30	30
В том числе:			
<i>История болезни</i>	4	-	4
<i>Подготовка к практическому занятию</i>	36	20	16
<i>Подготовка к текущему контролю</i>	20	10	10
Вид промежуточной аттестации (экзамен)	36	-	36
Общая трудоемкость:			
часов	216	90	126
зачетных единиц	6	2,5	3,5

4. Содержание дисциплины, структурированное по разделам (темам) с указанием количества часов и видов занятий:

4.1. Содержание разделов дисциплины

№ раздела	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела	Коды компетенций
1	Введение в хирургию. Асептика и антисептика.	Введение в хирургию. История хирургии. Деонтология в хирургии. Виды хирургической помощи. Организация хирургического отделения. Ведение медицинской документации. Асептика. Антисептика. Десмургия.	ОПК-11 ПК-6 ПК-20
2	Кровотечения. Основы трансфузиологии.	Учение о кровотечении. Остановка кровотечения. Острая кровопотеря. Переливание крови и её компонентов.	ОПК-11 ПК-5А ПК-6 ПК-20
3	Основы анестезиологии.	Общие вопросы анестезиологии. Компоненты общей анестезии. Виды наркоза. Виды местной анестезии.	ОПК-11 ПК-5А ПК-6 ПК-20
4	Основы травматологии	Переломы и вывихи: классификация, клиника, диагностика, первая помощь, лечение, осложнения. Травма головы, груди и живота: классификация, первая помощь. Синдром длительного сдавления. Шок, коллапс. Основы реанимации. Раны и раневой процесс. Ожоги. Отморожения. Электротравма.	ОПК-11 ПК-5А ПК-6 ПК-20
5	Периоперационный период.	Хирургическая операция. Предоперационная подготовка. Послеоперационный период. Методика обследования хирургических больных. Курация. Представление истории болезни.	ОПК-11 ПК-5А ПК-6 ПК-20
6	Гнойная хирургия. Основы онкологии.	Основы гнойно-септической хирургии. Гнойные заболевания мягких тканей. Гнойная хирургия костей и суставов. Хирургический сепсис. Гнойные заболевания кисти. Анаэробная инфекция. Специфическая хирургическая	ОПК-11 ПК-5А ПК-6 ПК-20

		инфекция. Основы онкологии.	
--	--	--------------------------------	--

4.2. Разделы дисциплин и трудоемкость по видам учебных занятий.

№ раздела	Наименование раздела дисциплины	Вид учебной работы			Всего часов
		аудиторная		внеаудиторная	
		Лекции	Практические занятия	СРС	
1	Введение в хирургию. Асептика и антисептика.	4	18	12	34
2	Кровотечения. Основы трансфузиологии.	4	9	6	19
3	Основы анестезиологии.	2	9	6	17
4	Основы травматологии.	10	22.5	15	47.5
5	Периоперационный период.	2	13.5	9	24.5
6	Гнойная хирургия. Основы онкологии.	8	18	12	38
	ВСЕГО	30	90	60	180

5. Тематический план лекций.

№ раздела	Раздел дисциплины	Тематика лекций	Трудоемкость (час.)
1	Введение в хирургию. Асептика и антисептика.	Л.1. Введение в хирургию. Хирургическая деонтология.	2
		Л.2. Асептика и антисептика.	2
2	Кровотечения. Основы трансфузиологии.	Л.3. Учение о кровотечении.	2
		Л.4. Остановка кровотечения.	2
3	Основы анестезиологии.	Л.5. Основы анестезиологии.	2
4	Основы травматологии.	Л.6. Общие вопросы травматологии.	2
		Л.7. Закрытые повреждения черепа, груди, живота. Синдром длительного сдавления.	2
		Л.8. Шок, коллапс. Основы реанимации.	1
		Л.9. Раны и раневой процесс.	1
		Л.10. Лечение ран.	2
		Л.11. Ожоги.	2
5	Периоперационный период.	Л.12. Хирургическая операция. Предоперационный и послеоперационный периоды.	2
6	Гнойная хирургия. Основы онкологии.	Л.13. Основы гнойно-септической хирургии.	2
		Л.14. Гнойная хирургия костей и суставов.	2
		Л.15. Хирургический сепсис.	2

	Л.16. Основы онкологии.	2
ВСЕГО:		30

6. Тематический план практических занятий.

№ раз-дела	Раздел дисциплины	Тематика практических занятий	Формы текущего контроля		Трудо-емкость (час.)
			текущего	рубежного	
1	Введение в хирургию. Асептика и антисептика.	ПЗ.1 «Виды хирургической помощи. Организация хирургического отделения. Деонтология в хирургии. Ведение медицинской документации».	собеседование, тест, контрольная работа		4.5
		ПЗ.2 «Асептика».	собеседование, тест, контрольная работа, практические навыки		4.5
		ПЗ.3 «Антисептика».	собеседование, тест, контрольная работа		4.5
		ПЗ.4 «Десмургия».	собеседование, тест, контрольная работа, практические навыки	Контрольная работа	4.5
2	Кровотечения. Основы трансфузиологии.	ПЗ.5 «Кровотечения. Остановка кровотечения. Острая кровопотеря».	собеседование, тест, контрольная работа, практические навыки		4.5
		ПЗ.6 «Переливание крови и её компонентов».	собеседование, тест, контрольная работа, практические навыки	Контрольная работа	4.5
3	Основы анестезиологии.	ПЗ.7 «Общие вопросы анестезиологии».	собеседование, тест,		4.5

		Компоненты общей анестезии. Виды наркоза».	контрольная работа		
		ПЗ.8 «Виды местной анестезии».	собеседование, тест, контрольная работа	Контрольная работа	4.5
4	Основы травматологии.	ПЗ.9 «Переломы и вывихи: классификация, клиника, диагностика, первая помощь, лечение, осложнения».	собеседование, тест, контрольная работа, практические навыки		4.5
		ПЗ.10 «Травма головы, груди и живота: классификация, первая помощь. Синдром длительного сдавления».	собеседование, тест, контрольная работа, практические навыки	Практические навыки после 5 семестра	4.5
		ПЗ.11 «Общие вопросы реаниматологии. Травматический шок – причины, патогенез, клиника. Понятие о шоках другой этиологии). Сердечно-легочная реанимация».	собеседование, тест, контрольная работа, практические навыки		4.5
		ПЗ.12 «Раны и раневой процесс».	собеседование, тест, контрольная работа		4.5
		ПЗ.13 «Ожоги. Отморожения. Электротравма».	собеседование, тест, контрольная работа	Контрольная работа	4.5
		ПЗ.14 «Хирургическая операция. Предоперационная подготовка. Послеоперационный период».	собеседование, тест, контрольная работа		4.5
5	Периоперационный период.				

		ПЗ.15 «Методика обследования хирургических больных. Курация».	собеседование		4.5
		ПЗ.16 «Методика обследования хирургических больных. Представление истории болезни».	собеседование	Учебная история болезни	4.5
6	Гнойная хирургия. Основы онкологии.	ПЗ.17 «Гнойные заболевания мягких тканей: фурункул, карбункул, рожа, абсцесс, флегмона, гидраденит. Мастит. Лимфаденит и лимфангоит».	собеседование, тест, контрольная работа		4.5
		ПЗ.18 «Гнойная хирургия костей и суставов».	собеседование, тест, контрольная работа		4.5
		ПЗ.19 «Хирургический сепсис. Гнойные заболевания кисти».	собеседование, тест, контрольная работа		4.5
		ПЗ.20 «Анаэробная инфекция. Специфическая хирургическая инфекция».	собеседование, тест, контрольная работа	Контрольная работа, Практические навыки после 6 семестра	4.5
ВСЕГО					90

7. Лабораторный практикум (не предусмотрен).

8. Учебно-методическое обеспечение для самостоятельной работы обучающегося

8.1. Содержание самостоятельной работы

№ п/п	Раздел дисциплины	Наименование работ	Трудоемкость (час)
1.	Введение в хирургию. Асептика и антисептика.	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю	12
2.	Кровотечения. Основы трансфузиологии.	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю	6
3.	Основы анестезиологии.	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю	6
4.	Основы травматологии.	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю	15

5.	Периоперационный период.	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю -написание учебной истории болезни	9
6.	Гнойная хирургия. Основы онкологии.	- подготовка к занятиям - подготовка к текущему контролю	12
7.	Подготовка к экзамену	Повторение и закрепление изученного материала (работа с лекционным материалом, учебной литературой); - формулировка вопросов; - предэкзаменационные индивидуальные и групповые консультации с преподавателем.	24
ИТОГО:			84

8.2. Тематика курсовых проектов (работ) и/или реферативных работ (не предусмотрены).

8.3. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.

Данный раздел рабочей программы разрабатывается в качестве самостоятельного документа «Методические рекомендации для студента» в составе УМКД.

9. Ресурсное обеспечение.

9.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	7	8
1	Общая хирургия Учебник	В.К. Гостищев	2010, 2013 ГЭОТАР	85 71	-
2	Общая хирургия Учебник	С.В.Петров	2007, 2014 ГЭОТАР	453 119	-

9.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Общая хирургия Учебное пособие	А.И. Ковалев	2013 МИА	25	1
2.	Асептика, антисептика. Учебное пособие	Б.Д. Грачев, Е.А. Батаков, Д.Г. Алексеев	2010 Самара	50	50
3.	Раны. Учебное пособие	Е.А. Столяров, В.Н. Рогачев, Б.Д. Грачев	2009 Самара	-	100

9.3. Программное обеспечение

Электронная версия Учебно-методического комплекса дисциплины.

9.4. База данных

- Федеральная электронная медицинская библиотека
- www.studmedlib.ru – ЭБС «Консультант студента» (электронная библиотека)
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi> MEDLINE (PubMed)
- <http://www.scsml.rssi.ru> домашняя страница Государственной Центральной медицинской библиотеки, Москва
- <http://surgeon.by> информационный сайт
- <http://www.surgeon.spb.ru> Интернет журнал по хирургии
- <http://elibrary.ru> научная электронная библиотека

9.5. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Использование палат, перевязочных, лабораторий, лабораторного и инструментального оборудования, учебных комнат для работы студентов.

Лекционные занятия:

- комплект электронных презентаций по темам лекций;
- аудитория, оснащенная презентационной техникой: проектор, экран, ноутбук, микрофон.

Практические занятия:

1. Мебель и стационарное учебное оборудование:

- стол для преподавателя;
- столы для студентов;
- стул для преподавателя;
- стулья для студентов;
- тумбочка;
- шкаф книжный;
- шкафы для хранения учебно-методических пособий и дидактических материалов;
- классная доска;
- информационный стенд для студента;
- кушетка медицинская;
- биоманекены.

2. Технические средства обучения:

- компьютер для преподавания и студентов;
- мультимедийный проектор;
- локальная сеть и интернет;
- экран;

- комплект транспортно-иммобилизационных шин – 4 комплекта.
- скелет человека -3.
- таблицы - 24
- набор учебных фильмов

3. Учебно-методическая документация:

- учебно-методический комплекс и дидактический материал по темам занятий;
- мультимедийные презентации практических занятий;
- нормативная документация;
- учебная и справочная литература;
- учебно-методические материалы для внеаудиторной самостоятельной работы студентов.

10. Использование инновационных (активных и интерактивных) методов обучения.

Используемые активные методы обучения при изучении данной дисциплины составляют 8% от объема аудиторных занятий.

№	Наименование раздела (перечислить те разделы, в которых используются активные и/или интерактивные формы (методы) обучения)	Формы занятий с использованием активных и интерактивных методов обучения	Трудоемкость (час.)
1	Введение в хирургию. Асептика и антисептика.	Практическое занятие на тему ПЗ.4 «Десмургия» в форме практикума	4.5
2	Периоперационный период.	Практическое занятие на тему ПЗ.15 «Методика обследования хирургических больных. Курация» в форме практикума	4.5

11. Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации: примеры оценочных средств для промежуточной аттестации, процедуры и критерии оценивания.

Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации разрабатывается в форме самостоятельного документа (в составе УМКД)

Процедура проведения промежуточной аттестации.

Промежуточная аттестация по дисциплине «Общая хирургия» проводится в виде устного экзамена в конце VI семестра. Экзамен проводится по билетам, которые состоят из 4 теоретических вопросов из разных разделов дисциплины.

Перечень экзаменационных вопросов для промежуточной аттестации по дисциплине «Общая хирургия»:

Раздел «Введение в хирургию. Асептика и антисептика»:

1. Асептика: определение, место в современной хирургии. Соблюдение правил асептики в операционной, виды уборок в операционной.
2. Пути распространения возбудителей инфекции. Профилактика воздушной инфекции в хирургическом отделении и операционном блоке. Организация вентиляции в операционном блоке.

3. Организация работы операционного блока. Соблюдение правил асептики. Зоны работы в операционном блоке.
4. Внутрибольничная инфекция, ее возбудители и пути распространения. Организация работы хирургического отделения с точки зрения профилактики внутрибольничной инфекции.
5. Гигиена рук медицинского персонала. Обработка рук перед выполнением манипуляций.
6. Обработка рук хирурга перед операцией хлоргексидином биглюконатом, современными антисептиками.
7. Обработка рук хирурга по методу Спасокукоцкого-Кочергина, методу клиники.
8. Обработка рук хирурга первомуром (жидкость С-4). Приготовление первомура. Меры безопасности.
9. Эндогенная инфекция и пути ее распространения. Профилактика перед операцией.
10. Структура хирургического отделения: выполнение правил асептики, санитарные нормы.
11. Принципы и этапы обработки хирургических инструментов.
12. Методы термической и химической дезинфекции хирургических инструментов. Преимущества и недостатки.
13. Предстерилизационная очистка хирургических инструментов.
14. Стерилизация перевязочного материала и операционного белья. Особенности дезинфекции.
15. Режимы и методы контроля за стерилизацией в автоклаве и сухожаровом шкафу. Современные автоклавы: вакуум-автоклавирование.
16. Дезинфекция и стерилизация оптического инструментария. Обработка фиброволоконной и «жесткой» оптики.
17. Стерилизация режущих инструментов. Обоснование современной тенденции перехода на одноразовые расходные материалы.
18. Дезинфекция и стерилизация хирургических перчаток и других резиновых изделий.
19. Подготовка и обработка операционного поля. Антисептики, используемые для этого.
20. Особенности соблюдения правил асептики при выполнении операций пациентам, инфицированным ВИЧ и вирусным гепатитом.
21. Профилактика случаев профессионального заражения медицинских работников ВИЧ и вирусным гепатитом. Действия при попадании зараженного материала в глаза, на поврежденную кожу.
22. Асептика и антисептика: возникновение, развитие, взаимное влияние методов. Место в современной хирургии.
23. Антисептика: определение, классификация по природе и месту приложения действующего фактора.
24. Химические антисептики из группы окислителей: препараты, формы применения, показания к использованию.
25. Химические антисептики из группы красителей: препараты, формы применения, показания к использованию.
26. Антисептики из группы тяжелых металлов: препараты, формы применения, показания к использованию.
27. Антисептики из группы галоидов: препараты, формы применения, показания к использованию.
28. Биологическая антисептика: методы, показания к применению, место в современной хирургии.
29. Механическая антисептика: методы, показания к применению, место в современной хирургии.

30. Физическая антисептика: способы, показания и противопоказания, место в современной хирургии.
31. Способы дренирования ран и полостей, виды дренажей, вакуумное дренирование. Показания к их использованию.

Раздел «Кровотечения. Основы трансфузиологии»:

1. Острая кровопотеря: определение, патогенез, принципы патогенетического лечения
2. Острая кровопотеря: оказание первой помощи на догоспитальном этапе.
3. Острая кровопотеря: инфузионно-трансфузионная терапия, препараты, дозы, критерии эффективности.
4. Классификация кровотечений. Методы временной остановки кровотечений.
5. Наружные артериальные кровотечения: диагностика, оказания первой помощи, осложнения при наложении жгута и их профилактика.
6. Внутренние кровотечения: определение, патогенез развивающихся расстройств. Причины и принципы диагностики.
7. Скрытые кровотечения: определение, патогенез расстройств, причины, клиника, принципы диагностики и лечения
8. Пищеводные, желудочные и кишечные кровотечения: причины, принципы диагностики и лечения.
9. Основные способы окончательной остановки кровотечений.
10. Химические и биологические методы остановки кровотечений.
11. Показания и противопоказания к переливанию крови. Принцип компонентной терапии в современной трансфузиологии.
12. Принцип компонентной терапии в современной трансфузиологии. Фракционирование крови: основные компоненты крови и показания к их применению.
13. Виды гемотрансфузий: аутотрансфузия и реинфузия крови, трансфузия донорской крови. Источники крови для переливания и их характеристика.
14. Аутогемотрансфузия: варианты реализации, преимущества и недостатки.
15. Правила определения группы крови моноклональными антителами.
16. Определение Rh-фактора при помощи моноклональных антител.
17. Порядок действия врача при выполнении гемотрансфузии.
18. Выполнение проб на совместимость при переливании крови.
19. Проведение пробы на резус-совместимость при гемотрансфузии.
20. Выполнение биологической пробы при гемотрансфузии.
21. Гемотрансфузионные осложнения: классификация, профилактика. Первая помощь при анафилактическом шоке.
22. Гемотрансфузионные осложнения, классификация и профилактика. Первая помощь при тромбозу легочной артерии.
23. Гемотрансфузионные осложнения, классификация. Пирогенные реакции: патогенез, клиника и диагностика, лечение.
24. Заготовка и хранение компонентов и препаратов крови. Организация службы крови в России.
25. Кровезаменители, классификация. Препараты волемиического действия (противошоковые): примеры, применение.
26. Кровезаменители, классификация. Препараты для парентерального питания и коррекции кислотно-электролитных нарушений.

Раздел «Основы анестезиологии»:

1. Компоненты анестезиологического пособия, их патофизиологическое обоснование.
2. Устройство (основные блоки) и принцип работы наркозного аппарата. Открытый, полукрытый, полужакрытый контуры работы.

3. Эндотрахеальный метод проведения ингаляционного наркоза: показания, преимущества и недостатки, принципы выполнения, возможные осложнения.
4. Стадии эфирного наркоза, их клиническая характеристика.
5. Мышечные релаксанты: показания к применению, классификация, возможные осложнения.
6. Наркоз закисью азота: характеристика течения, возможности потенцирования, возможные осложнения.
7. Наркоз фторотаном: характеристика течения, показания и противопоказания, возможные осложнения.
8. Внутривенный наркоз тиопенталом натрия: течение наркоза, показания и противопоказания, возможные осложнения.
9. Внутривенный наркоз кетамин (калипсолом): течение наркоза, показания, возможные осложнения.
10. Оксibuтират натрия и его применение в анестезиологии и реаниматологии.
11. Нейролептаналгезия: препараты, течение анестезии, показания к применению.
12. Спинномозговая анестезия: показания, противопоказания, препараты, техника выполнения, возможные осложнения.
13. Перидуральная (эпидуральная) анестезия: показания и противопоказания, принцип реализации, применяемые анестетики, возможные осложнения.
14. Проводниковая анестезия: принципы, применяемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения.
15. Регионарное внутривенное и внутрикостное обезболивание: показания, противопоказания, используемые анестетики, методика выполнения.
16. Местное инфильтрационное обезболивание: показания, противопоказания, возможные осложнения.

Раздел «Основы травматологии»:

1. Понятие о клинической смерти. Диагностика, показания к проведению сердечно-легочной реанимации.
2. Сердечно-легочная реанимация: показания и противопоказания. Техника ИВЛ и закрытого массажа сердца.
3. Обморок, коллапс. Этиология, патогенез, оказание первой помощи.
4. Травматический шок: патогенез, классификация, принципы лечения.
5. Анафилактический шок: этиология, патогенез, клиника, первая помощь.
6. Классификация ран по механизму повреждения, отношению к полостям тела и инфицированности. Клиническое значение этих классификаций.
7. Фазы течения раневого процесса. Факторы, влияющие на течение первой фазы. Первичное и вторичное заживление ран.
8. Фазы течения раневого процесса. Характеристика второй и третьей фазы. Первичное и вторичное заживление ран.
9. Первичная хирургическая обработка ран: показания, противопоказания, этапы операции, варианты выполнения по времени с момента травмы.
10. Первичный, первичный отсроченный, вторичный, вторичный поздний шов раны: показания и техника выполнения.
11. Лечение гнойных ран в первую фазу раневого процесса.
12. Лечение гнойных ран во второй фазе течения раневого процесса.
13. Особенности огнестрельных ран, нанесенных современным стрелковым оружием. Принципы лечения.
14. Особенности укушенных ран. Профилактика специфических инфекций. Лечение укушенных ран.
15. Переломы костей: определение, классификация по причине, сообщению с внешней средой, характеру излома и виду смещения отломков.

16. Абсолютные и относительные признаки переломов длинных трубчатых костей конечностей.
17. Источники и стадии образования костной мозоли при переломах. Условия консолидации переломов.
18. Первая помощь при переломах костей конечностей, правила выполнения транспортной иммобилизации штатными и подручными средствами.
19. Лечение переломов костей конечностей в гипсовой повязке. Показания, противопоказания, правила наложения гипсовой повязки, причины возможных осложнений и неудач.
20. Показания к оперативному лечению переломов костей. Методы остеосинтеза, возможные осложнения.
21. Осложнения травматических переломов. первая помощь при травмах позвоночника.
22. Отдаленные патологические последствия переломов длинных трубчатых костей.
23. Особенности огнестрельных переломов костей.
24. Переломы таза: механизмы травмы, клиника и диагностика, оказание первой помощи.
25. Переломы ребер. Механизм травмы, классификация, клиника и диагностика. Возможные осложнения, принципы лечения.
26. Гемоторакс: патогенез, клиника и диагностика, принципы лечения.
27. Понятие о травмах живота: открытых и закрытых, проникающих и непроникающих. Оказание первой помощи.
28. Вывихи конечностей: классификация, достоверные и вероятные признаки, оказание первой помощи.
29. Вывихи плеча: механизм травмы, классификация, клиника и диагностика, оказание первой помощи, вправление вывиха плеча по Кохеру.
30. Вывихи бедра: механизм травмы, классификация, клиника и диагностика, методы вправления.
31. Вывих нижней челюсти: механизм травмы, клиника и диагностика, техника вправления.
32. Черепно-мозговая травма: этиология и патогенез, клинические формы, симптомы, оказание первой помощи.
33. Синдром длительного сдавления: этиология, патогенез, оказание первой медицинской помощи.
34. Классификация ожоговой травмы по фактору поражения, глубине и площади. Клиническое значение этих классификаций.
35. Способы определения площади ожога и клиническое значение этого показателя. Индекс и правило Франка.
36. Стадии течения ожоговой болезни. Ожоговый шок: патогенез и принципы лечения.
37. Ожоговая токсемия: патогенез, принципы лечения.
38. Ожоговая септикоцемия: патогенез, принципы лечения.
39. Местное лечение поверхностных ожогов. Особенности лечения ожогов 3А степени.
40. Местное лечение ожогов: открытый, полукрытый и закрытый способы, преимущества и недостатки.
41. Пластическое закрытие ожоговой раны: виды кожной пластики и их краткая характеристика.
42. Химические ожоги: этиология, особенности местной тканевой реакции, оказание первой помощи.
43. Отморожения: патогенез некроза тканей, классификация по глубине поражения. Первая помощь.
44. Скрытый (дореактивный) и реактивный периоды. Зоны патологических изменений при отморожении.
45. Общее замерзание. Патогенез развивающихся расстройств. Клиника, оказание первой помощи.

Раздел «Периоперационный период»:

1. Предоперационный период: его задачи и продолжительность.
2. Хирургическая операция: определение, классификация, возможности выполнения без получения согласия больного.
3. Послеоперационный период: осложнения со стороны системы органов дыхания, их профилактика и лечение.
4. Осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде у больных, перенесших операции на органах брюшной полости.
5. Пролежни: патогенез, профилактика и лечение.

Раздел «Гнойная хирургия. Основы онкологии»:

1. Понятие о хирургической инфекции, клиническая классификация, возбудители.
2. Острая неспецифическая хирургическая инфекция: возбудители, патогенез, примеры клинических форм, принципы лечения на стадии воспалительного инфильтрата и абсцедирования.
3. Фурункул: определение, этиология, патогенез, клиника и диагностика. Принципы лечения. Особенности тактики при фурункулах лица.
4. Карбункул: этиология, патогенез, клиника и диагностика, принципы лечения.
5. Гидраденит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
6. Абсцесс и флегмона: определение, клиника, диагностика, принципы лечения.
7. Лимфаденит и лимфангоит: этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения.
8. Рожистое воспаление: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика и принципы лечения.
9. Острый гнойный лактационный мастит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
10. Нелактационный мастит: этиология, клиника, диагностика, лечение, онкологическая настороженность.
11. Подкожный панариций: этиология, патогенез, клиника и диагностика, принципы лечения.
12. Паронихия и подногтевой панариций: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
13. Костный панариций: этиология, патогенез, принципы диагностики и лечения. Особенности гнойных процессов на кисти
14. Острый гнойный тендовагинит. Принципы диагностики и лечения, особенности гнойного воспаления на кисти.
15. Острый гематогенный остеомиелит: этиология, патогенез, клиника и диагностика, принципы лечения.
16. Хронический посттравматический остеомиелит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
17. Гнойные артриты и бурситы: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
18. Понятие о синдроме диабетической стопы: патогенез, клинические формы, принципы диагностики и лечения.
19. Хирургический сепсис: определение, понятие о реакции системного воспалительного ответа, классификация, принципы диагностики.
20. Хирургический сепсис и синдром полиорганной недостаточности. Понятие о «тяжелом сепсисе». Патогенез, принципы диагностики и лечения.
21. Септический шок. Этиология, патогенез, клиника, первая помощь.

22. Газовая гангрена: возбудители, патогенез, диагностика и клинические формы, принципы лечения.
23. Столбняк: этиология, патогенез, экстренная и плановая специфическая и неспецифическая профилактика.
24. Костно-суставной туберкулез: этиология, патогенез, основные клинические формы.
25. Туберкулезный спондилит: патогенез, клиника и диагностика, осложнения, принципы лечения.
26. Клиническая классификация злокачественных опухолей.
27. Клинические группы и диспансеризация онкологических больных.
28. Принципы лечения злокачественных опухолей. Способы лечения, принцип онкологической радикальности.
29. Диагностика опухолей и организация онкологической помощи.

Пример экзаменационного билета по дисциплине «Общая хирургия»:

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Кафедра общей хирургии

Экзаменационный билет № 17

1. Особенности соблюдения правил асептики при выполнении операции пациентам, инфицированными ВИЧ и вирусным гепатитом.
2. Внутривенный наркоз кетамин (калипсолом): течение наркоза, показания, осложнения.
3. Подкожный панариций: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
4. Отдаленные патологические последствия переломов длинных трубчатых костей.

Заведующий кафедрой общей хирургии, профессор _____ А.Г. Сонис

Критерии оценки:

- ✓ оценка «отлично» выставляется студенту, глубоко и прочно усвоившему программный материал, исчерпывающе, последовательно грамотно и логически стройно его излагающему, в ответе которого тесно увязывается теория с практикой. Не затрудняется с ответом при видоизменении задания, показывает знакомство с монографической литературой, правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними практическими навыками.
- ✓ оценка «хорошо» - студент твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его в объеме учебника, не допускает существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения по решению практических вопросов и задач, владеет необходимыми практическими навыками.
- ✓ оценка «удовлетворительно» - студент знает только основной материал, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения

последовательности изложения программного материала и испытывает трудности в выполнении практических навыков.

- ✓ оценка «неудовлетворительно» - студент не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно выполняет практические навыки.

12. Методическое обеспечение дисциплины.

Методическое обеспечение дисциплины разрабатывается в форме отдельного комплекта документов: «Методические рекомендации к лекциям», «Методические рекомендации к практическим занятиям», «Фонд оценочных средств», «Методические рекомендации для студента» (в составе УМКД).

Примеры оценочных средств для текущего, рубежного контроля успеваемости, критерии оценивания.

Для текущего контроля успеваемости применяются следующие формы контроля: тесты, собеседование по вопросам, контрольная работа, контроль практических навыков.

Примеры тестовых заданий для текущего контроля по теме практического занятия №20: «Анаэробная инфекция. Специфическая хирургическая инфекция».

Инструкция: Выберите один правильный вариант ответа.

Вариант 1.

1. При загрязнении раны землей имеется вероятность развития заболеваний:

1. Сибирская язва.
2. Туберкулез.
3. Столбняк.
4. Актиномикоз.

2. Хроническая специфическая хирургическая инфекция клинически отличается от хронической неспецифической инфекции следующими признаками:

1. Специфическим возбудителем.
2. Общими для каждой болезни симптомами.
3. Продолжительность течения.
4. Исключительно острым течением.

3. В понятие хирургический туберкулез относится поражение:

1. Мягких тканей.
2. Мозговых оболочек.
3. Органов чувств.
4. Костно-суставной.

4. При туберкулезном лимфадените чаще всего происходит поражение следующих периферических лимфоузлов:

1. Паховых.
2. Подмышечных.
3. Надключичных.
4. Парааортальных.

5. При туберкулезном шейном лимфадените дифференциальный диагноз следует проводить с:

1. Лимфогранулематозом.
2. Лимфосаркомой.
3. Метастазами злокачественной опухоли.
4. Неспецифическим гнойным лимфаденитом.
5. Со всеми указанными заболеваниями.

6. При какой инфекции наблюдаются перечисленные стадии процесса: а) стадия ограниченной газовой флегмоны; б) стадия распространенной газовой флегмоны; в) стадия гангрены; г) стадия сепсиса:

1. Острая неспецифическая хирургическая инфекция.
2. Хроническая неспецифическая инфекция.
3. Острая специфическая хирургическая инфекция.
4. Хроническая специфическая хирургическая инфекция.

7. Поражение костей и суставов при туберкулезе происходит, как правило

1. Гематогенным путем.
2. Per continuitatem.
3. Лимфогенным путем.
4. После открытых переломов костей и повреждения суставной капсулы.
5. Все приведенные причины верны.

8. При костном туберкулезе очаг чаще всего локализуется:

1. В диафизе длинных трубчатых костей.
2. В эпиметафизах длинных трубчатых костей.
3. В плоских костях (череп, лопатка).
4. С одинаковой частотой может локализоваться в любой кости и любой ее части.

9. Характерными рентгенологическими признаками при туберкулезном поражении костей являются:

1. Остеопороз.
2. Периостит.
3. Отсутствие периостита.
4. Остеосклероз.

10. Какое заболевание требует при лечении введения миорелаксантов и проведения управляемого дыхания

1. Гнилостный парапроктит.
2. Газовая гангрена нижней конечности.
3. Столбняк.
4. Острый медиастинит.
5. Сибирская язва.

11. Сибирская язва может проявляться следующими формами:

1. Кожной.
2. Менингеальной.
3. Энцефалитической.
4. Почечной.

12. Возбудителем актиномикоза является:

1. Бацилла Коха.
2. Актиномицет.
3. Бледная спирохета.
4. *Bacterium tetani*.

5. *Bacterium anthracis*.

13. Клиническое течение сифилиса делят на следующие периоды:

а) Острый. б) Хронический. в) Первичный. г) Вторичный. д) Третичный.

1. а, б, в.
2. б, г, д.
3. а, в, д.
4. в, г, д.

14. Первое место по локализации при кожной форме сибирской язвы занимают

1. Лицо и волосистая часть головы.
2. Верхние конечности.
3. Нижние конечности.
4. Шея.
5. Спина.

15. Можно ли с помощью бактериологического исследования пленок, снятых с раны, уточнить диагноз дифтерии:

1. Да.
2. Нет.
3. Редко.
4. Только при бактериологическом посеве.

16. Лечение больного с дифтерией ран предусматривает:

1. Нахождение в общей палате.
2. Введение противодифтерийной сыворотки по Безредко в количестве 2000-4000 АЕ.
3. Гипербарическую оксигенацию.
4. Повязки с мазью Вишневского.

17. Столбняк по виду повреждения бывает:

1. Раневой.
2. Нисходящий.
3. Постинъекционный.
4. Восходящий.

18. К клинической картине столбняка относится:

1. Дисфагия.
2. Острое начало с судорог промежности.
3. Акроцианоз.
4. Нарушение слуха.

19. Укажите отличительный признак сибиреязвенного карбункула:

1. Отсутствие отека.
2. Наличие черного струпа в центре карбункула.
3. Резкая болезненность карбункула.
4. Обильное гнойное отделяемое.

20. Возбудитель столбняка вызывает заболевание, проникая в организм через

1. Поврежденную серозную оболочку кишки.
2. Поврежденную кожу и слизистые.
3. Верхние дыхательные пути.

21. Укажите, какой экзотоксин, выделяемый возбудителем столбняка, играет ведущую роль в патогенезе заболевания:

1. Стрептокиназа.
2. Тетаногемолизин.
3. Гиалуронидаза.
4. Лейкоцидин.
5. Тетаноспазмин.

22. Ранние симптомы столбняка:

1. Экзофтальм.
2. Положительный с-м Бартомье-Михель-сона.
3. Тризм мимической мускулатуры.
4. Птоз в сочетании с миозом.

23. Судорожный синдром при столбняке купируется:

1. Введением миорелаксантов с искусственной вентиляцией легких.
2. Назначением антибиотиков.
3. Антикоагулянтной терапией.
4. Внутривенным введением полиглюкина.

24. Укажите что входит в классическую триаду симптомов столбняка:

1. Сардоническая улыбка.
2. Дисфагия.
3. Недержание кала и мочи.
4. Утрата сознания.

25. Экстренная профилактика столбняка включает:

1. 1,0 противостолбнячного анатоксина в/м.
2. 5,0 противостолбнячного анатоксина в/в.
3. 1,0 противостолбнячного анатоксина, 3000 МЕ противостолбнячной сыворотки в/м.
4. 5,0 противостолбнячного анатоксина, 3000 МЕ противостолбнячной сыворотки в/в.

Вариант 2.

1. Наиболее частыми представителями хронической специфической хирургической инфекции являются:

1. Туберкулез.
2. Сибирская язва.
3. Рожь
4. Столбняк.

2. Заражение при туберкулезе может происходить через:

1. Укус животных.
2. Дыхательные пути.
3. Неповрежденную кожу.
4. Трансмиссивным путем.

3. При абдоминальном туберкулезе наиболее часто поражаются:

1. Брюшина.
2. Печень.
3. Селезенка.
4. Поджелудочная железа.

4. Туберкулезный лимфаденит, как правило, наблюдается:

1. У пожилых.
2. У стариков.
3. У детей и юношей.
4. У беременных.
5. Во всех указанных группах.

5. К острой хирургической специфической инфекции следует отнести:

1. Фурункул.
2. Острый тромбофлебит.
3. Актиномикоз.
4. Анаэробную инфекцию.

6. Наиболее часто туберкулезом поражаются следующие суставы:

1. Тазобедренный.
2. Плечевой.
3. Локтевой.

4. Все указанные суставы.

7. Наиболее распространенными формами костно-суставного туберкулеза по локализации являются:

1. Туберкулез позвоночника (спондилит).
2. Туберкулез костей черепа.
3. Туберкулез надколенника.
4. Туберкулез нижнечелюстного сустава.

8. При поражении туберкулезом сустава процесс начинается, как правило:

1. С синовиальной оболочкой.
2. С костной тканью.
3. Одновременно поражаются костная ткань и синовиальная оболочка.
4. С надкостницы.
5. С мягких тканей, расположенных рядом с суставом

9. Среди основных признаков столбняка можно выявить следующие общие и местные проявления:

1. Дергающие боли в ране.
2. Мышечные фибрилляции рук.
3. Сонливость.
4. Слезотечение.

10. Чаще всего кожная форма сибирской язвы наблюдается у:

1. Фермеров.
2. Механизаторов.
3. Парикмахеров.
4. Работников лесозаготовок.
5. Работников кожевенной промышленности.

11. В комплексной терапии туберкулеза костей и суставов используются следующие химические антибактериальные препараты:

1. ПАСК.
2. Фторхинолоны.
3. Канамицин.
4. Стрептомицин.

12. В комплекс лечебных мероприятий при актиномикозе могут быть включены:

1. Неспецифическая иммунотерапия.
2. Сосудистые препараты.
3. Рентгенотерапия (местно).
4. Санаторно-курортное лечение.

13. При кожной форме сибирской язвы инкубационный период длится

1. 1 сутки.
2. От 2 до 14 суток.
3. 3 недели.
4. Месяц.
5. 1,5 месяца.

14. Укажите возбудителя дифтерии ран:

1. Стафилококк.
2. Палочка Кока.
3. Неклостридиальные анаэробы.
4. Палочка Леффлера.
5. Кишечная палочка.

15. Клиническая картина актиномикоза при поражении кожи:

1. Синюшно-багровая окраска кожи.
2. Бледная окраска кожи.
3. Образование свищей с гнойно-геморрагическим отделяемым.

4. Образование свищей с гноем, содержащим желто-серые крупинки друз.

16. Виды профилактики столбняка:

1. Специфическая.
2. Поливалентная.
3. Вынужденная.
4. Принудительная.

17. Столбняка по распространенности бывает:

1. Изолированный.
2. Восходящий.
3. Первичный.
4. Вторичный.

18. Укажите возбудителя сибирской язвы:

1. *Bacteroidis fragms.*
2. *Bacteroidis melaninogenius.*
3. *Cl. tetani.*
4. *Cl. perfringens.*
5. *Bacillus anthracis.*

19. Укажите локализацию, где не встречается сибирязвенный карбункул:

1. Волосистая часть головы.
2. Спина.
3. Бедро.
4. Плечо.
5. Брюшная стенка.

20. Укажите продолжительность инкубационного периода при столбняке:

1. 1-3 дня.
2. 4-14 дней.
3. 15-20 дней.
4. 21-30 дней.

21. Осложнения столбняка:

1. Пневмония.
2. Сепсис.
3. Разрывы стенки полого органа.
4. Инсульт.

22. В каком отделении многопрофильной больницы следует проводить лечение больных столбняком:

1. Нейрохирургическом.
2. Хирургическом.
3. Терапевтическом.
4. Неврологическом.
5. Реанимационном.

23. К начальным местным признакам столбняка относятся:

1. Слабость.
2. Разбитость.
3. Стреляющие, дергающие боли в ране с иррадиацией по нервным стволам.
4. Многократный жидкий стул.
5. Птоз.

24. Какой препарат используется для экстренной специфической профилактики столбняка:

1. Столбнячный анатоксин.
2. Адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин.
3. Адсорбированный коклюшно-дифтерийно-столбнячный анатоксин.
4. КОКАВ.

25. При укусах бродячей собаки, волка и т.д. необходима экстренная специфическая профилактика:

1. Дифтерии.
2. Малярии.
3. Туберкулеза.
4. Бешенства.

Эталоны ответов:

Вариант 1		Вариант 2	
Номер вопроса	Правильный ответ	Номер вопроса	Правильный ответ
1	3	1	1
2	1	2	2
3	4	3	1
4	2	4	3
5	5	5	4
6	3	6	1
7	1	7	1
8	2	8	2
9	3	9	1
10	3	10	5
11	1	11	1
12	2	12	3
13	4	13	2
14	1	14	4
15	1	15	1
16	2	16	1
17	1	17	2
18	1	18	5
19	2	19	1
20	2	20	2
21	5	21	1
22	3	22	5
23	1	23	3
24	1	24	1
25	3	25	4

Критерии оценки:

- оценка «отлично» выставляется студенту, если правильных ответов 23-25;
- оценка «хорошо», если правильных ответов 20-22;
- оценка «удовлетворительно», если правильных ответов 17-19;
- оценка «неудовлетворительно», если правильных ответов 16 и меньше.

Примеры контрольных вопросов для собеседования для текущего контроля по

теме практического занятия №5: «Кровотечения. Остановка кровотечения. Острая кровопотеря»:

1. Анатомо-физиологическая классификация кровотечений.
2. Классификация по характеру повреждения стенки сосуда.
3. Классификация кровотечений по месту излияния крови.
4. Классификация кровотечений по времени возникновения.
5. Диагностика и первая помощь при наружных капиллярных кровотечениях.
6. Диагностика и первая помощь при повреждении подкожных вен конечностей.
7. Диагностика и первая помощь при повреждении глубоких вен конечностей.
8. Диагностика и первая помощь при наружных артериальных кровотечениях
9. Пальцевое прижатие артерий: точки, правила выполнения.
10. Наложение кровоостанавливающего жгута: правила, критерии эффективности.
11. Осложнения наложения кровоостанавливающего жгута.
12. Действия при пребывании кровоостанавливающего жгута на конечности более 2 часов.
13. Максимальное сгибание и переразгибание конечности как метод временной остановки кровотечения: показания, техника.
14. Наложение кровоостанавливающего зажима в ране: показания, техника, осложнения.
15. Временное протезирование сосуда: принцип, условия для выполнения.
16. Глухой шов раны при повреждении крупного сосуда: принцип, условия выполнения.
17. Тампонада раны как метод остановки кровотечения: показания, техника.
18. Диагностика и первая помощь при пищеводном кровотечении. Зонд Блекмора.
19. Диагностика и первая помощь при желудочно-кишечном кровотечении.
20. Диагностика и первая помощь при внутрибрюшном кровотечении.
21. Методы окончательной механической остановки кровотечения: принцип, условия выполнения.
22. Методы химической остановки кровотечений: препараты, показания к применению.
23. Методы биологической остановки кровотечений: препараты, показания к применению.
24. Основные патогенетические факторы острой кровопотери.
25. Основные компенсаторные механизмы острой кровопотери.
26. Клинические признаки централизации кровообращения при острой кровопотере.
27. Клинические признаки децентрализации кровообращения при острой кровопотере.
28. Изменения ЦНС при острой кровопотере.
29. Центральное венозное давление и его значение для диагностики тяжести острой кровопотери.
30. Почасовой диурез и его значение для диагностики тяжести острой кровопотери.
31. Концентрационные показатели красной крови и их динамика при острой кровопотере.
32. Изменения в системе гемостаза при острой кровопотере.
33. Принципы клинической классификации острой кровопотери.
34. Осложнения острой кровопотери. Патогенез и диагностика синдрома «шокового легкого» при острой кровопотере.
35. Осложнения острой кровопотери. Патогенез и диагностика синдрома острой почечной недостаточности при острой кровопотере.
36. Осложнения острой кровопотери. Патогенез и диагностика ДВС синдрома при острой кровопотере.
37. Основные задачи при лечении острой кровопотери.
38. Какие препараты используются при инфузионной терапии острой кровопотери?
39. Целесообразно ли начинать лечение кровопотери с переливания крови?
40. Как должны соотноситься объемы кровопотери и инфузионной терапии для ее лечения?
41. Какие препараты используются для коррекции коагуляционных нарушений при острой кровопотере?
42. Критерии эффективности терапии острой кровопотери.

Критерии оценки устного ответа:

- оценка «**Отлично**» выставляется студенту, если он полно излагает материал, дает правильное определение основных понятий, обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только из учебника, но и из дополнительной литературы, излагает материал последовательно и логично;
- оценка «**Хорошо**» выставляется студенту, если он полно излагает материал, дает правильное определение основных понятий, обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только из учебника, но и из дополнительной литературы, излагает материал последовательно и логично, но допускает 1-2 неточности в ответе;
- оценка «**Удовлетворительно**» выставляется студенту, если он обнаруживает знание и понимание основных положений темы, но излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий, не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести примеры из дополнительной литературы, излагает материал непоследовательно;
- оценка «**Неудовлетворительно**» выставляется, если студент обнаруживает незнание большей части соответствующего вопроса, допускает ошибки в формулировке определений и понятий, искажает их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал, в ответе отсутствует логика и последовательность. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

Примеры контрольной работы для текущего контроля по теме практического занятия №6: «Переливание крови и её компонентов»:

Инструкция: Выполнить письменно 2 задачи из списка на выбор преподавателя.

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?

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?

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.

Задача №3

У пациента 56 лет группа крови А(II), Rh отрицательный. Ему необходима экстренная операция сопряженная с массивной кровопотерей. При заказе трансфузионных сред выяснилось, что резус-отрицательной СЗП в наличии нет. Как быть?

Эталон ответа

В соответствии с действующими Правилами использования донорской крови и ее компонентов (2013), различия в системе резус фактора при переливании СЗП в объеме до 1л не учитываются; при переливании больших объемов учитывается только совпадение по антигену D. Таким образом, при заказе СЗП в объеме до 1 литра для трансфузии данному больному можно заказать резус-положительную плазму, любого антигенного состава, а при заказе большего объема – плазму положительную по антигенам С и Е.

Задача №4

В разговоре со знакомыми Вы выяснили, что они боятся сдавать кровь, поскольку считают, что при этом можно заразиться инфекционными заболеваниями, и вообще не уверены в безопасности этой процедуры для здоровья. Правы ли они? Постарайтесь их переубедить.

Эталон ответа

Служба крови – одна из наиболее строго контролируемых структур отечественного здравоохранения. Проверки различного уровня проходят почти постоянно. Все расходные материалы, используемые при работе с донорами – одноразовые. Их повторное использование технически невозможно. Взятие на анализы и заготовка крови производится в герметичные замкнутые емкости, что исключает образование брызг крови. Таким образом, контакт с инфицированным материалом при сдаче крови полностью исключен. В плане заражения инфекционными заболеваниями сдача крови абсолютно безопасна.

Безопасность регулярных кроводач подробно изучена мировой наукой. Доказано, что для здорового человека сдача 500 мл цельной крови один раз в три месяца или 600 мл плазмы один раз в две недели (не более 10 литров в год) абсолютно безопасна. Более того, регулярные осмотры врача и взятие анализов при кроводаче выполняют профилактическую функцию. Имеются данные, что доноры легче переносят острую кровопотерю и быстрее восстанавливаются после травм.

Задача №5

Отделение переливания крови постоянно выдает для трансфузии больным СЗП, заготовленную не менее трех месяцев назад. Каков срок хранения СЗП? Почему для переливания не выдается более «свежая» плазма?

Эталон ответа

Срок хранения СЗП не менее 1 года, а при специальных условиях хранения (при температуре жидкого азота) достигает 10 лет.

Вся заготовленная СЗВ тестируется на ВИЧ и гепатит С методом ИФА. Следовательно, в число доноров могут попасть серонегативные лица, инфицированные указанными заболеваниями. Для обеспечения безопасности трансфузий плазма карантинизируется, т.е. хранится не менее 3 мес., после чего доноры при очередной кроводаче в очередной раз тестируются на ВИЧ и гепатит С. Только при получении отрицательных результатов, говорящих, что на момент предыдущей кроводачи доноры не были инфицированы, плазма отпускается в лечебные учреждения.

Задача №6

Для обеспечения безопасности трансфузий вся заготовленная плазма карантинизируется не менее 3 мес. Возможна ли карантинизация эритроцитсодержащих компонентов крови? Проводится ли она? Если нет, то каковы альтернативные методы обеспечения инфекционной безопасности при их переливании?

Эталон ответа

Карантинизация эритроцитов возможна, но она требует специальных методов из консервации, позволяющих увеличить срок хранения не менее чем до 3 месяцев. На сегодняшний день этим требованиям соответствует только метод криоконсервации. Он достаточно дорогостоящий. Существующие мощности не позволяют перерабатывать этим методом все заготавливаемые эритроциты. Поэтому значительная часть эритроцитсодержащих компонентов крови имеет срок хранения от 27 до 40 дней, что недостаточно для карантинизации.

Альтернативным способом обеспечения инфекционной безопасности при их переливании является тестирование, направленное не на выявление антител к вирусу, а фрагментов самих вирусов. Этому требованию отвечает метод ПЦР.

Задача №7

Больному планируется трансфузия эритроцитарной массы. После постановки проб на совместимость врач приступил к биологической пробе. Через 30 секунд после внутривенного введения 10 мл эритроцитарной массы больной пожаловался на ощущение озноба и головную боль. Что делать?

Эталон ответа

Налицо признаки положительной биологической пробы. Переливать эту эритроцитарную массу нельзя. Надо, не вынимая иглы из вены, поменять систему для трансфузий на систему с физиологическим раствором и начать его медленное капельное введение (чтобы не затромбировалась игла в вене). Внутривенно ввести раствор метамизола или парацетамола, проконтролировать пульс и артериальное давление. Наблюдать больного не менее 2 часов с фиксацией показателей гемодинамики, температуры тела и диуреза. На следующий день выполнить общий анализ крови и мочи.

Задача №8

Больному проводится переливание эритроцитарной массы. Пробы на совместимость и трехкратная биологическая пробы прошли без особенностей. За 20 минут уже перелито около 150 мл трансфузионной среды. Внезапно пациент почувствовал озноб. Трансфузия была остановлена, через 20 мин отмечено повышение температуры тела до 37.8°C. Что случилось? Что делать? Можно ли было избежать осложнения?

Эталон ответа

Очевидно у больного – пирогенная реакция на трансфузионную среду. Ее патогенез связан с попаданием во внутренние среды пациента продуктов распада донорских лейкоцитов и тромбоцитов.

Трансфузию необходимо остановить, не вынимая иглы из вены, поменять систему для трансфузий на систему с физиологическим раствором и начать его медленное капельное введение (чтобы не затромбировалась игла в вене). Внутривенно ввести раствор метамизола или парацетамола, проконтролировать пульс и артериальное давление. В зависимости от выраженности озноба возможно применение антигистаминных препаратов и глюкокортикоидов.

Основной мерой профилактики пирогенных реакций является использование трансфузионных сред либо очищенных от тромбоцитов и лейкоцитов (ЭМОЛТ), либо подвергнутых их инактивации (гамма-облучение).

Задача №9

Пациенту во время операции перелиты 600 мл (2 дозы) СЗП и 250 мл (1 доза) эритроцитарной массы. На что обратить внимание в ходе последующего наблюдения? Какие показатели требуют фиксации в медицинской карте?

Эталон ответа

Согласно действующим Правилами использования донорской крови и ее компонентов (2013) непосредственное врачебное наблюдение за больным в стационаре продолжается 2 часа. Фиксируются пульс, артериальное давление, почасовой диурез, цвет мочи. На следующий день выполнить общий анализ крови и мочи.

Задача №10

Пациенту планируется оперативное вмешательство, сопряженное с массивной кровопотерей. Ранее больному уже переливали кровь, после одной из трансфузий у больного отмечалась высокая лихорадка с ознобом, рост содержания прямого билирубина в плазме крови. Как уменьшить риск повторных трансфузий?

Эталон ответа

Очевидно, что у больного в анамнезе имеется трансфузиологическое осложнение. Согласно действующим Правилами использования донорской крови и ее компонентов (2013), в этом случае подбор трансфузионной среды должен производиться индивидуально в условиях специализированной лаборатории учреждения службы крови. Вторым вариантом уменьшения риска трансфузий является использование аутокрови.

Задача №11

В операционной находится экстренный больной с массивной кровопотерей и продолжающимся внутрибрюшным кровотечением. Гемодинамика нестабильная. Постоянно проводятся трансфузии СЗП и эритроцитарной массы. Со станции переливания крови доставлен очередной изотермический контейнер с эритроцитарной массой. Врач-трансфузиолог быстро поставил пробы на совместимость (результат – совместима) и передал контейнеры с эритроцитарной массой анестезиологу. Проведена биологическая проба – все нормально. В это время кровотечение в ране усилилось. Анестезиолог открыл регулятор системы для переливания и начал струйное введение эритроцитарной массы в катетер в подключичной вене. Практически сразу на анестезиологическом мониторе появились экстрасистолы. Анестезиолог сразу убавил ток эритроцитарной массы до медленного капельного. Что случилось? Можно ли продолжать трансфузию? Можно ли было избежать экстрасистолии?

Эталон ответа

Наиболее вероятно имелись проявления синдрома холодных трансфузий в основе патогенеза которого лежит действие струи холодной трансфузионной среды из катетера, конец которого располагается в правом предсердии, на проводящие пути сердца. Для предотвращения этого осложнения трансфузионная среда должна быть согрета до 37°C. Трансфузию можно продолжать, но темп ее должен быть медленным (показаний к высокому темпу трансфузии фактически нет).

Задача №12

Один из основоположников отечественной трансфузиологии А.А.Богданов умер в 1928 году после одиннадцатого по счету переливания ему крови, совпадающей по системе АВО (Система резус-фактора была открыта только в 1940 году). Смерть наступила через несколько дней после трансфузии при клинических проявлениях желтухи и острой почечной недостаточности. Развитие какого осложнения можно у него предполагать? Можно ли было бы спасти его в наше время?

Эталон ответа

Сочетание желтухи и острой почечной недостаточности вполне определенно указывают на развитие внутрисосудистого гемолиза. Учитывая, что А.А.Богданову до этого многократно

переливали кровь без учета резус-совместимости, можно предполагать, что у него произошла сенсбилизация к антигенам этой системы, которая при очередной трансфузии привела к гемолизу.

В настоящее время существуют эффективные методы борьбы с внутрисосудистым гемолизом и острой почечной недостаточностью – проточный плазмообмен и гемодиализ.

Критерии оценки контрольной работы:

- оценка «**Отлично**» выставляется студенту, если он полно и правильно изложит ответы на обе задачи.
- оценка «**Хорошо**» выставляется студенту, если он правильно изложит ответы на обе задачи, но допускает 1 неточность в ответе на одну из задач;
- оценка «**Удовлетворительно**» выставляется студенту, если он полно и правильно изложит ответ только на одну задачу;
- оценка «**Неудовлетворительно**» выставляется, если студент допустит серьезные ошибки в письменном ответе на обе задачи.

Примеры практических навыков для текущего контроля по теме практического занятия №4: «Десмургия»:

Инструкция: Каждый студент демонстрирует выполнение всех практические навыки из списка.

1. Наложить повязку "чепец" на голову.
2. Наложить черепашьи повязки на локтевой и коленный суставы.
3. Наложить колосовидную повязку на плечевой сустав.
4. Наложить крестообразную повязку на 1-ый палец кисти.
5. Наложить повязку "перчатку" на пальцы кисти.
6. Наложить повязку Дезо.

Алгоритмы выполнения практических навыков:

Наложить повязку "чепец" на голову:

1. Пациент располагается в удобном для него положении.
2. Отделяется кусок бинта около 0,5 метра.
3. Кусок бинта укладывается на середину темени, концы бинта свисают впереди ушей.
4. Пациент держит концы в натянутом положении.
5. Студент берёт в правую руку «головку» бинта брюшком вверх.
6. Первый тур накладывается вокруг головы через лоб и затылочную область.
7. Дойдя до лямки бинт оборачивают вокруг неё и возвращается на противоположную сторону через затылок.
8. Дойдя до лямки бинт оборачивают вокруг неё и возвращается на противоположную сторону через лоб.
9. Повторяются пункты 7 – 8 с перекрытием предыдущего тура на 2/3 постепенно смещаясь вверх до соединения туров.
10. Конец бинта фиксируется к лямке.
11. Концы лямок завязываются под подбородком.

Наложить черепашьи повязки на локтевой и коленный суставы:

Черепашья повязка на коленный сустав (расходящаяся):

1. Пациент располагается в удобном для него положении.
2. Студент должен проследить, чтобы нижняя конечность находилась в функционально выгодном положении.
3. Студент берёт в правую руку «головку» бинта брюшком вверх.

4. Фиксирующий тур бинта проводится через середину надколенника.
5. Наложение тура в проксимальном направлении от первого тура с перекрытием на 2/3 предыдущего тура.
6. Наложение тура в дистальном направлении от 1 тура с перекрытием 2/3 предыдущего.
7. Выполнение пунктов 5 и 6 до перекрытия в/3 голени и н/3 бедра.
8. Перекрещивание туров идет по сгибательной поверхности сустава
9. Последний тур накладывается в проксимальном направлении.

Черепашья повязка на коленный сустав (сходящаяся):

1. Пациент располагается в удобном для него положении.
2. Студент должен проследить, чтобы нижняя конечность находилась в функционально выгодном положении.
3. Студент берёт в правую руку «головку» бинта брюшком вверх.
4. Фиксирующий тур бинта проводится на бедре, выше коленного сустава около 10 см (на границе с/3 и н/3 бедра).
5. Наложение тура на границе в/3 и с/3 голени.
6. Поочерёдное наложение туров сходясь в дистальном и проксимальном направлениях с перекрытием на 2/3 предыдущего тура.
7. Перекрещивание туров идет по сгибательной поверхности сустава.
8. Последний тур накладывается в проксимальном направлении.

Черепашья повязка на локтевой сустав (расходящаяся):

1. Пациент располагается в удобном для него положении.
2. Студент должен проследить, чтобы верхняя конечность находилась в функционально выгодном положении.
3. Студент берёт в правую руку «головку» бинта брюшком вверх.
4. Фиксирующий тур бинта проводится через локтевой отросток.
5. Наложение тура в проксимальном направлении от первого тура с перекрытием на 2/3 предыдущего тура.
6. Наложение тура в дистальном направлении от 1 тура с перекрытием 2/3 предыдущего.
7. Выполнение пунктов 5 и 6 до перекрытия в/3 предплечья и н/3 плеча.
8. Перекрещивание туров идет по сгибательной поверхности сустава
9. Последний тур накладывается в проксимальном направлении.

Черепашья повязка на локтевой сустав (сходящаяся):

1. Пациент располагается в удобном для него положении.
2. Студент должен проследить, чтобы верхняя конечность находилась в функционально выгодном положении.
3. Студент берёт в правую руку «головку» бинта брюшком вверх.
4. Фиксирующий тур бинта проводится на плече, выше локтевого сустава около 10 см (на границе с/3 и н/3 плеча).
5. Наложение тура на границе в/3 и с/3 предплечья.
6. Поочерёдное наложение туров сходясь в дистальном и проксимальном направлениях с перекрытием на 2/3 предыдущего тура.
7. Перекрещивание туров идет по сгибательной поверхности сустава
8. Последний тур накладывается в проксимальном направлении.

Наложить колосовидную повязку на плечевой сустав:

1. Пациент располагается в удобном для него положении.
2. Студент должен проследить, чтобы в/к находилась в функционально выгодном положении.
3. Студент берёт в правую руку «головку» бинта брюшком вверх.

4. Фиксирующие туры накладываются в $\frac{1}{3}$ плеча или бинт накладывают на переднюю поверхность грудной клетки, начиная с со здоровой стороны
5. Тур бинта идет на переднюю поверхность плечевого сустава, огибая плечо сзади и направляясь в подмышечную впадину.
6. Выйдя на переднюю и боковую поверхность сустава и на плечо на границе $\frac{1}{3}$ и $\frac{2}{3}$, далее по спине раскатывают в здоровую подмышечную впадину.
7. Повторяют пункты 5 – 7 с перекрытием предыдущего на $\frac{2}{3}$ в проксимальном направлении до надплечья.
8. Конец бинта фиксируется булавкой.
9. Рука фиксируется на косынку.

Наложить крестообразную повязку на 1-ый палец кисти:

1. Пациент располагается в удобном для него положении.
2. Студент должен проследить, чтобы кисть находилась в функционально выгодном положении.
3. Студент берёт в правую руку «головку» бинта брюшком вверх.
4. Первый и второй фиксирующие циркулярные туры накладываются на запястье полностью перекрывая друг друга.
5. Следующий тур накладывается по тылу кисти до ногтевой фаланги.
6. Фаланга обертывается петлей.
7. По тыльной поверхности пальца и кисти возвращается на запястье.
8. Далее повторяются действия 5-7 со смещением в проксимальном направлении на $\frac{1}{3}$ ширины бинта до закрытия пальца.
9. Закрепляющий тур на запястье.

Наложить повязку "перчатку" на пальцы кисти:

1. Пациент располагается в удобном для него положении.
2. Студент должен проследить, чтобы кисть находилась в функционально выгодном положении.
3. Студент берёт в правую руку «головку» бинта брюшком вверх.
4. Первый и второй фиксирующие циркулярные туры накладываются на запястье полностью перекрывая друг друга.
5. Следующий тур накладывается по тылу кисти до ногтевой фаланги (на левой руке начинается с V пальца, на правой с I пальца).
6. Фаланга обертывается петлей.
7. По тыльной поверхности пальца и кисти возвращается на запястье.
8. Далее повторяются действия 5-7 со смещением в проксимальном направлении на $\frac{1}{3}$ ширины бинта до закрытия пальца.
9. Закрепляющий тур на запястье.
10. Далее повторяются действия с 5-9 по очереди на остальных пальцах.

Наложить повязку Дезо:

1. Пациент располагается в удобном для него положении.
2. Студент должен проследить, чтобы в/к находилась в функционально выгодном положении.
3. В подмышечную область подкладывается валик типа «боб»
4. Студент берёт в правую руку «головку» бинта брюшком вверх.
5. Первый ту бинта начинается со здоровой стороны в сторону больной.
6. Повторить 5 пункт 2-3 раза с целью прижатия больной руки к туловищу.
7. Из здоровой подмышечной впадины бинт раскатывается по передней поверхности грудной клетки на больное надплечье
8. Далее тур спускается вниз, подхватывая предплечье сзади наперёд.

9. По передней поверхности грудной клетки тур вновь идет в здоровую подмышечную впадину.
10. По задней поверхности туловища на больное надплечье
11. Тур спускается вниз по передней поверхности грудной клетки и подхватывает предплечье спереди назад.
12. Тур по спине в здоровую подмышечную впадину.
13. Повторить пункты 5 – 12 до надёжной фиксации руки. Правильно наложенная повязка образует 2 треугольника спереди и сзади.

Критерии оценки контроля практических навыков:

- оценка «**Зачтено**» выставляется студенту, если он правильно выполнит все практические навыки по теме занятия. Допускаются небольшие погрешности при выполнении 1 практического навыка.
- оценка «**Незачтено**» выставляется студенту, если он допускает ошибки при выполнении 2 и более практических навыков по теме занятия.

Для рубежного контроля успеваемости применяются следующие формы контроля: контрольная работа, контроль практических навыков, написание учебной истории болезни.

Пример контрольной работы для рубежного контроля по разделу дисциплины: «Кровотечения. Основы трансфузиологии»:

Инструкция: Выполнить письменно представленные 5 задач из разных тем раздела.

Задача № 1.

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

Каков вероятный источник кровотечения? Как оказать пострадавшему неотложную помощь?

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?

Эталон ответа

Наиболее вероятной причиной развития пареза нервов предплечья и кисти является ошибка при наложении кровоостанавливающего жгута – жгут был наложен слишком туго, что и

привело к ишемии нервных стволов под жгутом. Осложнение было предотвратимо, и вероятно связано с тем, что жгут накладывали неподготовленные лица в стрессовой ситуации. Больному необходима комплексная реабилитация под общим руководством невролога с использованием медикаментозного, физиотерапевтического лечения и лечебной физкультуры.

Задача № 3.

У пострадавшего – резаная рана передне-боковой поверхности шеи. Из раны довольно интенсивное кровотечение. Кровь вишневого цвета. Пострадавший в сознании, явных нарушений витальных функций нет. Он лежит на земле. При попытке оказавшимися на месте происшествия случайными лицами оказать ему первую помощь, пострадавшего подняли и посадили. Сразу же после этого состояние его резко ухудшилось: развилась одышка, лицо посинело, сознание помрачилось.

Какое осложнение можно предполагать у пострадавшего? Можно ли было его избежать? Что делать в сложившейся ситуации?

Эталон ответа

Появление признаков дыхательной недостаточности в сочетании с симптомами гипертензии в бассейне верхней полой вены указывают на нарушение кровообращения в малом круге. Наиболее вероятной причиной является воздушная венозная эмболия, являющаяся типичным осложнением при повреждении крупных вен шеи. Развитию эмболии способствовало изменение положения тела пострадавшего, приведшее к понижению давления в венах. Чтобы избежать этого осложнения, больного не следовало поднимать, пока на рану не будет наложена повязка. В целом, больному с острой кровопотерей показано горизонтальное положение. В сложившейся ситуации больного надо уложить горизонтально, наложить на рану повязку, остановить кровотечение прижатием и ждать прибытия «Скорой помощи». При прогрессировании дыхательной недостаточности возможно «дыхание по команде».

Задача № 4.

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?

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 №5.

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?

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.

Критерии оценки контрольной работы:

- оценка «**Отлично**» выставляется студенту, если он полно и правильно изложит ответы на все пять задач.
- оценка «**Хорошо**» выставляется студенту, если он правильно изложит ответы на 4 задачи.
- оценка «**Удовлетворительно**» выставляется студенту, если он правильно изложит ответы на 3 задачи из списка;
- оценка «**Неудовлетворительно**» выставляется, если студент допустит серьезные ошибки в письменном ответе на 3 и более задачи из списка.

Пример практических навыков для рубежного контроля по итогам 6 семестра:

Инструкция: Каждый студент демонстрирует выполнение 5 практических навыков из списка по выбору преподавателя.

1. Обработка рук хирурга перед операцией.
2. Работа в перевязочной со стерильным столом перевязочной медсестрой во время перевязки.
3. Работа в перевязочной в качестве врача хирурга.
4. Временная остановка кровотечения из ветвей сонной, поверхностной височной, плечевой, бедренной артерии методом пальцевого прижатия.
5. Наложить жгут Эсмарха при кровотечении на плечо, предплечье, бедро, голень.
6. Определение группы крови с помощью цоликлонов.
7. Определение резус-фактора с помощью цоликлона.
8. Наложить повязку "чепец" на голову.
9. Наложить черепашьи повязки на локтевой и коленный суставы.
10. Наложить колосовидную повязку на плечевой сустав.
11. Наложить крестообразную повязку на 1-ый палец кисти.
12. Наложить повязку "перчатку" на пальцы кисти.
13. Наложить повязку Дезо.
14. Наложить транспортную иммобилизацию лестничной шиной при переломе плеча.
15. Наложить транспортную иммобилизацию лестничной шиной при переломе предплечья.
16. Наложить транспортную иммобилизацию шиной Дитерихса при переломе бедра.
17. Подготовить к транспортировке (уложить) пострадавшего с переломом костей таза.
18. Подготовить к транспортировке (уложить) пострадавшего с травмой шейного отдела позвоночника.
19. Определение анатомической и функциональной длин верхних и нижних конечностей.
20. Сердечно-легочно-мозговая реанимация.

Критерии оценки контроля практических навыков:

- оценка «**Отлично**» выставляется студенту, если он правильно выполняет все пять практических навыков.
- оценка «**Хорошо**» выставляется студенту, если он правильно выполняет 4 предложенных практических навыка и допускает ошибки при выполнении 1 практического навыка.
- оценка «**Удовлетворительно**» выставляется студенту, если он правильно выполняет 3 предложенных практических навыка и допускает ошибки при выполнении 2 практических

навыков.

- оценка «**Неудовлетворительно**» выставляется, если студент допускает серьезные ошибки при выполнении 3 и более практических навыков.

Написание учебной истории болезни по разделу «Периоперационный период»:

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).

Критерии оценки учебной истории болезни:

- оценка «**Отлично**» выставляется студенту, если все вопросы освещены точно, жалобы, анамнез и объективные данные описаны правильно и последовательно, результаты обследования интерпретированы верно, правильно сформулирован клинический диагноз и эпикриз.
- оценка «**Хорошо**» выставляется студенту, если есть отдельные неточности в описании жалоб и анамнеза болезни, описании объективных данных, имеются мелкие неточности в интерпретации результатов обследования, клинический диагноз и эпикриз сформулированы правильно.
- оценка «**Удовлетворительно**» выставляется студенту, если данные жалоб и анамнеза изложены с серьезными ошибками, объективные данные отражены с серьезными упущениями, дополнительные методы исследования описаны и интерпретированы с серьезными неточностями, клинический диагноз и эпикриз сформулированы с ошибками.
- оценка «**Неудовлетворительно**» выставляется, если жалобы и анамнез изложены неправильно, объективные данные отражены неправильно, дополнительные методы

исследования описаны и интерпретированы неправильно, клинический диагноз и эпикриз сформулированы неправильно.

13.Лист изменений

№	Дата внесения изменений	№ протокола заседания кафедры, дата	Содержание изменения	Подпись
1.	24.05.2017		<p>В соответствии с приказом Минобрнауки России от 10.04.2017 г. №320 «О внесении изменений в перечни специальностей и направлений подготовки высшего образования», приказом ректора СамГМУ от 24.05.2017 г. №145-у «О внесении изменений в наименование специальностей» изменить квалификацию на «Врач-лечебник».</p>	