

**Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Научно-клинический центр имени Башларова»**

Утверждаю
Проректор по учебно-методической
работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«28» апреля 2023 г.

Рабочая программа дисциплины	Б1.О.21 Хирургические болезни
Уровень профессионального образования	Высшее образование-специалитет
Специальность	31.05.03 Стоматология
Квалификация	Врач - стоматолог
Форма обучения	Очная

Махачкала, 2023

Рабочая программа дисциплины «Хирургические болезни» разработана в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984, приказа Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 06.04.2021 № 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры».

Программа одобрена на заседании учебно-методического совета (протокол № 3 от «28» апреля 2023 г.)

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

1.1 Перечень компетенций с индикаторами их достижения

соотнесенные с планируемыми результатами обучения по дисциплине:

Код и наименование компетенции	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине
ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ИОПК-5.1 Применяет методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме	Знать: методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья; медицинские показания к проведению исследований; правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме. Уметь: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов; применять методы осмотра и физикального обследования пациентов; интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования пациентов; диагностировать наиболее распространенную патологию; составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у пациентов в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть навыками: сбора жалоб, анамнеза жизни и заболеваний у пациентов;

		осмотра и физикального обследования пациентов; диагностики наиболее распространенных заболеваний у пациентов; постановки предварительного диагноза в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).
ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ИОПК-5.2 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний; интерпретирует и анализирует результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводит дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявляет клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме	Знать: методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования пациентов; факторы риска и причины развития заболеваний; правила интерпретации результатов осмотра и физикального обследования пациентов; состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме. Уметь: выявлять факторы риска и причины развития заболеваний; выявлять факторы риска онкологических заболеваний; проводить дифференциальную диагностику заболеваний у пациентов; интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; интерпретировать и анализировать результаты консультаций пациентов врачами-специалистами; распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме. Владеть навыками: выявления факторов риска и причин развития заболеваний; выявления

		<p>факторов риска основных онкологических заболеваний; составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов; направление пациентов на инструментальные, лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов; распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.</p>
<p>ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>ИОПК-6.1 Применяет методы медикаментозного и немедикаментозного лечения для лечения патологических заболеваний и состояний</p>	<p>Знать: методы медикаментозного и немедикаментозного лечения; показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях. Уметь: применять методы медикаментозного и немедикаментозного лечения. Владеть навыками: разработки плана лечения пациентов с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи; подбора и назначения немедикаментозного лечения пациентам с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядком оказания медицинской</p>

		помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.
ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	ИОПК-6.2 Использует современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	Знать: группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний; механизм действия лекарственных препаратов, медицинские показания и противопоказания к назначению. Уметь: разрабатывать план лечения пациентов с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть навыками: подбора и назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий для лечения наиболее распространенных заболеваний у пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.
ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении	ИОПК-6.3 Владеет методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины	Знать: совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные при применении лекарственных препаратов. Уметь: предотвращать или устранять осложнения, побочные действия,

<p>профессиональ ных задач</p>		<p>нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения. Владеть навыками: профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий, немедикаментозного лечения.</p>
<p>ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональ ных задач</p>	<p>ИОПК-6.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма</p>	<p>Знать: особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах. Уметь: предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения. Владеть навыками: оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме пациентам с наиболее распространенными заболеваниями, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи; оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения у пациентов с наиболее распространенными заболеваниями; применения</p>

	лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме.
--	--

1.2 Этапы формирования компетенции в процессе освоения образовательной программы:

Код компетенции	Формулировка компетенции	Семестр	Этап
ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	6, 7	основной
ОПК-6	Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	6, 7	основной

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Хирургические болезни» относится к обязательной части блока 1 ОПОП специалитета.

Основные знания, необходимые для изучения модуля формируются:

- в цикле гуманитарных дисциплин (философия, биоэтика, педагогика, психология, правоведение, история медицины, экономика, латинский язык, иностранный язык);
- в цикле математических, естественно-научных, медико-биологических дисциплин (математика, физика, химия, биохимия, биология, медицинская информатика, анатомия и топографическая анатомия, микробиология, вирусология, иммунология, гистология, цитология, нормальная физиология, фармакология);
- в цикле профессиональных дисциплин (гигиена, организация здравоохранения, пропедевтика внутренних болезней).

3. Объем дисциплины и виды учебной работы

Трудоемкость дисциплины: в з.е. - 6 / час - 216

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр	
		6	7
Контактная работа	90	54	36
В том числе:	-	-	-
Лекции	16	10	6
Лабораторные работы (ЛР)			

Практические занятия (ПЗ)	74	44	30
Семинары (С)			
Самостоятельная работа (всего)	90	90	
В том числе:	-	-	-
Проработка материала лекций, подготовка к занятиям	45	45	
Самостоятельное изучение тем	45	45	
Реферат			
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)	36		Экзамен (36ч)
Общая трудоемкость	час.	216	144
	з.е.	6	4
			72
			2

4. Содержание дисциплины

4.1 Контактная работа

Лекции

№ п/п	Содержание лекций дисциплины	Трудоемкость (час)
1.	Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей. Классификация, этиология, патогенез, патологическая анатомия. Иммунобиологические особенности тканей челюстно-лицевой области. Острый и хронический периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Хирургические методы лечения хронических периодонтитов.	1
2.	Острый и хронический одонтогенный периостит челюстей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.	1
3.	Болезни прорезывания зубов. Затрудненное прорезывание третьего нижнего моляра. Причины, клиника, диагностика, осложнения, лечение.	2
4.	Одонтогенный остеомиелит челюстей. Классификация. Этиология. Современные представления о патогенезе, патологическая анатомия. Острая стадия остеомиелита челюстей. Клиника, диагностика, лечение одонтогенного остеомиелита в острой стадии. Подострая и хроническая стадии одонтогенного остеомиелита челюстей. Клиника, диагностика, лечение.	2
5.	Дифференциальная диагностика острых форм периодонтита, периостита и остеомиелита.	2
6.	Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы консервативного и оперативного лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита. Перфорация и свищи верхнечелюстной пазухи. Причины. Клиника, диагностика, тактика врача, лечение.	2
7.	Острый лимфаденит лица и шеи. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. Хронический лимфаденит лица и шеи. Клиника, диагностика, методы	2

	лечения	
8.	Фурункул, карбункул лица. Абсцессы лица и шеи. Этиология, пути распространения инфекции, патогенез. Патогенез. Общие клинические признаки и методы лечения. Абсцесс крыловидно-нижнечелюстного и окологлоточного пространств. Этиология, пути распространения инфекции, патогенез. Патогенез. Общие клинические признаки и методы лечения. Абсцессы челюстно-язычного желобка, подвисочной ямки. Абсцесс языка. Этиология, пути распространения инфекции, патогенез. Патогенез. Общие клинические признаки и методы лечения.	2
9.	Рожистое воспаление. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Туберкулез, сифилис, актиномикоз области лица, шеи и челюстей. Классификация. Этиология и патогенез. Пути проникновения инфекции. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и методы лечения. Проявление ВИЧ-инфекции в полости рта Остеонекрозы. Принципы интенсивной терапии.	2
	Итого	16

Практические занятия

№ п/п	№ раздела	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)	Форма текущего контроля
1.	1	Операция удаления зуба показания и противопоказания. Этапы операции удаления зуба. Методика удаления зубов и корней на нижней челюсти. Инструменты. Методика удаления зубов и корней на верхней челюсти. Инструменты. Особенности операции удаления зуба у лиц с сопутствующими заболеваниями. Местные осложнения, возникающие во время операции удаления зуба. Профилактика и устранение осложнений. Осложнения, возникающие после удаления зуба. Ранние и поздние. Альвеолит. Профилактика и методы их устранения.	3	устный опрос
2.		Этиология и патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Иммунобиологические особенности тканей челюстнолицевой области. Пути распространения одонтогенной инфекции. Причины обострения хронической одонтогенной инфекции.	3	устный опрос
3.		Периодонтиты. Классификация. Острый периодонтит: этиология, патогенез, патологическая анатомия. Клиника,	3	устный опрос

	диагностика, дифференциальная диагностика лечение.		
4.	Хронический периодонтит: этиология, патогенез, патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение. Радикалярная киста	3	устный опрос
5.	Хирургические методы лечения хронического периодонтита. Цистэктомия. Цистотомия. Резекция верхушки корня, гемисекция, ампутация корня. Операция реплантации и имплантации зуба. Показания и противопоказания. Подготовка и этапы операции, осложнения.	3	устный опрос
6.	Рубежный контроль по темам 3-6	3	устный опрос тестирование
7.	Острый и хронический одонтогенный периостит челюстей: этиология, патогенез, патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение.	3	устный опрос
8.	Болезни прорезывания зубов. Затрудненное прорезывание третьего нижнего моляра. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Перикоронорит.	3	устный опрос
9.	Одонтогенный остеомиелит: этиология, патогенез, патологическая анатомия. Острая стадия одонтогенного остеомиелита: клиника, диагностика, лечение.	3	устный опрос
10.	Подострая и хроническая стадии одонтогенного остеомиелита челюстей. Клиника, диагностика, лечение. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, периостита и одонтогенного остеомиелита челюстей.	3	устный опрос
11.	Рубежный контроль по темам 8-12	3	устный опрос тестирование
12.	Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Патогенез. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.	2	устный опрос
13.	Методы консервативного и оперативного лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита. Перфорация и свищи верхнечелюстной пазухи. Причины. Клиника, диагностика, тактика врача, лечение.	3	устный опрос
14.	Острый лимфаденит лица и шеи. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Хронический лимфаденит. Клиника,	3	устный опрос

		диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.		
15.		Итоговое занятие.	3	устный опрос тестирование
16.	2	Фурункул, карбункул лица. Рожистое воспаление. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение	5	устный опрос
17.		Абсцессы лица и шеи. Этиология, пути распространения инфекции, патогенез. Патогенез. Общие клинические признаки и методы лечения.	5	устный опрос
18.		Принципы интенсивной терапии.	5	устный опрос
19.		Абсцесс крыловидно-нижнечелюстного и окологлоточного пространств. Этиология, пути распространения инфекции, патогенез. Патогенез. Общие клинические признаки и методы лечения.	5	устный опрос
20.		Абсцессы челюстно-язычного желобка, подвисочной ямки. Абсцесс языка. Этиология, пути распространения инфекции, патогенез. Патогенез. Общие клинические признаки и методы лечения.	5	устный опрос
21.		Туберкулез, сифилис, актиномикоз области лица, шеи и челюстей. Классификация. Этиология и патогенез. Пути проникновения инфекции. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и методы лечения. Проявление ВИЧ-инфекции в полости рта. Итоговое занятие	5	устный опрос тестирование
		Итого	74	

Самостоятельная работа обучающихся

№ п/п	№ общих модулей, частных модулей	Наименование раздела/темы учебной дисциплины	Трудо-емкость (час)	Вид контроля
1	1.1	Операция удаления зуба	18	Устный опрос
2	1.2	Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей (периодонтит, периостит, одонтогенный остеомиелит).	52	Устный опрос
3	1.3	Абсцессы локализованные в полости рта. Специфические воспалительные процессы лица и челюстей (актиномикоз, туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекция).	20	Устный опрос
		Итого	90	

5. Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций

5.1 Оценочные материалы для оценки текущего контроля успеваемости (этапы оценивания компетенции)

Тестовые задания

1. При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются

- а) сроком с момента прободения
- б) степенью воспалительных изменений брюшины
- в) величиной перфоративного отверстия
- г) локализацией перфоративного отверстия
- д) возрастом больного

2. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать

- а) анализ кала на скрытую кровь
- б) контрастную рентгеноскопию желудка
- в) анализ желудочного сока на скрытую кровь
- г) фиброгастроскопию
- д) определение гемоглобина и гематокрита

3. В первые часы при начавшемся желудочном кровотечении может иметь место

- а) мелена
- б) симптом мышечной защиты
- в) рвота желудочным содержимым цвета "кофейной кишки"
- г) брадикардия
- д) коллапс

4. Наиболее характерным для острой язвы 12-перстной кишки являются

- а) пожилой возраст больного
- б) в анамнезе прием аспирина или кортикостероидов
- в) сильные, приступообразные сезонные боли в эпигастрии
- г) рвота пищей, приносящая облегчение
- д) шум плеска в желудке

5. Больной, страдающий кровоточащей язвой желудка, после проведенной терапии выведен из шока. Однако, проводимые консервативные мероприятия не позволяют добиться надежного гемостаза. В этом случае необходима

- а) лапаротомия и резекция желудка
- б) наложение гастростомы
- в) применение гастростомы
- г) продолжать консервативную терапию, включая применение диеты

Мейленграхта

д) лапаротомия, наложение гастроэнтероанастомоза, обкалывание кровоточащего сосуда

6. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы, кроме

- а) малой кривизны желудка
- б) кардиального отдела желудка
- в) антрального отдела желудка
- г) нижнего отдела пищевода
- д) постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки

7. При лечении прободной язвы 12-ти перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства, кроме

- а) иссечения язвы
- б) ушивания язвы
- в) резекции желудка
- г) пилоропластики с ваготомией
- д) наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле

8. При перфоративной язве желудка необходимо провести

а) немедленную лапаротомию и в зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции

б) операцию после интенсивной терапии, коррекции белкового и минерального обмена

в) контрастное и гастроскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты

д) консервативную терапию с последующей операцией в интервале 3-6 недель

9. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками

- а) инсулемы поджелудочной железы
- б) синдрома приводящей петли
- в) пептической язвы анастомоза
- г) демпинг-синдрома
- д) синдрома малого желудка

10. К пострезекционным синдромам не относится

- а) синдром малого желудка
- б) демпинг-синдром
- в) синдром приводящей петли

- г) желчный гастрит культи
- д) сахарный диабет

11. Секретин образуется

- а) в двенадцатиперстной кишке
- б) в печени
- в) в поджелудочной железе
- г) в дистальных отделах тонкой кишки
- д) в гипоталамусе

12. Основным стимулятором освобождения секретина является

- а) соляная кислота
- б) продукты расщепления белков
- в) жиры
- г) углеводы
- д) все перечисленные факторы

13. Стимулятором выделения соляной кислоты обкладочными клетками желудка являются

- а) гастрин
- б) гистамин
- в) возбуждение блуждающего нерва
- г) повышение уровня кальция в крови
- д) все перечисленное выше

14. При стенозе III ст. пилорического отдела желудка необходимы

- а) немедленная лапаротомия и резекция желудка во всех случаях
- б) операция после интенсивной парентеральной терапии, коррекции волевических расстройств
- в) контрастное и эндоскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты, при подозрении на малигнизацию - операция
- г) немедленная лапаротомия, переливание крови и плазмозаменяющих растворов, применение антибиотиков. В зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции
- д) консервативная терапия, оперативное лечение не показано

15. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся все перечисленные, кроме

- а) рвоты
- б) шума плеска над проекцией желудка
- в) наличия чаш Клойбера
- г) отрыжки
- д) похудения

16. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо выполнить все следующие мероприятия, кроме

- а) назначения соляной кислоты с пепсином в большом количестве
- б) промывания желудка
- в) введения растворов электролитов
- г) введения белковых растворов
- д) коррекции нарушения кислотно-щелочного состояния

17. У больного с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки при исследовании желудочной секреции выявлены: высокая секреция и кислотность в базальной и цефалической фазах и нормальная кислотность в желудочной фазе. Наиболее рациональной операцией в этом случае является

- а) субтотальная резекция желудка
- б) ваготомия с пилоропластикой
- в) ваготомия без дренирующей операции
- г) резекция на выключение
- д) наложение гастроэнтероанастомоза

18. Резекция на выключение может быть выполнена

- а) при низкой постбульбарной язве
- б) при пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку
- в) при плотном воспалительном инфильтрате в области двенадцатиперстной кишки
- г) ни в одном из перечисленных выше случаев
- д) во всех перечисленных выше случаях

19. Наиболее информативным при дифференциальной диагностике между язвой желудка и изъязвившейся карциномой является

- а) анализ желудочного сока
- б) исследование кала на скрытую кровь
- в) проведение гистаминовой пробы
- г) положительный эффект на противоязвенный курс лечения
- д) эзофагогастроскопия с биопсией

20. При рентгенологическом исследовании желудка выявлено неподвижное инородное тело. В данном случае необходимо

- а) назначить вазелиновое масло
- б) назначить прием минеральной воды
- в) выписать больного на амбулаторное наблюдение
- г) назначить эзофагогастроскопию
- д) назначить рентгенологический контроль

21. Одним из ранних симптомов острого расширения желудка после операции является

- а) икота
- б) отсутствие кишечных шумов
- в) вздутие в области эпигастрия
- г) тахикардия
- д) рвота

22. Острое расширение желудка может быть быстро распознано

- а) рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении
- б) ларапоцентезом
- в) назогастральной интубацией
- г) перкуссией брюшной стенки
- д) исследованием плазмы крови на серотонин

23. У больного с острым расширением желудка не следует применять

- а) назогастральное дренирование желудка
- б) инфузионную терапию
- в) седативную терапию
- г) антибиотикотерапию
- д) постоянную декомпрессию желудка

24. При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные

- а) снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки
- б) поздней обращаемостью
- в) возможностью психозов
- г) возможностью суицидальных попыток
- д) всем перечисленным

25. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются

- а) рвота
- б) желудочное кровотечение
- в) напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
- г) частый жидкий стул
- д) икота

26. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают

- а) язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
- б) постбульбарные язвы
- в) язвы малой кривизны желудка
- г) язвы большой кривизны желудка
- д) язвы всех указанных локализаций

27. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме

- а) перфорации
- б) кровотечения, не останавливаемого консервативными методами
- в) малигнизации
- г) большой глубины "ниши" пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании
- д) декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка

28. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить

- а) доскообразный живот
- б) сильные боли в эпигастрии
- в) боли в поясничной области
- г) повышение лейкоцитоза до 15000
- д) легкая желтуха склер и кожных покровов

29. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить

- а) затеканием содержимого по правому боковому каналу
- б) рефлекторными связями через спинно-мозговые нервы
- в) скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
- г) развивающимся разлитым перитонитом
- д) висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка

30. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни

- а) остановившееся желудочное кровотечение
- б) перфоративная язва
- в) пенетрирующая язва
- г) стеноз выходного отдела желудка
- д) малигнизированная язва

31. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению

- а) демпинг-синдрома
- б) гипогликемического синдрома
- в) синдрома "малого желудка"
- г) пептической язвы анастомоза
- д) синдрома приводящей петли

32. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки необходимо

дифференцировать со всеми следующими заболеваниями, кроме

- а) хронического холецистита
- б) хронического колита
- в) хронического аппендицита
- г) хронического панкреатита
- д) мезоаденита

33. Для хронической язвы двенадцатиперстной кишки не является характерным осложнением

- а) кровотечение
- б) малигнизация
- в) перфорация
- г) пенетрация в поджелудочную железу
- д) стенозирование выходного отдела желудка

34. Относительными показаниями к операции при язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме

- а) больших размеров язвы
- б) язвы большой глубины (пенетрирующей)
- в) низкой кислотности желудочного сока
- г) безуспешности консервативного лечения
- д) каллезной язвы

35. К характерным признакам стеноза привратника относятся все перечисленные, кроме

- а) желтухи
- б) шума плеска натошак
- в) похудания
- г) отрыжки "тухлым"
- д) болей в эпигастрии распирающего характера

36. Характерными жалобами для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются все перечисленные, кроме

- а) болей через 1-1,5 часа после приема пищи
- б) желтухи
- в) иррадиации болей в поясничную область
- г) ночных болей
- д) рвоты

37. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является

- а) двенадцатиперстная кишка
- б) пилорический отдел желудка
- в) малая кривизна желудка
- г) большая кривизна желудка

д) кардиальный отдел желудка

38. Для синдрома Меллори - Вейса характерно образование трещин

- а) в абдоминальном отделе пищевода
- б) в кардиальном отделе желудка
- в) в антральном отделе желудка
- г) в пилорическом отделе желудка
- д) в теле желудка

39. Для демпинг-синдрома не характерны

- а) мышечная слабость
- б) головокружение
- в) приливы
- г) потливость
- д) повышенный аппетит

40. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается

- а) в применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
- б) в периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва
- в) в постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
- г) в местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
- д) в постоянной аспирации содержимого желудка при внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков

41. Наиболее частой причиной несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка является

- а) гипопроteinемия
- б) гипотензия во время операции
- в) аксиальный поворот тонкой кишки
- г) дуоденостаз
- д) послеоперационный панкреатит

42. Пути распространения желудочно-кишечного содержимого при перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки зависят

- а) от расположения желудка
- б) от локализации прободного отверстия
- в) от анатомического строения боковых каналов
- г) от формы и расположения поперечно-ободочной кишки
- д) от всего перечисленного

43. Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки следует дифференцировать

- а) с несостоятельностью швов гастроэнтероанастомоза
- б) с послеоперационным панкреатитом
- в) с послеоперационным перитонитом
- г) с несостоятельностью швов малой кривизны
- д) со всем вышеперечисленным

44. Методом лечения анастомозита после резекции желудка является

- а) энзимотерапия
- б) антибиотикотерапия
- в) назогастральная интубация
- г) рентгенотерапия
- д) все вышеперечисленное

45. Через 2 часа после резекции желудка по постоянному назогастральному зонду поступает кровь из культи желудка. Темп кровопотери около 500 мл за один час. Проводится гемостатическая и заместительная терапия. При отсутствии от нее эффекта следует

- а) продолжить местную гемостатическую терапию
- б) увеличить темп введения крови
- в) предпринять экстренную гастроскопию с целью гемостаза
- г) перелить фибрин
- д) срочно оперировать больного

46. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается

- а) тахикардия
- б) схваткообразная боль
- в) локализованная, умеренная боль
- г) внезапно возникшая интенсивная боль
- д) жидкий стул

47. Прикрытой перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют

- а) малый диаметр прободного отверстия
- б) незначительное наполнение желудка
- в) топографическая близость соседних органов
- г) большой диаметр прободного отверстия
- д) хорошо развитый большой сальник

48. При прободной язве двенадцатиперстной кишки чаще применяется

- а) резекция желудка
- б) различные виды ваготомии в сочетании с экономной резекцией желудка и другими дренирующими операциями

- в) ушивание прободной язвы
- г) ушивание + гастроэнтероанастомоз
- д) резекция желудка на выключение

49. Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны

- а) при калезной язве
- б) при пенетрирующей язве
- в) при поверхностных эрозиях слизистой
- г) при тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0.1 см
- д) при рубцующейся язве

50. Рак желудка всегда метастазирует

- а) в легкие
- б) в печень
- в) в регионарные лимфоузлы
- г) в кости
- д) по брюшине

51. При раке желудка имеет место

- а) ахлоргидрия
- б) анемия
- в) полипоз
- г) атрофический гастрит
- д) все перечисленное

52. Ранним признаком рака желудка следует считать

- а) анемию
- б) отвращение к мясным блюдам
- в) увеличенную СОЭ
- г) ни один из перечисленных признаков
- д) все перечисленные признаки

53. У лиц с повышенным риском заболевания раком желудка следует ежегодно проводить

- а) рентгенологическое исследование желудка
- б) исследование желудочной секреции
- в) эндоскопическое исследование желудка
- г) исследование морфологического состава крови
- д) исследование кала на скрытую кровь

54. Основными путями метастазирования рака желудка являются

- а) лимфогенный
- б) гематогенный
- в) имплантационный
- г) ни один из перечисленных

д) все перечисленные

55. Онкологически оправданной операцией при раке дистального отдела желудка T1NхM0 является

- а) наложение гастроэнтероанастомоза
- б) резекция 2/3 желудка
- в) субтотальная резекция желудка
- г) субтотальная резекция желудка с удалением большого и малого сальника, либо гастрэктомия
- д) ни одна из перечисленных

56. К предраковым заболеваниям желудка относятся

- а) хронический атрофический гастрит
- б) хроническая каллезная язва желудка
- в) полипоз желудка
- г) ни одно из перечисленных
- д) все перечисленные

57. Симптомами, входящими в "синдром малых признаков" при раке желудка являются все перечисленные, кроме

- а) диспептических явлений: снижения аппетита, быстрой насыщаемости, тошноты, икоты, отрыжки тухлым
- б) анемии
- в) нарастающей слабости, тупых болей, желудочного дискомфорта
- г) повышенного аппетита, слюноотделения
- д) похудания, отвращения к пище

58. Рак желудка наиболее часто локализуется

- а) в кардиальном отделе желудка
- б) по большой кривизне желудка
- в) по малой кривизне желудка
- г) в антральном отделе желудка
- д) в дне желудка

59. Онкологически оправданной операцией при раке проксимального отдела желудка с явлениями дисфагии является

- а) субтотальная проксимальная резекция желудка
- б) гастрэктомия
- в) расширенная или комбинированная гастрэктомия
- г) гастростомия
- д) гастроэнтеростомия

60. К отдаленным метастазам рака желудка относятся все перечисленные, кроме

- а) метастазов в легкое

- б) метастазов Крукенберга
- в) метастаза Вирхова
- г) метастаза Шпицлера
- д) метастазов в желудочно-поджелудочную связку

61. Операция гастростомии показана

- а) при неоперабельном раке тела желудка
- б) при неоперабельном раке антрального отдела желудка
- в) при стенозе эзофагокардиального перехода желудка, вызванным опухолью
- г) при всех перечисленных случаях
- д) ни в одном из перечисленных случаев

62. При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо

- а) вначале рассечь ущемляющее кольцо
- б) вначале рассечь грыжевой мешок
- в) можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот
- г) выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)
- д) сделать лапаротомию

63. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются все перечисленные, кроме

- а) острого начала
- б) неврайности грыжи
- в) болезненности грыжевого выпячивания
- г) резкой боли
- д) высокой температуры

64. Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является

- а) гигантский размер грыжи
- б) беременность во второй ее половине
- в) флегмона грыжевого мешка
- г) недавно перенесенный инфаркт миокарда
- д) ни один из перечисленных

65. Факторами, предрасполагающими возникновению брюшных грыж, являются

- а) особенности анатомического строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыжи
- б) пожилой возраст, прогрессирующее похудание
- в) заболевания, вызывающие повышения внутрибрюшного давления
- г) тяжелая физическая работа
- д) все перечисленное

66. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает

- а) лапаротомию с ревизией органов брюшной полости
- б) тщательное наблюдение за больным в условиях стационара
- в) поставить очистительную клизму
- г) возможность отпустить больного домой с повторным осмотром
- д) ни одна из рекомендаций не верна

67. При ущемлении грыжи у пожилого больного, недавно перенесшего инфаркт миокарда, тактика предусматривает

- а) вправление грыжи
- б) назначение анальгетиков и спазмолитиков
- в) назначение наркотиков
- г) немедленную операцию с одновременной кардиальной терапией
- д) проведение кардиальной терапии, не обращая внимания на ущемление грыжи

68. Стенками пахового канала являются все перечисленные образования, кроме

- а) апоневроза наружной мышцы живота
- б) подвздошно-гребешковой связки
- в) паховой связки
- г) нижнего края внутренней косой и поперечной мышц
- д) поперечной фасции живота

69. Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области, причем, отмечает, что она часто ущемляется. При ущемлении имеют место тянущие боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятно у больного

- а) грыжа запирающего отверстия
- б) прямая паховая грыжа
- в) бедренная грыжа
- г) косая паховая грыжа
- д) скользящая грыжа

70. Невправимость грыжи зависит

- а) от спаек грыжевого мешка с окружающими тканями
- б) от спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем
- в) от сужения грыжевых ворот
- г) от выхождения в нее мочевого пузыря
- д) от выхождения в нее слепой кишки

71. Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию

- а) Бассини и Постемского
- б) Мартынова
- в) Жирара - Спасокукоцкого
- г) Руджи - Парлавеччио
- д) Ру

72. При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступя от видимой границы некроза на расстояние

- а) 5-10 см
- б) 15-20 см
- в) 25-30 см
- г) 35-40 см
- д) 45-50 см

73. При поступлении больной с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести

- а) наблюдение в течение 1-2 часов для уточнения диагноза, затем операцию
- б) выполнение срочной операции
- в) наблюдение
- г) консервативное лечение
- д) вправление грыжи

74. Паховую грыжу следует дифференцировать

- а) с водянкой яичка
- б) с паховым лимфаденитом
- в) с варикозным расширением вен семенного канатика
- г) с водянкой семенного канатика
- д) со всеми перечисленными заболеваниями

75. Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать

- а) с липомой
- б) с холодным натечником
- в) с ущемленной паховой грыжей
- г) с острым тромбофлебитом варикозного узла в области наружного отверстия бедренного канала
- д) со всем перечисленным

76. При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть

- а) к трансиллюминации и пальпации
- б) к пункции
- в) к перкуссии
- г) к аускультации

д) к пальцевому исследованию прямой кишки

77. Бедренные грыжи чаще встречаются

- а) у мужчин пожилого возраста
- б) у многорожавших женщин
- в) у женщин нерожавших
- г) у юношей
- д) у детей

78. К образованию послеоперационной грыжи предрасполагают

- а) раневая инфекция
- б) послеоперационный парез
- в) срединный разрез
- г) неправильная техника ушивания раны
- д) все выше перечисленное

79. Шейка мешка бедренной грыжи расположена

- а) впереди круглой связки
- б) медиальнее бедренных сосудов
- в) латеральнее бедренных сосудов
- г) позади бедренных сосудов
- д) медиальнее купферовской связки

80. Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах

- а) Рихтерской
- б) кривой паховой
- в) скользящей
- г) прямой паховой
- д) ни в одной из перечисленных

81. При пупочной грыже после удаления грыжевого мешка грыжевые ворота закрывают кисетным шелковым швом, наложенным вокруг пупочного кольца. Эта методика операции

- а) по Мейо
- б) по Лекснеру
- в) по Сапежко
- г) по Кину
- д) по Терье - Черни

82. К оперативным методам лечения прямой паховой грыжи относится операция

- а) по Бассини
- б) по Мартынову
- в) по Руджи

- г) по Жирару - Спасокукоцкому
- д) по Ру

83. Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет все следующие характерные симптомы, кроме

- а) затрудненного дыхания
- б) рвоты
- в) цианоза
- г) анемии
- д) заполненных газом петель кишечника в грудной клетке, выявленных при рентгенологическом исследовании

84. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы может вызвать

- а) дисфагические явления
- б) нарушение ритма сердца
- в) псевдостенокардиальные явления
- г) ни одно из перечисленных явлений
- д) все перечисленные

85. Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы характерно все указанное, кроме

- а) рефлюкс-эзофагита
- б) ущемления
- в) кровотечения
- г) появления язвы желудка
- д) экстракардиальной стенокардии

86. Во время операции грыжесечения по поводу паховой грыжи возможны следующие осложнения

- а) повреждения сосудов
- б) ранение нервов брюшной стенки
- в) пересечение семявыводящего протока
- г) ранение кишки и мочевого пузыря
- д) все перечисленные

87. Для скользящей паховой грыжи с выходом мочевого пузыря характерно все перечисленное, кроме

- а) наличия болей в надлобковой области
- б) наличия грыжевого выпячивания в паховой области
- в) учащенного мочеиспускания и прерывность его, резей в мочеиспускательном канале
- г) позывов на мочеиспускание при пальпации грыжевого образования
- д) наличия положительного симптома Мейо-Робсона

88. При ущемлении грыжи содержимым грыжевого мешка могут

оказаться, как правило, все перечисленные органы, кроме

- а) тонкой кишки и меккелева дивертикула
- б) сигмовидной кишки и сальника
- в) слепой кишки и червеобразного отростка
- г) маточной трубы и яичника
- д) желчного пузыря и желудка

89. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются

- а) со слизистого слоя
- б) с подслизистого слоя
- в) с мышечного слоя
- г) с субсерозного слоя
- д) с серозного слоя

90. К грыжам, требующим первоочередной профилактической операции в связи с частыми ущемлениями, относятся

- а) бедренные
- б) косые паховые
- в) пупочные
- г) грыжи белой линии живота
- д) прямые паховые

91. Местными клиническими признаками ущемления грыжи являются

- а) внезапно возникшие резкие боли в области грыжевого образования
- б) увеличение в размерах, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания
- в) невосприимчивость грыжи
- г) отрицательный симптом кашлевого толчка
- д) все перечисленное

92. Грыжевой мешок бедренной грыжи граничит с латеральной стороны

- а) с бедренной артерией
- б) с бедренной веной
- в) с куперовской связкой
- г) с бедренным нервом
- д) с пупартовой связкой

93. При ущемлении петли кишки при грыжах наибольшие патологические изменения происходят

- а) в приводящей петле
- б) в отводящей петле
- в) в приводящей и отводящей петле в равной степени
- г) в сегменте брыжейки ущемленной кишки
- д) во всех перечисленных отделах

94. При высокой обтурации желчных протоков на первый план выступают все следующие симптомы, кроме

- а) выраженной лихорадки
- б) быстрого появления желтухи
- в) быстрого похудения
- г) сильного кожного зуда
- д) диспептических расстройств

95. Инфильтративная форма рака большого дуоденального сосочка может вызвать все перечисленное, исключая

- а) обширную инфильтрацию стенки двенадцатиперстной кишки
- б) деформацию двенадцатиперстной кишки
- в) стеноз двенадцатиперстной кишки
- г) стойкий парез кишечника
- д) прорастание опухоли в головку поджелудочной железы

96. Оперативное вмешательство при остром панкреатите показано при всех перечисленных состояниях, кроме

- а) нарастания интоксикации
- б) осложнения гнойным перитонитом
- в) безуспешности консервативной терапии в течении 12-28 часов
- г) сочетания с деструктивной формой холецистита
- д) резкого вздутия живота

97. Причинами возникновения острого панкреатита могут быть все указанные, кроме

- а) дуоденостаза
- б) стеноза сфинктера Одди
- в) проявления аллергии
- г) заброса желчи в панкреатический проток
- д) инфекционных заболеваний (гепатита)

98. Острый панкреатит может возникнуть под влиянием всех перечисленных факторов, кроме

- а) лекарственных препаратов (диуретики, АКТГ, аспаргина)
- б) травмы поджелудочной железы
- в) хирургических вмешательств на большом дуоденальном сосочке
- г) хирургических вмешательств на органах брюшной полости
- д) тиреотоксикоза

99. При остром панкреатите возможны все указанные осложнения, кроме

- а) абсцесса поджелудочной железы
- б) флегмоны забрюшинной клетчатки
- в) ферментативного перитонита

- г) острой сердечной недостаточности
- д) обтурационной кишечной непроходимости

100. При лечении острого панкреатита не должны применяться

- а) отсасывание содержимого желудка
- б) введение глюконата кальция
- в) холецистостомия
- г) спазмолитики
- д) препараты опиия

101. Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует всему указанному, кроме

- а) ограничения патологического процесса в брюшной полости
- б) прекращения поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство
- в) прекращения поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки
- г) улучшения кровоснабжения железы
- д) уменьшения активности протеолитических ферментов

102. Ингибиторы протеаз

- а) тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы
- б) блокируют аутокаталическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе
- в) тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови
- г) купируют процессы кининообразования
- д) все перечисленное

103. При выведении больного из панкреатогенного шока должны осуществляться все указанные мероприятия, кроме

- а) необходимости купировать болевой синдром
- б) восполнения обмена циркулирующей крови
- в) назначения больших доз антибиотиков
- г) проведения комплексной детоксикации
- д) лечения нарушений сократительной функции миокарда

104. В отдаленном периоде болезни исходом острого панкреатита могут быть все указанные заболевания, кроме

- а) образования ложной кисты
- б) развития хронического панкреатита
- в) появления сахарного диабета
- г) развития кистозного фиброза железы
- д) возникновения инсуломы

105. Эффективность применения ингибиторов протеаз при остром панкреатите характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) стихания болей
- б) исчезновения симптомов панкреатогенной токсемии
- в) повышения активности калликреин-кининовой системы крови
- г) снижения лейкоцитоза
- д) уменьшения степени лимфоцитопении

106. При остром панкреатите наибольшее количество активизированных панкреатических ферментов содержится

- а) в артериальной крови
- б) в венозной крови
- в) в экссудате брюшной полости
- г) в лимфе
- д) в моче

107. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть

- а) беременность
- б) хронический холецистит
- в) алкоголизм
- г) травма живота
- д) применение кортикостероидов

108. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет

- а) 16 единиц
- б) 32 единицы
- в) 64 единицы
- г) 128 единиц
- д) 256 единиц

109. Для течения жирового панкреонекроза характерно все перечисленное, кроме

- а) образования постнекротического инфильтрата в эпигастральной области и левом подреберье
- б) изолированного пневмотоза поперечно-ободочной кишки
- в) наличия в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости
- г) положительного симптома Воскресенского
- д) вовлечения в воспалительный процесс крупных брыжеечных и сальниковых сосудов, желудка и кишечника

110. К наиболее часто встречаемым осложнениям острого панкреатита относятся все указанные, кроме

- а) абсцесса поджелудочной железы или сальниковой сумки
- б) абсцессов забрюшинных клетчаточных пространств и брюшной полости
- в) флегмоны забрюшинной клетчатки, большого сальника и средостения
- г) перитонита
- д) септического эндокардита

111. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить все перечисленное, кроме

- а) купирования болевого синдрома
- б) снятия спазмы сфинктера Одди
- в) ускорения секвестрации ткани поджелудочной железы
- г) уменьшения секреторной активности и отека поджелудочной железы
- д) инактивизации протеаз в крови и детоксикацию

112. В патогенезе острого панкреатита могут играть роль

- а) операционная травма
- б) холелитиаз
- в) пенетрирующая пептическая язва
- г) алкоголь
- д) все перечисленные факторы

113. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является

- а) травма живота
- б) применение кортикостероидов
- в) алкоголизм
- г) хронический холецистит
- д) цирроз печени

114. Развитие токсемии при остром панкреатите обуславливается всеми приведенными факторами, кроме

- а) попадания в кровь и лимфу токсогенных полипептидов
- б) попадания в кровь и лимфу токсогенных липидов
- в) попадания в кровь и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов
- г) активирования калликреин-кининовой системы и системы ферментативного фибринолиза крови
- д) наличия высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении

115. Причинами развития свищей слепой кишки после аппендэктомии являются

- а) масштабы воспалительных и деструктивных изменений в отростке
- б) диагностические ошибки

- в) технические ошибки по ходу операции
- г) ошибки в тактике лечения и ведения послеоперационного периода
- д) все перечисленные

116. Тактика лечения неполных несформировавшихся свищей толстой кишки, открывающихся в гнойную полость включает -(1) вскрытие и дренирование гнойных затеков -(2) активную аспирацию из раны -(3) срочную радикальную операцию -(4) интенсивную терапию -(5) отключение свища с помощью наложения противоестественного заднего прохода

- а) правильно 1, 2, 3 и 4
- б) правильно 2, 3, 4 и 5
- в) правильно 1, 3, 4 и 5
- г) правильно 1, 2, 4 и 5
- д) правильно 1, 2, 3 и 5

117. У больных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается

- а) эвентрация
- б) образование кишечных свищей
- в) тромбоэмболия легочной артерии
- г) формирование гнойников брюшной полости
- д) пневмония

118. Ведущим в лечении больных перитонитом является

- а) хирургическое вмешательство
- б) дезинтоксикационная терапия
- в) рациональная антибиотикотерапия
- г) борьба с парезом кишечника
- д) устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания

119. Перфорация любого полого органа брюшной полости характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме

- а) появления резкой боли
- б) напряжения мышц передней брюшной стенки
- в) брадикардии
- г) Френикус-симптома
- д) симптома Мейо - Робсона

120. Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от всех указанных факторов, кроме

- а) массы тела больного
- б) характера микрофлоры
- в) степени выраженности интоксикации
- г) гиповолемии
- д) степени нарушения белкового, электролитного обмена и кислотно-

щелочного равновесия

121. При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост

- а) стафилококка
- б) протей
- в) кишечной палочки
- г) смешанной флоры
- д) анаэробной флоры

122. Непосредственными причинами повреждений магистральных желчных протоков могут быть все перечисленные, кроме

- а) врожденных аномалий и variability топографии протоков
- б) воспалительно-инфильтративных изменений в области печечно-двенадцатиперстной связки
- в) технических и тактических ошибок хирургов
- г) исследования протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами
- д) пальпаторного исследования протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем

123. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде ко всем перечисленным тяжелым осложнениям, кроме

- а) ограниченного или разлитого желчного перитонита
- б) образования подпеченочных гнойников
- в) развития наружного желчного свища
- г) тромбоза мелких ветвей легочной артерии
- д) развития поддиафрагмального абсцесса

124. Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно

- а) ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой
- б) сшив проток на Т-образном дренаже
- в) сшив проток на Г-образном дренаже
- г) наложив билиодигистивный анастомоз
- д) любым из перечисленных

125. Для холангита характерными являются

- а) лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа
- б) потрясающие ознобы
- в) повышение потливости, жажда, сухость во рту
- г) увеличение селезенки
- д) все перечисленное

126. К симптомам, характерным для обтурационной желтухи, возникшей на почве калькулезного холецистита, относятся все перечисленные, кроме

- а) приступообразных болей типа печеночной колики
- б) быстрого развития желтухи после болевого приступа
- в) желчный пузырь чаще не пальпируется, область его резко болезненна
- г) похудания, резкой слабости
- д) неинтенсивного зуда кожи

127. У больных холедохолитиазом могут возникнуть все следующие осложнения, кроме

- а) холангита
- б) обтурационной желтухи
- в) рубцовых изменений протока
- г) пролежней стенки протока
- д) рака желчного пузыря

128. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует

- а) сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку
- б) наложить холедоходуоденоанастомоз
- в) после дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока
- г) вскрыть холедок и попытаться удалить камень; при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной кишки и дренировать общий желчный проток
- д) наложить холедохоэнтероанастомоз

129. Рациональным лечением желчно-каменной болезни является

- а) диетическое
- б) медикаментозное
- в) хирургическое
- г) санаторно-курортное
- д) лечение минеральными водами

130. Перемежающуюся желтуху можно объяснить

- а) камнем пузырного протока
- б) камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
- в) вклиненным камнем большого дуоденального соска
- г) вентильным камнем холедоха
- д) опухолью внепеченочных желчных протоков

131. При операции по поводу острого холецистита, осложненного панкреатитом (отечная форма) наиболее целесообразной тактикой хирурга

следует считать

- а) типичную холецистэктомию
- б) после удаления желчного пузыря дренировать холедох через культю пузырного протока
- в) после холецистэктомии дренировать общий желчный проток Т-образным дренажем
- г) после холецистэктомии дренировать сальниковую сумку
- д) наложить холецистостому

132. К наиболее частым причинам, обуславливающим острую желчную гипертензию, относятся

- а) опухоли гепатопанкреатидуоденальной области
- б) стеноз большого дуоденального сосочка
- в) холедохолитиаз, как осложнение желчно-каменной болезни и холецистита
- г) дуоденальная гипертензия
- д) глистная инвазия

133. Во время операции по поводу желчно-каменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями и расширенный до 2. 5 см общий желчный проток. Больному следует

- а) произвести холецистэктомию
- б) произвести холецистэктомию, затем холангиографию
- в) сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока
- г) наложить холецистостому
- д) произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка

134. Острый холецистит необходимо дифференцировать

- а) с прободной язвой желудка
- б) с пенетрирующей язвой двенадцатиперстной кишки
- в) с правосторонней базальной пневмонией
- г) с острым аппендицитом при атипичном расположении червеобразного отростка
- д) со всем перечисленным

135. Острый деструктивный холецистит может привести к следующим осложнениям

- а) разлитому желчному перитониту
- б) ограниченными гнояниками брюшной полости (поддиафрагмальный, подпеченочный и др.), абсцессу печени
- в) холангиту
- г) водянке желчного пузыря
- д) всем перечисленным

136. Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Наиболее целесообразно для нее

- а) диетотерапия, применение спазмолитиков
- б) санаторно-курортное лечение
- в) плановое хирургическое лечение
- г) лечение сахарного диабета и стенокардии
- д) хирургическое лечение только по витальным показаниям

137. Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате всего перечисленного, кроме

- а) холедохолитиаза
- б) обтурации камнем или слизистой пробкой пузырного протока
- в) отека головки поджелудочной железы
- г) холангита
- д) глистной инвазии общего желчного протока

138. Чрескожная чреспеченочная холангиография является методом, позволяющим диагностировать

- а) абсцесс печени
- б) внутрипеченочный сосудистый блок
- в) билиарный цирроз печени
- г) непроходимость желчных путей при механической желтухе
- д) хронический гепатит

139. Распознаванию причины механической желтухи более всего способствует

- а) пероральная холецистография
- б) внутривенная холецистохолангиография
- в) ретроградная (восходящая) холангиография
- г) сцинтиграфия печени
- д) прямая спленопортография

140. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано

- а) с желчно-каменной болезнью
- б) со стенозирующим папиллитом
- в) с забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз
- г) с псевдотуморозным панкреатитом
- д) с опухолью головки поджелудочной железы

141. Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и

- а) слепой кишкой
- б) малой кривизной желудка

- в) двенадцатиперстной кишкой
- г) тощей кишкой
- д) ободочной кишкой

142. Общий желчный проток должен быть обследован у всех больных

- а) механической желтухой
- б) панкреатитом
- в) при расширении общего желчного протока
- г) с клиникой холедохолитиаза
- д) во всех перечисленных ситуациях

143. К осложнениям, обусловленным холелитиазом, следует отнести

- а) гангрену и эмпиему желчного пузыря
- б) острый панкреатит
- в) желтуху
- г) холангит
- д) все перечисленное

144. Впервые в медицинской практике выполнил холецистэктомию

- а) Курвуазье Л.
- б) Лангенбух К.
- в) Монастырский Н. Д.
- г) Федоров С. П.
- д) Кер Г.

145. Рубцовая стриктура внепеченочных желчных протоков сопровождается всем перечисленным, кроме

- а) развития желчной гипертензии
- б) застоя желчи
- в) образования конкрементов и замазки
- г) развития обтурационной желтухи
- д) дуоденостаза

146. Желчные камни чаще всего состоят

- а) из холестерина
- б) из цистина
- в) из оксалатов
- г) из солей желчных кислот
- д) из мочевой кислоты

147. Холестероз желчного пузыря наиболее часто сочетается

- а) с острым холециститом
- б) с желчно-каменной болезнью
- в) со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта

- г) с раком желчного пузыря
- д) с хроническими неспецифическими заболеваниями легких

148. Пути проникновения инфекции в ткань печени являются все перечисленные, кроме

- а) воротной вены
- б) печеночной артерии
- в) нижней полой вены
- г) желчевыводящих путей
- д) лимфатических сосудов

149. По воротной вене инфекция попадает в печень

- а) из воспалительных очагов органов брюшной полости
- б) из большого круга кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдаленных органов
- в) из желчного пузыря при деструктивных формах острого холецистита
- г) из желчевыводящих путей при гнойном холангите
- д) из левых отделов сердца при септическом эндокардите

150. Множество мелких абсцессов в печени, как правило, развиваются

- а) при остром деструктивном холецистите
- б) при заплзании аскарид во внутрпеченочные желчные ходы
- в) при нагноении вокруг инородного тела печени
- г) при нагноении паразитарной кисты печени
- д) при тяжелом гнойном холангите

151. Антибактериальная терапия абсцессов печени должна основываться на следующих принципах

- а) применения антибиотиков широкого спектра действия
- б) применения комбинации антибиотиков
- в) применения антибиотиков только после определения характера микрофлоры и ее чувствительности
- г) учета степени выделения антибиотиков желчью
- д) на всех перечисленных

152. Основным видом оперативного вмешательства при солитарных абсцессах печени является

- а) резекция доли или сегмента печени
- б) наложение билиодигестивного соустья
- в) вскрытие и дренирование абсцесса
- г) трансплантация печени
- д) гемигепатэктомия

153. Заболевание амебным абсцессом печени, как правило, совпадает

- а) с учащением случаев амебной дизентерии

- б) с учащением случаев инфекционного гепатита
- в) с учащением случаев описторхоза
- г) с эпидемией острых респираторных вирусных заболеваний
- д) с сезонными обострениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

154. Абсцессы амебного происхождения отличаются от абсцессов другой этиологии всем перечисленным, кроме

- а) множественных подкапсульных расположений
- б) крупных размеров
- в) отсутствия истинной пиогенной оболочки
- г) содержимого коричневатого цвета
- д) выпавшего из гноя осадка, напоминающего "кофейную гущу"

155. Специфическим антиамебным средством являются

- а) антибиотики аминогликозидового ряда
- б) метранидазол
- в) эметин, хлорохин, дифосфат
- г) хинин
- д) антибиотики цефалоспоринового ряда

156. При наличии крупных амебных абсцессов печени комплексная консервативная терапия должна сочетаться

- а) с пункционной аспирацией содержимого полости гнойника и введением в нее антиамебных препаратов
- б) с лапаротомией, вскрытием и дренированием полости гнойника
- в) с резекцией пораженной доли печени
- г) с гемигепатэктомией
- д) ничего из вышеперечисленного

157. К портальным анастомозам относятся все указанные, кроме

- а) порто-гастро-эзофагокавального анастомоза
- б) портокавального анастомоза через умбиликальные вены
- в) портокавального анастомоза через геморроидальные вены
- г) портокавального анастомоза через вены забрюшинного пространства
- д) портокавального анастомоза через париетальную плевру

158. Наличие внутрипеченочной портальной гипертензии можно заподозрить при наличии в анамнезе указаний на все перечисленные заболевания, кроме

- а) гепатита
- б) хронического алкоголизма
- в) кишечных заболеваний
- г) перенесенных малярии, бруцеллеза и сифилиса
- д) травмы позвоночника

159. Диагноз смешанной формы портальной гипертензии ставится на основании всего перечисленного, кроме

- а) анамнеза
- б) клинико-лабораторных данных
- в) биопсии печени
- г) ангиографического исследования портальной системы
- д) изменения артериального давления

160. Для синдрома Бадда - Хиари не являются характерными

- а) гепатомегалия
- б) портальная гипертензия
- в) асцит
- г) отеки нижних конечностей
- д) отеки лица

161. Для поздней стадии цирроза печени характерно все перечисленное, кроме

- а) спленомегалии
- б) варикозного расширения вен пищевода
- в) варикозного расширения вен передней брюшной стенки
- г) асцита
- д) острого расширения желудка

162. О быстро нарастающем ухудшении состояния больного при компенсированном циррозе печени свидетельствует

- а) нарастающая слабость
- б) появление асцита
- в) желтуха
- г) все перечисленное
- д) только б) и в)

163. Заподозрить наличие внепеченочной портальной гипертензии можно при наличии в анамнезе указаний

а) на увеличение селезенки с момента рождения или с раннего детского возраста

- б) на пупочный сепсис
- в) на травму
- г) на нагноительные процессы в брюшной полости
- д) на все перечисленное

164. Показания к операции при внепеченочной портальной гипертензии складываются из наличия всего перечисленного, кроме

- а) спленомегалии
- б) высокого портального давления

- в) со стороны крови лейкопении, тромбоцитопении
- г) кровоточивости слизистой оболочки носа
- д) всего перечисленного

165. Хорошим результатом после спленэктомии у больных портальной гипертензией считаются случаи

- а) когда больные не предъявляют жалоб
- б) сохраняется работоспособность
- в) отсутствует асцит и варикозно расширенные вены пищевода и желудка
- г) сохраняются нормальные показатели лабораторных исследований
- д) все перечисленное

166. К неудовлетворительным результатам спленэктомии при портальной гипертензии относится появление всех указанных признаков, кроме

- а) рецидива гастроэзофагеального кровотечения
- б) нарастания асцита
- в) появления геморрагической тромбоцитемии
- г) прогрессирующего ухудшения функционального состояния
- д) периодического повышения артериального давления

167. Осложнениями при применении зонда для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода могут быть все перечисленные, кроме

- а) пневмонии
- б) трофических изменений слизистой оболочки пищевода
- в) пролежней
- г) гиперсаливации
- д) тиреоидита

168. Зонд для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода можно оставлять

- а) на 6-10 часов
- б) на 12-18 часов
- в) на 1-8 суток
- г) на 9-12 суток
- д) на 13-15 суток

169. Развитие осложнений в послеоперационном периоде у больных с портальной гипертензией, перенесших на высоте кровотечения различные оперативные вмешательства, зависит от всех перечисленных факторов, кроме

- а) функционального состояния печени
- б) степени анемизации
- в) длительности периода кровотечения

- г) объема оперативного вмешательства
- д) размеров печени и селезенки

170. Предпосылкой для развития портальной гипертензии служит все перечисленное, кроме

- а) острой сердечной недостаточности
- б) ишемии органов брюшной полости
- в) соединительно-тканной перестройки паренхимы печени
- г) блока притока воротной крови к печени
- д) окклюзии печеночных вен

171. Внутрипеченочная форма портальной гипертензии может быть следствием

- а) цирроза печени
- б) поддиафрагмального абсцесса
- в) внутрипеченочного холелитиаза
- г) глистной инвазии
- д) хронического панкреатита

172. Спленомегалия, "голова медузы" и асцит появляются

- а) при вирусном гепатите В
- б) при панцирном перикардите
- в) при портальной гипертензии
- г) при болезни Жильбера
- д) при хроническом панкреатите

173. После наложения портокавального анастомоза возможны явления энцефалопатии, обусловленные

- а) приемом большого количества белковой пищи
- б) амиачной интоксикацией
- в) кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- г) голоданием
- д) всем перечисленным

174. Асцит у больных циррозом и портальной гипертензией может быть вследствие

- а) низкого уровня белка сыворотки крови
- б) внепеченочного блока
- в) внутрипеченочного блока
- г) цирроза печени
- д) всего перечисленного

175. Причинами возникновения печеночной комы в послеоперационном периоде у больных с портальной гипертензией могут быть все перечисленные, кроме

- а) исходной неполноценности функционального состояния печени
- б) операционной травмы
- в) невосполненной кровопотери
- г) осложнений послеоперационного периода (тромбоз портальной системы, кровотечения из вен пищевода, нагноение раны)
- д) внутривенного введения концентрированных растворов глюкозы

176. Основным показанием для наложения портокавального анастомоза является

- а) цирроз печени
- б) асцит
- в) кровотечение из вен пищевода
- г) портальная энцефалопатия
- д) рецидивирующая желтуха

177. Постоянным симптомом внепеченочной портальной гипертензии является

- а) интермиттирующая лихорадка
- б) общая слабость
- в) спленомегалия
- г) кровоточивость слизистой оболочки носа
- д) маточные кровотечения

178. Синдром Бадда - Хиари наблюдается чаще всего в возрасте

- а) от 5 до 10 лет
- б) от 12 до 15 лет
- в) от 20 до 40 лет
- г) от 45 до 50 лет
- д) от 55 до 60 лет

179. К предрасполагающим факторам, приводящим к развитию кишечной непроходимости, относятся все перечисленные, кроме

- а) врожденных аномалий кишечной трубки (мальротация, дивертикул Меккеля, наличие щелей, отверстий в брыжейке и пр.)
- б) чрезмерной подвижности органов врожденного или приобретенного характера
- в) наличия спаек, тяжей, сращений
- г) изменения моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза
- д) наличия различных образований, находящихся в просвете кишки, исходящие из ее стенки или соседних органов

180. К врожденным предрасполагающим факторам острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, кроме

- а) удвоения кишечника

- б) общей брыжейки подвздошной и слепой кишки
- в) situs viscerus inversus
- г) мобильный цекум
- д) мегадолихосигмы

181. К факторам, приводящим к развитию острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, исключая

- а) перегрузку пищеварительного тракта обильной грубой пищей
- б) изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма
- в) изменение моторной функции кишечника с преобладанием пареза
- г) "сitus viscerus inversus"
- д) внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления

182. Перерастяжению кишечной стенки при острой кишечной непроходимости способствуют

- а) пищеварительные соки
- б) пищевые массы
- в) газы
- г) транссудат
- д) все перечисленное

183. Основными причинами гипернатриемии при острой кишечной непроходимости являются все перечисленные, кроме

- а) потери натрия с пищеварительными соками
- б) перемещения натрия в клетки (трансмнерализация)
- в) снижения уровня натрия вследствие развития метаболического алколоза
- г) выведения натрия с мочой
- д) недостаточного поступления натрия в организм

184. Назо-гастро-интестинальная интубация может вызвать все перечисленное, кроме

- а) синуситов и отитов
- б) бронхитов и пневмонии
- в) тромбоза легочной артерии
- г) стеноза пищевода и гортани
- д) разрыва варикозно расширенных вен пищевода

185. При острой кишечной непроходимости возникают следующие патофизиологические нарушения

- а) нарушение кровоснабжения в стенке кишки и депонирование крови в кишечной стенке
- б) уменьшение объема циркулирующей крови
- в) развитие тканевой гипоксии
- г) нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы

д) все перечисленное

186. Повышение внутрикишечного давления и перерастяжение кишечной стенки при острой кишечной непроходимости приводит ко всем перечисленным изменениям, кроме

- а) ухудшения вентиляции легких
- б) дополнительной потери жидкости
- в) дополнительной потери белков и эритроцитов
- г) возникновения мезентеральных тромбозов
- д) развития функциональной кишечной непроходимости

187. Тяжесть состояния больного при злообразовании обусловлена

- а) интоксикацией
- б) потерями жидкости и электролитов
- в) выключением из циркуляции значительных объемов плазмы
- г) выключением из циркуляции значительных объемов красной крови
- д) всем перечисленным

188. При острой кишечной непроходимости рвотные массы имеют все перечисленные особенности, кроме

- а) преимущественно желудочным содержимым
- б) преимущественно тонкокишечным содержимым
- в) преимущественно толстокишечным содержимым
- г) с каловым запахом
- д) цвета кофейной гущи

189. Боль при острой кишечной непроходимости характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) обычно возникает внезапно, вне зависимости от приема пищи, в любое время суток, без предвестников
- б) часто носит приступообразный характер
- в) носит нарастающий характер в течение всего периода заболевания
- г) отсутствует четкая локализация в каком-либо отделе брюшной полости
- д) бывает постоянной, не исчезающей полностью во вне приступный период

190. Потери жидкости при острой кишечной непроходимости происходят

- а) с рвотными массами
- б) с выдыхаемым воздухом в виде водяных паров
- в) с кожной поверхностью в виде пота
- г) с мочой
- д) всеми перечисленными путями

191. Для некоторых форм острой кишечной непроходимости характерен симптом Обуховской больницы, проявляемый

а) четко отграниченной растянутой кишечной петлей, определяемой при пальпации живота

б) "шумом плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу

в) пустой баллонообразной ампулой прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования

г) шумом падающей капли

д) "пустой" илеоцекальной областью

192. Для симптома Обуховской больницы характерны

а) дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку

б) шум падающей капли

в) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании

г) "пустая" илеоцекальная область

д) пустая баллонообразная ампула прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования

193. Для симптома Склярова при острой кишечной непроходимости характерным является

а) асимметричное вздутие боковых отделов живота, "косой живот"

б) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании

в) четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота

г) "пустая" илеоцекальная область

д) "шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу

194. Одним из ранних диагностических симптомов острой кишечной недостаточности является симптом Валя, для которого характерны

а) "шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу

б) дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку

в) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании

г) "пустая" илеоцекальная область

д) четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота

195. Рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости являются все перечисленные, кроме

- а) жидкость в кишечных петлях преобладает над газом
- б) вздутие кишечника нерезко выражено и, как правило, относится к той его части, в которой имеется препятствие
- в) значительное скопление жидкости и газа в желудке в связи с его расширением
- г) чаши Клойбера четко контурируются и, как правило, определяется в большом количестве
- д) диафрагма расположена на обычном уровне и хорошо подвижна

196. Признаками нежизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости могут быть

- а) потеря тонуса кишки и отсутствие перистальтики
- б) цианоз кишки
- в) тусклость брюшинного покрова
- г) отсутствие пульсации сосудов брыжейки
- д) все перечисленное

197. Для определения жизнеспособности цианотичной неперестальтирующей, потерявшей тонус кишки при острой кишечной недостаточности, прибегают к следующим приемам

- а) обогреванию кишки салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжиданию в течение 5 минут
- б) введению в брыжейку тонкой кишки 50-60 мм 0. 25% раствора новокаина
- в) нанесение на серозный покров кишки кристаллов поваренной соли
- г) все перечисленное
- д) ни один из перечисленных приемов не пригоден для определения жизнеспособности кишки

198. Некробиотические изменения стенки кишечника при странгуляционной кишечной непроходимости начинаются со стороны

- а) серозного покрова
- б) мышечного слоя
- в) подслизистого слоя
- г) слизистого слоя
- д) со стороны всех слоев одновременно

199. Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов, кроме

- а) деторсии
- б) сигмопексии
- в) мезосигмопликации

- г) резекции сигмовидной кишки
- д) выведения некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами

200. Лечение заворота сигмовидной кишки на ранних стадиях заболевания без признаков интоксикации может быть консервативным и заключаться

- а) в применении бариевой клизмы
- б) в расправлении перекрученной сигмовидной кишки с помощью зонда, вводимого через ректоскоп по Брунсгаарду
- в) в расправлении заворота с помощью колоноскопа
- г) возможен любой способ из указанных вариантов лечения
- д) ни один из указанных методов лечения

201. Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает в себя следующие методы, кроме

- а) одномоментной резекции жизнеспособной долихосигмы с наложением анастомоза
- б) одномоментной резекции некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза
- в) резекции сигмовидной кишки с наложением противоестественного заднего прохода с выведением на брюшную стенку, как центрального, так и периферического концов сигмовидной кишки
- г) операций Гартмана или типа Гартмана
- д) выворачивания омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу

202. Небольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место

- а) при спаечной кишечной непроходимости
- б) при обтурационной кишечной непроходимости
- в) при странгуляционной кишечной непроходимости
- г) при паралитической форме динамической кишечной непроходимости
- д) при спастической форме динамической кишечной непроходимости

203. При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать

- а) с хирургического вмешательства
- б) с инфузионной терапии
- в) с введения назогастрального зонда
- г) с антибиотикотерапии
- д) с применения препаратов антихолинэстеразного действия

204. В лечении кист поджелудочной железы применяется цистогастростомия, частыми осложнениями после этой операции является

- а) эзофагит, вызванный попаданием трипсина
- б) рецидив кисты
- в) послеоперационное кровотечение
- г) инфекция
- д) злокачественное перерождение

205. Наилучшим методом лечения врожденной кисты поджелудочной железы является

- а) медикаментозное лечение
- б) марсупиализация
- в) резекция тела поджелудочной железы
- г) лучевая терапия
- д) иссечение кисты

206. В лечении кист поджелудочной железы нередко практикуется положение анастомозов с желудочно-кишечным трактом. Лучшим из них является

- а) цистогастростомия
- б) цистоеюностомия с межкишечным анастомозом
- в) цистоеюностомия на отключенной петле
- г) ни один из перечисленных анастомозов
- д) все перечисленные анастомозы

207. Опухоль поджелудочной железы может быть обнаружена по следующим косвенным признакам, кроме

- а) расширения желчных протоков
- б) увеличения размеров желчного пузыря
- в) увеличения ретроперитонеальных лимфатических узлов
- г) наличия метастазов в печени
- д) увеличения размеров почек

208. Практическое значение симптома Курвуазье заключается во всем перечисленном, за исключением

- а) способствует выявлению характера желтухи
- б) свидетельствует с наибольшей вероятностью о наличии опухоли и ее локализации в дистальных отделах желчных протоков
- в) оказывает помощь в установлении диагноза без применения каких-либо дополнительных исследований
- г) оказывает помощь в установлении степени нарушений функции печени
- д) оказывает помощь в выработке тактики лечения

209. При раке поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков у больных могут возникнуть все перечисленные осложнения, кроме

- а) печеночно-почечной недостаточности
- б) сахарного диабета

- в) асцита
- г) недостаточности функции надпочечников
- д) кровотечения из желудочно-кишечного тракта

210. Асцит при раке поджелудочной железы может быть обусловлен всеми перечисленными причинами, кроме

- а) канцероматоза брюшины
- б) нарушения портального кровообращения вследствие метастазов рака в печень
- в) сдавления воротной вены опухолью
- г) тромбоза воротной вены
- д) спленомегалии

211. В соседних с опухолью участках ткани поджелудочной железы наблюдаются все перечисленные, процессы, кроме

- а) склероза
- б) атрофии железы
- в) хронического воспаления
- г) жировых некрозов
- д) образования множества кист

212. Клиническая картина рака головки поджелудочной железы не зависит

- а) от размеров опухоли
- б) от локализации опухоли
- в) от отношения опухоли к общему желчному протоку
- г) от распространения опухоли на двенадцатиперстную кишку
- д) от распространения опухоли на ворота селезенки

213. При раке поджелудочной железы метастазы могут быть обнаружены в любом органе человеческого тела. Это обусловлено всем перечисленным, кроме

- а) богатого кровоснабжения поджелудочной железы
- б) возможности прорастания опухолью крупных сосудов
- в) характера строения околопанкреатической лимфатической системы, заключающейся в наличии густой сети анастомозов лимфатических узлов
- г) возможности контактного переноса раковых клеток по брюшине
- д) связи поджелудочной железы через протоки с желудочно-кишечным трактом

214. У больных раком поджелудочной железы при обтурации панкреатического протока опухолью возникают все перечисленные симптомы, кроме

- а) болей в верхнем отделе живота
- б) нарушения переваривания пищи

- в) кишечных расстройств
- г) похудения
- д) исчезновения сахарного диабета, если он имел место до появления опухоли

215. Основными симптомами, возникающими у больных раком билипанкреатодуоденальной зоны в дожелтушном периоде, являются все перечисленные, кроме

- а) слабости, повышенной утомляемости
- б) анорексии, тошноты
- в) похудения, развития сахарного диабета
- г) болей в животе
- д) развития почечной недостаточности

216. Для опухоли островковой ткани поджелудочной железы не характерны

- а) гипогликемия ниже 2.8 ммоль/л
- б) исчезновение симптоматики после внутривенного введения глюкозы
- в) мозговые нарушения в голодном состоянии
- г) тошнота и рвота в голодном состоянии
- д) увеличение головки поджелудочной железы

Шаблон ответов

1-Б	2-Г	3-Д	4-Б	5-А	6-Д	7-Д
8-А	9-Г	10-Д	11-А	12-А	13-Д	14-В
15-В	16-А	17-Б	18-Д	19-Д	20-Г	21-В
22-В	23-Г	24-А	25-В	26-В	27-Г	28-А
29-А	30-Б	31-Г	32-Д	33-Б	34-В	35-А
36-Б	37-А	38-Б	39-Д	40-Д	41-Г	42-Д
43-Д	44-Д	45-Д	46-Г	47-В	48-В	49-Г
50-В	51-Д	52-Г	53-В	54-Д	55-Г	56-Д
57-Г	58-Г	59-В	60-Д	61-В	62-Б	63-Д
64-Д	65-Д	66-Б	67-Г	68-Б	69-Д	70-Б
71-А	72-Б	73-А	74-Д	75-Д	76-А	77-Б
78-Д	79-Б	80-В	81-Б	82-А	83-Г	84-Д
85-Г	86-Д	87-Д	88-Д	89-А	90-А	91-Д
92-Б	93-А	94-В	95-Г	96-Д	97-Д	98-Д
99-Д	100-Д	101-Д	102-Д	103-В	104-Д	105-В
106-В	107-Б	108-В	109-В	110-Д	111-В	112-Д
113-В	114-Д	115-Д	116-Г	117-Г	118-А	119-Д
120-А	121-В	122-Д	123-Г	124-Д	125-Д	126-Г
127-Д	128-Г	129-В	130-Г	131-Г	132-В	133-Б
134-Д	135-Д	136-В	137-Г	138-Г	139-В	140-А
141-В	142-Д	143-Д	144-Б	145-Д	146-А	147-Б

148-В	149-А	150-Д	151-Д	152-В	153-А	154-А
155-В	156-А	157-Д	158-Д	159-Д	160-Д	161-Д
162-Д	163-Д	164-Г	165-Д	166-Д	167-Д	168-Д
169-Д	170-А	171-А	172-Б	173-Д	174-Д	175-Д
176-В	177-В	178-В	179-Г	180-В	181-Г	182-Д
183-В	184-В	185-Д	186-Г	187-Д	188-В	189-В
190-Д	191-В	192-Д	193-Д	194-Д	195-В	196-Д
197-Г	198-Г	199-А	200-Г	201-Д	202-В	203-В
204-Д	205-Д	206-В	207-Д	208-Г	209-Г	210-Д
211-Д	212-Д	213-Д	214-Д	215-Д	216-Д	

Ситуационные задачи

Задача №1

В присутствии фельдшера ФАП мужчина, вынимая оконную раму, разбил стекло. Большой осколок вонзился в ткани ниж-ней трети левого плеча. Мужчина сильно испугался, выдернул стекло, сразу же началось сильное кровотечение.

Объективно: в области передне-внутренней поверхности нижней трети левого плеча рана 5 см х 0,5 см с ровными краями, из раны пульсирующей струей выбрасывается алая кровь.

ЗАДАНИЯ

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи пострадавшему и аргументируйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику наложения жгута применительно к данной ситуации.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Предположительный диагноз:
Резаная рана нижней трети левого плеча, осложненная артериальным кровотечением. Рана резаная, так как края ровные. Струя крови алого цвета, пульсирует – значит повреждена артерия.
2. Алгоритм действий по оказанию неотложной помощи:
 - а) остановка кровотечения;
 - б) введение анальгетиков (например, раствора анальгина); в) туалет раны;
 - г) наложение стерильной повязки на рану;

Все выше указанные манипуляции выполняются в перчатках;

 - д) иммобилизация конечности шиной или косыночной повязкой;
 - е) экстренная транспортировка пострадавшего в отделение неотложной хирургии машиной скорой помощи.

Оказание неотложной помощи следует начать с остановки кровотечения, так как значительная кровопотеря опасна раз-витием

геморрагического шока. В данном случае следует сначала прижать артериальный сосуд (плечевую артерию) к плече-вой кости, а затем наложить жгут (если жгут под рукой, то сразу накладывается жгут).

Затем края раны обрабатываются антисептическим раствором, на рану накладывается стерильный перевязочный материал при строгом соблюдении асептики для профилактики вторичного инфицирования.

Иммобилизация конечности и введение анальгетика обязательны, так как ведут к уменьшению боли. Иммобилизация исключит и дополнительную травматизацию тканей.

На голое тело жгут не накладывается – прокладка обязательна. Жгут накладывается проксимальнее раны и максимально близко к ней. Данному больному, конечно, целесообразно бы наложить жгут на среднюю треть плеча, но этого делать нельзя, так как будет травмирован лучевой нерв, лежащий в этом месте непосредственно на кости. Жгут в этой ситуации следует наложить на верхнюю треть плеча. Решающий тур первый, важно не ослабить его при наложении последующих. Концы жгута должны быть надежно закреплены. В сопроводительной записке следует указать время наложения жгута, так как сроки ограничены в виду опасности развития некроза. О необходимости иммобилизации конечности сказано выше.

Если возникает необходимость продлить срок наложения жгута, то следует применить пальцевое прижатие, жгут ослабить на несколько минут (10-15) и наложить вновь на соседний участок. Эту манипуляцию при необходимости повторяют через каждые 30 минут.

3. Манипуляции выполняются в соответствии с алгоритмом.

Задача №2

На улице остановили фельдшерскую бригаду скорой помощи, случайно проезжавшую мимо.

В драке мужчине нанесли ножевое ранение в левую половину шеи по внутреннему краю кивательной мышцы, приблизительно на границе средней и верхней трети.

Объективно: Состояние пострадавшего тяжелое, бледен, заторможен, на шее имеется глубокая рана, длиной около 2 см, из которой ритмично выбрасывается кровь алого цвета. Выраженная тахикардия. Пульс слабого наполнения. Дыхание поверхностное, частое.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику пальцевого прижатия артерии и наложение жгута с целью остановки кровотечения, применительно к данной ситуации (на фантоме).

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Ножевое ранение левой сонной артерии. Артериальное кровотечение.

Ставится на основании:

а) анамнеза: со слов, окружающих, получена информация о факте ножевого ранения;

б) объективного исследования: в проекции сонной артерии имеется глубокая рана, из которой ритмично выбрасывается кровь алого цвета, состояние пострадавшего тяжелое.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи

Должен выполняться четко, высоко профессионально, т.к. ранение сонной артерии – одно из самых опасных для жизни. а) Быстро остановить кровотечение пальцевым прижатием артерии к поперечному отростку шестого шейного позвонка, ниже раны. Проекционно эта точка находится у внутреннего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на середине ее длины.

Если до ближайшего неотложного травматологического или хирургического отделения более 10-15 минут пути, наложить кровоостанавливающий жгут, через шину или плечо, согнутой в локтевом суставе правой руки (во избежание сдавливания трахеи), т.к. метод пальцевого прижатия прост, скор, но не продолжителен.

Категорически запрещается закрывать жгут повязкой или одеждой. Жгут должен бросаться в глаза!

б) Пострадавшего уложить на носилки на спину в положение с приподнятыми нижними конечностями (улучшение кровоснабжения головного мозга).

в) Срочно транспортировать пациента в отделение неотложной травматологии или хирургии (со звуковой и световой сигнализацией).

г) Оценить состояние пострадавшего в машине скорой помощи с целью диагностики травматического шока. д) Начать оксигенотерапию, при необходимости ВВЛ, ИВЛ с целью повышения оксигенации крови.

е) Приложить холод к голове с целью снижения чувствительности нейронов к гипоксии. ж) Начать восполнение ОЦК протившоковыми кровезаменителями.

з) При необходимости проводить стабилизацию АД (глюкокортикоидными гормонами, дофаминэргическими препаратами).

Все манипуляции выполняются в перчатках.

3. Манипуляции выполняются в соответствии с алгоритмом.

Задача №3

К фельдшеру обратилась женщина, страдавшая варикозным расширением вен нижних конечностей, во время уборки сахарной свеклы повредила тяпкой ногу.

Жалобы на сильную боль в ране, кровотечение.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 86 ударов в минуту, АД 115/70 мм рт. ст. На внутренней поверхности правой голени в средней трети рубленая рана с неровными осадненными краями 4,5х3 см, загрязнена землей, кровотечение непрерывной струей темного цвета.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.

3. Продемонстрируйте технику остановки кровотечения применительно к данной ситуации на фантоме.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Рубленая рана средней трети внутренней поверхности правой голени, венозное кровотечение.

Диагноз поставлен на основании:

а) данных анамнеза и жалоб: удар тяжелым режущим предметом, боль;

б) данных объективного исследования: наличия раны с истечением крови темного цвета.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) произвести временную остановку кровотечения путем наложения давящей повязки с предварительным проведением туалета раны с целью профилактики инфекции;

б) ввести 1-2 мл 50% р-ра анальгина для купирования боли;

в) произвести транспортную иммобилизацию поврежденной конечности с помощью шин Крамера;

г) вызвать бригаду скорой медицинской помощи для доставки пострадавшей в травмпункт или хирургическое отделение ЦРБ для проведения ПХО раны и профилактики столбняка;

д) транспортировать в положении лежа на носилках, на спине с приподнятой поврежденной конечностью.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

3. Демонстрация техники наложения давящей повязки согласно алгоритму выполнения (на фантоме).

Задача №4

Больной страдает язвенной болезнью желудка много лет, периодически лечится, лечение дает эффект на несколько месяцев. В настоящее время период обострения, через несколько дней должен был лечь в клинику. Собираясь на работу, отметил чувство слабости, головокружение, шум в ушах, тошноту и был черный, как деготь, стул — такого состояния раньше никогда не было. Больного всегда мучили боли, а на сей раз они перестали беспокоить.

При осмотре: некоторая бледность кожных покровов, пульс 96 уд, в 1 мин, наполнение снижено, АД 100/60 мм.рт.ст. (обычное давление больного 140/80 мм.рт.ст.), некоторое учащение дыхания. Язык суховат, обложен белым налетом, живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный при пальпации в эпигастрии, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Какие дополнительные исследования следует провести.

3. Расскажите об объеме доврачебной неотложной помощи.

4. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного больного в условиях стационара.

5. Выполните практическую манипуляцию: определите группу крови с помощью гемагглютинирующих стандартных сыво-роток.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: желудочное кровотечение, геморрагический шок I степени.

О таком диагнозе можно подумать прежде всего исходя из анамнеза: больной страдает язвенной болезнью желудка, без особых причин почувствовал слабость, головокружение, стало подташнивать, практически исчезли боли в области желудка (нейтрализация кислого желудочного содержимого) и, что весьма важно, был черный как деготь стул. Данные осмотра тоже склоняют к такому мнению: больной бледен, пульс 96 ударов в 1 мин, снижено артериальное давление до 100/60 мм рт. ст. тогда как обычное давление больного 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий и незначительно болезненный в эпигастрии.

2. Больному следует провести пальцевое исследование прямой кишки

На пальце будет обнаружен черный как деготь кал. Мелена характерна для желудочного кровотечения.

3. Алгоритм оказания неотложной помощи.

1. Строгий постельный режим.

2. Успокоить больного.

3. Приложить холод к животу, начать введение гемостатиков.

4. Транспортировать в положении лежа на носилках в отделение неотложной хирургии машиной скорой медицинской помощи.

5. Если возможно, то начать введение в вену, например, полиглюкина с целью увеличения ОЦК, нормализации гемодинамики.

1. В условиях клиники для уточнения диагноза показано:

ФГДС. Если содержимое желудка кровь, — кровь удаляется, желудок промывают осторожно прохладным физиологическим раствором, может быть обнаружен источник кровотечения.

Анализ крови важен для оценки состояния и для сравнения с последующими показателями. Если нет угрожающего кровотечения, то показано консервативное лечение: строгий постельный режим, внутривенное введение крови, плазмы, полиглюкина, реополиглюкина и других кровезаменителей. Введение эpsilon — аминокaproновой кислоты, раствора дицинона, хлористого кальция, желатины, фибриногена и т.д. На область желудка накладывают периодически холод. Через рот ничего не дают.

Проводятся регулярный лабораторный контроль состава крови (Hb, эритроциты, гематокрит), наблюдение за общим состоянием, повторная ФГДС. Иногда для остановки кровотечения используют локальную гипотермию и диатермолазерную коагуляцию.

При стабилизации состояния и тем более улучшении продолжается консервативная терапия с коррекцией вводимых средств и расширением диеты.

В случае продолжающегося кровотечения, угрожающего жизни

больного, показано оперативное вмешательство. Эта операция на высоте кровотечения — мера вынужденная.

2. Практическая манипуляция-выполняется согласно алгоритму.

Задача №5

В участковую больницу после дорожно-транспортного происшествия через 20 мин доставлена пострадавшая, 42 лет, с жалобами на резкую боль по всему животу, больше в левом подреберье, общую слабость, головокружение, сердцебиение, тошноту, рвоту, чувство жажды.

Объективно: сознание сохранено, больная вялая, кожные покровы и слизистые бледные, акроцианоз. Дыхание частое, глубокое, со слов больной ей — не хватает воздуха. АД — 60/40 мм рт.ст., пульс частый, слабого наполнения и напряжения, 140 уд мин. При осмотре живота: участвует в акте дыхания, умеренная болезненность в левом подреберье и напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный. Со слов сопровождающих, женщину задела легковая автома-шина за левую половину туловища и отбросила на тротуар.

Пальпация и перкуссия живота дают основание предполагать наличие свободной жидкости в брюшной полости, экс-прессанализ крови показал низкий уровень Нв в крови 54 г/л. Больная была осмотрена фельдшером приемного покоя.

ЗАДАНИЯ:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной доврачебной помощи и принятого решения, если в участковой больнице не было врача-хирурга, а расстояние до ЦРБ 35 км?
3. Составьте набор инструментов для лапароцентеза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. На основании анамнеза и данных объективного исследования у пострадавшей предположительный диагноз: травма-тический разрыв селезенки с развитием профузного внутреннего кровотечения, осложненного геморрагическим шоком III степени. Данные гемодинамических показателей (АД — 60/40 мм рт ст., частота пульса — 140 уд мин), уровень Нв 54 г/л указывают на объем кровопотери от 1500 до 2000 мл.

2. Алгоритм оказания доврачебной помощи:

Больная нуждается в неотложной хирургической помощи, нетранспортабельна, необходимо вызвать на себя хирургиче-скую бригаду.

До прибытия бригады необходимо обеспечить: а) полный покой;

б) холод на живот;

в) вливание кровезаменителей (полиглюкин, желатиноль, гидроксиэтилкрахмал, альбумин); г) сосудотонирующие средства (норадреналин, мезатон, допамин) в/в капельно;

д) определить группу крови, Rh-фактор и срочно заказать донорскую кровь.

5. Набор составить согласно алгоритму.

Задача №6

Фельдшер скорой помощи осматривает женщину 40 лет с жалобами на кровотечение из опухоли правой молочной железы. Рак молочной железы IV стадии T4 N 2 M1, множественные метастазы в лёгкие. Установлен два года назад.

Больной произведена была овариоэктомия, затем гормонотерапия тамоксифеном и 5 курсов полихимиотерапии.

При осмотре: правая молочная железа увеличена в объеме, занята опухолью с изъязвлением, и наблюдается обильное артериальное кровотечение струей алой крови. Левая молочная железа без опухолевой патологии. В правой подмышечной области определяется конгломерат неподвижных лимфатических узлов диаметром 5 см. Отека правой верхней конечности нет.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.
3. Практическая манипуляция. Продемонстрируйте технику пальпации молочных желез на фантоме.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз

Рак правой молочной железы IV стадии T4 N2 M1, множественные метастазы в легкие. Артериальное кровотечение из опухоли. Диагноз поставлен на основании анамнеза, осмотра, выписки из онкодиспансера.

Из дополнительных методов диагностики, которые производятся после временной остановки кровотечения, необходима пальпация всех групп периферических лимфатических узлов. Перкуссия легких позволит выявить специфический плеврит, а пальпация органов брюшной полости – метастазы в печень, яичники (если метастазы больших размеров), специфический асцит.

Измеряются пульс, артериальное давление.

2. Временная остановка кровотечения в данном случае возможна следующими способами:

1. Прижатие кровоточащего сосуда в ране пальцами.
2. Затем производится тугая тампонада раны.
3. Иногда возможно наложение кровоостанавливающего зажима, но чаще ткань опухоли прорезывается, и процедура поэтому оказывается неэффективной.

Внутривенно надлежит ввести 10% раствор глюконата кальция 10 мл, в/в 0,3% р-р викасола 2 мл, дать выпить горячий чай, кофе, щелочно-солевое питье 500-1000мл.

В случае массивной кровопотери необходимо начать инфузионную терапию препаратами гемодинамического действия (реополиглюкин, полиглюкин, желатиноль).

Транспортировка осуществляется в положении лежа санитарным транспортом в хирургическое отделение онкологического диспансера.

3. Практическая манипуляция выполняется согласно

общепринятому алгоритму.

Задача №7 .

Фельдшера срочно вызвали на дом, пациент-бухгалтер, 65 лет, после акта дефекации началось сильное кровотечение, которое самостоятельно не остановилось. Жалобы на зуд, жжение, чувство полноты в области заднего прохода, частые кровотечения от несколько капель до струйного при дефекации, кровь не смешивается с калом.

Объективно: при осмотре анальной области в месте перехода слизистой оболочки в кожу, имеются сине-багрового цвета узлы, напряженные наощупь, один из которых обильно кровоточит.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику наложения Т-образной повязки на промежность (на фантоме).

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз — геморроидальное кровотечение.
Диагноз поставлен на основании:
 - а) данных анамнеза и жалоб на зуд, жжение, чувство полноты, дискомфорт в области заднего прохода, частые кровотечения при дефекации.
 - б) данных объективного исследования: наличие множественных напряженных наощупь геморроидальных узлов, один из которых кровоточит.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи.
 - а) уложить пациента на спину с приподнятым тазом и раздвинутыми бедрами;
 - б) обработать анальную область раствором антисептика (перманганат калия, фурацилин);
 - в) наложить асептическую давящую Т-образную повязку на промежность для остановки кровотечения. г) холод на анальную область;
 - д) введение гемостатических препаратов (10% р-р глюконата кальция, хлорида кальция 10 мл);
 - е) вызов бригады скорой медицинской помощи для доставки больного в хирургическое отделение ЦРБ для решения во-проса дальнейшей лечебной тактики;
 - ж) транспортировать больного необходимо на носилках, в положении лежа на спине с приподнятым тазом.
3. Демонстрация техники наложения Т-образной повязки на промежность на фантоме согласно алгоритму.

Задача №8

Во время несения службы охранник частного предприятия подвергся нападению и получил огнестрельное ранение в правое плечо.

Объективно: на передней поверхности середины правого плеча имеется

умеренно кровоточащая рана, неправильно ок-руглой формы, на задней поверхности – аналогичная рана несколько больших размеров с неровными краями. Из анамнеза выяснилось, что в пострадавшего стреляли на расстоянии около 30 м из пистолета. В здравпункте соседнего предприятия дежурил фельдшер, к которому и обратился пострадавший.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм неотложной доврачебной помощи.
3. Продемонстрируйте технику наложения давящей повязки на плечо, используя индивидуальный перевязочный пакет применительно к ситуации.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. У пострадавшего сквозное огнестрельное (пулевое) ранение правого плеча.

Заключение основано на данных анамнеза (пострадавший подвергся нападению) и объективного исследования правого плеча (наличие сквозной раны с входным и выходным отверстиями, характерными для огнестрельного ранения; кровотечение из раны).

2. Алгоритм оказания неотложной доврачебной помощи:
 - а) визуальный осмотр раны;
 - б) туалет раны и наложение асептической давящей повязки; в) подвесить руку на косынке;
 - г) немедленно сообщить в дежурную часть МВД по тел. 02 о происшедшем; д) вызвать бригаду скорой медицинской помощи.

3. Наложение давящей повязки с помощью ИПП проводится согласно алгоритму.

Задача №9

В ФАП милицией доставлен пострадавший от нападения вооруженного ножом преступника. Жалобы: на боль в правой половине грудной клетки и правой руке, слабость, головокружение.

Объективно: состояние средней тяжести, пострадавший возбужден. Пульс 90 в минуту, АД 100/70 мм рт. ст. Кожные покровы бледные, на внутренней поверхности средней трети правого плеча — резанная рана – 2,5-3 см, сильное пульсирующее кровотечение. На передней поверхности правой половины грудной клетки – множественные резанные раны, в пределах кожи, кровотечение незначительное.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику временной остановки артериального кровотечения, применительно к данному случаю, 2-3 способами (на фантоме).

ЭТАЛОН ОТВЕТА.

1. Диагноз: Резанная рана правого плеча, с повреждением плечевой артерии. Геморрагический шок I степени.

Диагноз поставлен на основании:

а) данных анамнеза и жалоб на боль, слабость, головокружение;
б) данных объективного исследования: бледность, нарушение целостности кожных покровов правого плеча с сильным, пульсирующим кровотечением.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) для остановки кровотечения необходимо вначале произвести пальцевое прижатие плечевой артерии у внутреннего края двухглавой мышцы к плечевой кости, затем наложить выше раны жгут, с указанием времени его наложения (под жгут подложить прокладку);

б) для купирования боли ввести 1-2 мл 50% р-ра анальгина в/м;

в) наложить асептическую повязку на рану плеча для профилактики инфекции;

г) произвести иммобилизацию конечности с помощью косынки с целью уменьшения боли;

д) произвести туалет раны передней поверхности грудной клетки для профилактики инфекции;

е) вызвать бригаду скорой медицинской помощи для госпитализации в хирургическое отделение ЦРБ, для проведения окончательной остановки артериального кровотечения, ПХО раны, профилактики столбняка;

ж) транспортировать пациента на носилках, в положении лежа на спине.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

3. Демонстрация техники пальцевого прижатия артерии к кости, наложения кровоостанавливающего зажима на сосуд в ране, жгута, согласно алгоритму выполнения.

Задача № 10

В ФАП доставлен мальчик, 10 лет, получивший в результате шалости с самодельным взрывным устройством ранение правого глаза и кисти. Жалобы на сильную боль в правом глазу, головную боль, тошноту, снижение зрения, боль в руке. *Объективно*: Состояние тяжелое. АД 100/70 мм рт. ст. Пульс 90 в минуту. Кожа бледная. На веках обоих глаз мно-

жество мелких резаных ран, на склере правого глазного яблока на 8-10 часах, на расстоянии 5 мм от лимба линейная, сквозная рана, длиной около 10 мм. Зрачок овальный, смещен в медиальную сторону. На ладонной поверхности правой кисти рана 3,5x2 см с неровными краями, кровотечение умеренное, активные движения ограничены из-за боли.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.

3. Продемонстрируйте технику наложения повязки на оба глаза (на фантоме).

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Проникающее ранение правого глазного яблока, рваная рана ладонной поверхности правой кисти.

Диагноз поставлен на основании:

а) анамнеза и жалоб на боль в правом глазу, снижение зрения, головную боль, тошноту, боль в руке;

б) данных объективного исследования: рана правого глазного яблока, изменение формы зрачка и его смещение, наличие дефекта кожных покровов на ладонной поверхности правой кисти.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) вызов санитарной авиации для доставки пациента в специализированный хирургический стационар; б) снятие боли: анальгин, баралгин;

в) промывание правой конъюнктивальной полости раствором фурацилина 1:5000, инстилляцией р-ра антибиотика, наложение асептической повязки;

г) удаление из ран век поверхностно расположенных инородных тел, обработка краев ран йодонатом; д) туалет раны кисти, с последующей иммобилизацией конечности косыночной повязкой;

е) введение антибиотиков для профилактики инфекции;

ж) госпитализация в специализированное отделение стационара.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

3. Наложение повязки на оба глаза согласно алгоритму (на фантоме).

Задача № 11

Повар заводской столовой поскользнулся, опрокинул кастрюлю с кипятком на ноги. Тут же вызвали фельдшера здрав-пункта. Общее состояние пострадавшего удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 90 уд. в 1 мин. Больной жалуется на жгучие боли в обеих ногах. Пострадавший был в шортах, без носков, на ногах шлепанцы с узкой перекладиной сверху. При осмотре: в области передних поверхностей обеих голеней обширные пузыри с прозрачным содержимым, такие же пузыри на тыльной стороне стоп. между пузырями небольшие участки гиперемизированной кожи.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Расскажите о методах определения площади ожоговой поверхности и причинах развития ожоговой болезни.

3. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.

4. Составьте лечебную программу в условиях хирургического стационара.

5. Продемонстрируйте технику наложения бинтовой повязки на стопу.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз. Термический ожог 2 ой степени обеих голеней и стоп.

Диагноз поставлен на основании анамнеза (опрокинута кастрюля с кипятком) и осмотра: в области передней поверхности обеих голеней и тыльных поверхностей обеих стоп обширные пузыри (практически вся указанная поверхность покрыта тотальным пузырем), содержимое пузырей

прозрачное. Показатели пульса и давления у больного неплохие, то есть в момент осмотра нет пока данных, говорящих о развитии шока, однако, нельзя забывать, что эректильная фаза при термической травме длительная.

1. Площадь ожога может быть определена методом — девяткой.

Голень и стопа составляют 9% поверхности тела, передняя поверхность одной голени и тыла одной стопы = 4,5%, а у нашего больного поражены передние поверхности обеих голеней и тыл обеих стоп, значит, площадь поражения составляет 9%. Можно использовать и метод ладони, площадь ладони составляет 1-1,2 % (следует иметь в виду ладонь больного). Есть таблица Постникова, в которой указаны отделы тела, площадь их в процентах и квадратных сантиметрах. Можно применить и другие методы.

Для развития ожоговой болезни имеют значение площадь поражения, глубина (степень), возраст, сопутствующие заболевания. Ожоговая болезнь начинается с ожогового шока, его развитию способствуют болевой фактор и плазмопотеря (ведущий механизм плазмопотери — увеличение проницаемости капилляров). Период токсемии объясняется всасыванием с поверхности ожога продуктов распада тканей, нарушением обменных процессов.

Присоединение инфекции ведет к развитию септикотоксемии. Если организм и лечебные мероприятия справляются с развившимися в организме нарушениями, то наступает период реконвалесценции.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

1. Охлаждение обожженной поверхности.
2. Введение анальгетиков, нейролептиков, антигистаминных препаратов, сердечных по показаниям.
3. Наложение асептической повязки.
4. Транспортировка на носилках в отделение неотложной хирургии машиной скорой помощи.
5. Внутривенное введение жидкости во время транспортировки в больницу. Можно применить аутоанальгезию.

Больного с ожогами нельзя охлаждать.

Местно в участках, пораженных термическим фактором, иногда рекомендуют охлаждение (например, полить холодной водой). Введение анальгетиков, нейролептиков, антигистаминных препаратов, сердечных гликозидов — это и профилактика и борьба с шоком. Асептическая повязка защищает от инфицирования. Транспортировка на носилках, так как движения причиняют боль, а болевой фактор — одна из причин возможного развития шока. По пути следования в больницу целесообразно прибегнуть при больших поражениях к аутоанальгезии (например, применить закись азота с кислородом) и внутривенному введению кровезаменителей.

3. Лечебная программа

В условиях больницы будет произведена первичная хирургическая обработка (ПХО) ожоговой поверхности, если больной поступает в состоянии шока, то сначала проводятся противошоковые мероприятия, а к ПХО раневой поверхности приступают после нормализации показателей гемодинамики и

дыхания. В тех случаях, когда у пострадавшего нет признаков шока, к ПХО приступают сразу.

ПХО при обширных ожогах производится под анестезией, предпочтительно внутривенной (калипсол, сомбревин). Окружность ожога обрабатывают этиловым спиртом, поверхность ожога орошают раствором фурацилина, антибиоти-

ков. Отслоенный эпидермис удаляют и выбирают один из методов местного лечения-открытый или закрытый (под повязкой). При глубоких обширных ожогах в процессе лечения прибегают к кожной пластике. Общее лечение проводится по показаниям (антибиотики, сердечные средства, витамины, инфузионная терапия, предпочтительно препаратами, содержащими белок и т.д). Обязателен контроль диуреза. Повторные лабораторные анализы крови и мочи. Профилактика столбняка обязательна.

Если нет документов о ранее проведенной иммунизации, то вводят 3000 АЕ противостолбнячной сыворотки дробно и 1 мл столбнячного анатоксина, затем через 3 недели вводят 1,5 мл анатоксина и через 3 недели вновь 1,5 мл столбнячного анатоксина.

Если пациент был иммунизирован (есть подтверждающие документы), то поступают согласно инструкции.

4. Выполнение практической манипуляции согласно алгоритму.

Задача № 12

В пищеблоке детского оздоровительного лагеря, в котором Вы работаете фельдшером, на Ваших глазах повар перевернул на себя термос с только что приготовленной кашей.

Кричит от боли, беспокоен, возбужден, просит о помощи, на брюках от уровня коленных суставов до голеностопных и на коже стоп, кистей рук и левого предплечья прилипшая жидкая каша, на свободных участках кожа гиперемирована, отечна, отслоена в виде пузырей с прозрачной жидкостью.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте диагноз, предположительно определите глубину и площадь поражения.

2. Составьте и обоснуйте алгоритм оказания неотложной помощи пострадавшему.

3. Продемонстрируйте технику наложения повязки на кисть и предплечье, применительно к данной ситуации.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Термический ожог кистей рук, левого предплечья, обеих стоп I-II степени, площадью приблизительно 14% (если не пострадала кожа под одеждой, в противном случае площадь ожога может достигать 24-25%).

Диагноз ставится на основании:

а) факта термической травмы, произошедшей на глазах фельдшера; б) жалоб на боли;

в) данных объективного исследования: гиперемия и отек кожи, наличие пузырей с прозрачной жидкостью, что соответствует II степени поражения.

Однако точно определить глубину поражения возможно только спустя

2-3 суток. Площадь ожоговой поверхности определяется по правилу ладони и правилу девяток.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) оценить состояние больного и с помощью третьего лица вызвать скорую помощь;

б) моментально снять брюки с целью прекращения действия термического агента на кожу;

в) поместить нижние конечности с ванну с холодной проточной водой, верхние конечности – под струю холодной воды на 8-10 минут (с целью уменьшения боли и снижения внутрикожной температуры, что уменьшает степень и глубину прогревания тканей и в некоторых случаях предотвращает развитие глубокого ожога);

г) осуществить обезболивание параллельно с охлаждением, введением одного из препаратов: баралгина, максигана, спазгана, 50% раствора анальгина, трамала внутримышечно (для купирования боли и профилактики болевого шока).

д) повторно оценить состояние пациента, оценить пульс, АД – для своевременной диагностики тахикардии и гипотонии, т.е. ранних признаков ожогового шока;

е) осуществить туалет ожоговых поверхностей (с целью профилактики инфекции); ж) наложить на ожоговые поверхности стерильные повязки;

з) на носилках транспортировать пострадавшего в медпункт, уложить в кровать, продолжать наблюдение до прибытия скорой помощи;

и) инфузионная терапия проводится пострадавшим, у которых предполагается развитие шока или уже появились его признаки:

○ реополиглюкин 400-800 мл внутривенно капельно;

○ трисоль 200 мл после инфузии коллоидов.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

3. Манипуляция выполняется в соответствии с алгоритмом.

Задача № 13

В ФАП принесли девочку 12 лет, которая случайно выпила раствор каустической соды. Мучается от острой боли в ротовой полости, глотке и за грудиной. Стонет. Отмечается слюнотечение из-за невозможности сделать хотя бы один глоток. На губах, языке, слизистых щек следы ожогов.

Состояние тяжелое, бледная, пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, АД 90/70 мм.рт.ст.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте и аргументируйте алгоритм неотложной помощи.

3. Продемонстрируйте технику проведения туалета ротовой полости и введения нозогастрального зонда.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Химический ожог губ, слизистых рта, пищевода щелочью.

Ставится на основании данных:

- а) анамнеза: девочка случайно выпила каустическую соду;
- б) жалоб: острая боль в ротовой полости, глотке и за грудиной;
- в) данных объективного исследования: слюнотечение, невозможность глотательных движений, на губах, языке, слизи-стых щек следы ожогов.

Тахикардия, тяжесть состояния обусловлены болью и могут быть первыми симптомами шока.

2. Оказание помощи поэтому следует начать немедленно:

а) Купировать болевой синдром (баралгин, максиган, спазган, трамал и т.д.) в сочетании с М-холинолитиками (атро-пин, платифилин), т.к. к первичному болевому раздражению рецепторов химическим веществом присоединяется рефлекторный спазм гладкой мускулатуры пищевода, кроме того атропин уменьшит слюнотечение.

б) Вызвать скорую помощь с помощью третьего лица, т.к. необходимо максимально быстро устранить действие хими-ческого повреждающего агента.

в) Промыть поврежденные поверхности растворами антидотов (1-2% лимонной или уксусной кислоты). Сначала омы-вают кожу вокруг рта, губы, затем слизистые щек (с помощью резиновой груши), затем обильно промывают пище-вод и желудок с помощью назогастрального зонда.

г) Повторно оценить показатели гемодинамики (пульс, АД) с целью ранней диагностики ожогового шока.

д) По показаниям ввести сердечно-сосудистые средства. Транквилизаторы, антигистаминные и седативные препараты, т.к. данные препараты потенцируют действие ранее применяемых анальгетиков.

е) Уложить пациентку, тепло укрыть и наблюдать за состоянием до прибытия скорой помощи. ж) Транспортировать на носилках в отделение неотложной хирургии.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

3. Манипуляции выполняются согласно алгоритму.

Задача №14

Вы работаете фельдшером местного железнодорожного вокзала и в здравпункт доставлен постовым милиционером че-ловек без определенного места жительства в состоянии средней степени алкогольного опьянения, который спал в привок-зальном саду; температура воздуха на улице ниже 00. При объективном осмотре доставленного лица: пальцы левой руки резко бледные, движения в пальцах отсутствуют, чувствительность не определяется. Через несколько минут кожа на паль-цах стала синюшной, отечной и болезненной, с мраморным оттенком, в суставах пальцев появились движения, но не в пол-

ном объеме.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза и методику их выявления.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и направлении в

соответствующее лечебное учреждение.

4. Составьте план диагностических и лечебных мероприятий в лечебном учреждении.

5. Продемонстрируйте наложение повязки — —перчатки

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. У пострадавшего отморожение пальцев левой кисти I степени (на момент осмотра), так как для более тяжелых степеней характерен более длительный скрытый период (до нескольких дней, когда появляются пузыри и некроз тканей).

Требуется не менее 5-7 дней для того, чтобы определить границу патологического процесса.

2. Постепенное согревание пальцев, назначение сосудорасширяющих препаратов, растирание чистой тканью, ватой, смоченной спиртом; после чего появление порозовения кожи может подтвердить первоначальный диагноз.

3. Объем доврачебной помощи:

а) постепенное согревание кисти в воде, начиная с комнатной температуры до температуры тела в течение 20-30 минут; б) накладывают асептическую повязку с толстым слоем ваты;

в) проводят общее согревание (дать горячий чай, кофе, молоко и пищу, обогреть с помощью грелок, одеял); г) вводят сердечно-сосудистые средства и спазмолитики;

д) направляют в травматологический пункт или отделение неотложной хирургии по решению врача скорой медицинской помощи.

4. Лечебные мероприятия в стационаре

В стационаре назначают антибиотики, сосудорасширяющие препараты, инфузионную терапию (реополиглюкин, раствор глюкозы), антикоагулянты до уточнения глубины отморожения. При I-II степени отморожения наблюдается полная регенерация кожи. Более глубокие повреждения требуют хирургических вмешательств (некрэктомия, пересадка кожи, реабилитационные мероприятия).

5. Техника наложения повязки "перчатки". Проводится согласно алгоритму.

Задача № 15

В ФАП к фельдшеру доставлен мужчина 50 лет с жалобами на сильную боль в области правого бедра, усиливающуюся при ходьбе.

Со слов пострадавшего, около часа назад получил сильный удар мешком при разгрузке вагона.

Объективно: состояние удовлетворительное. Симптомов перелома бедра не выявлено. На передней поверхности правого бедра обширный кровоподтек и припухлость овальной формы. Отмечается увеличение окружности правого бедра в средней и нижней трети на 4-5 см, по сравнению с левой нижней конечностью, симптом зыбления при пальпации.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.

3. Составьте набор хирургических инструментов для пункции гематомы.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Ушиб мягких тканей передней поверхности правого бедра, гематома.

Диагноз поставлен на основании:

а) данных анамнеза и жалоб на боль в правом бедре, усиливающуюся при ходьбе.

б) данных объективного исследования: кровоподтек, увеличения объема поврежденного участка, припухлость, симптом флюктуации.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) с целью гемостаза приподнять нижнюю конечность наложить тугую повязку на правое бедро;

б) приложить холод на поражённый участок конечности для профилактики усиления кровотечения; в) ввести гемостатические препараты;

г) вызвать бригаду скорой медицинской помощи для доставки в хирургический стационар ЦРБ с целью уточнения диагноза и решения вопроса дальнейшей лечебной тактики;

д) транспортировать пациента в положении лежа на носилках с приподнятой поврежденной конечностью.

3. Составление набора хирургических инструментов для пункции гематомы.

Задача № 16

В ФАП обратилась женщина 62 лет с жалобами на боль в левом коленном суставе, усиливающуюся при ходьбе. За два дня до обращения упала на улице коленом на асфальт. Дома применяла компресс без положительного эффекта.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Температура 36,70. Левая нижняя конечность находится в полусогнутом положении. Левый коленный сустав увеличен в объеме, в области надколенника ссадина размером 4х6 см, покрытая корич-

невой корочкой. Движения в суставе несколько ограничены и болезненны. Пальпаторно определяются болезненность и баллотирование подколенного. Температура кожи над суставом не увеличена.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.

3. Продемонстрируйте технику наложения черепашьей повязки (сходящейся, расходящейся) на коленный сустав.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Ушиб левого коленного сустава, ссадина в области коленного сустава.

Ставится на основании:

а) жалоб и анамнеза: боль в суставе появилась после травмы двухсуточной давности;

б) данных объективного исследования: вынужденное положение конечности, ограничение функции сустава, боль при движениях и пальпации, баллотирование надколенника. Симптомы воспаления отсутствуют. Общее состояние не нарушено. Жидкость в суставе является реактивным выпотом.

Точный диагноз может быть поставлен в ЛПУ, после выполнения Рo.-графии сустава.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) пациентку уложить, оценить состояние гемодинамики с учетом возраста; б) вызвать скорую помощь или перевозку для доставки в травмпункт;

в) ввести раствор 50% анальгина 2,0, внутримышечно, с целью обезболивания;

г) осуществить транспортную иммобилизацию шиной Крамера с целью обеспечения покоя поврежденной области, обезболивания, особенно при транспортировке;

д) транспортировка осуществляется на носилках.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

3. Манипуляция выполняется в соответствии с алгоритмом.

Задача №17

В результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП) водитель получил многочисленные ушибы мягких тканей, ушибленные и резаные раны мягких тканей лица. Доставлен в постоянно действующий трассовый здравпункт сотрудником ГИБДД, который оказал первую медицинскую помощь (ввел раствор анальгина 50%-2 мл, кордиамин 2 мл и наложил на раны асептическую повязку, используя И.П.П.).

Осмотревший пострадавшего фельдшер установил: пострадавший бледен, на вопросы отвечает неохотно, тихо и не-многословно. Жалуется на головокружение, шум в ушах, тошноту, мелькание —мушек перед глазами. Дыхание поверхностное, до 30 дыхательных движений в 1 минуту, АД 90/50 мм рт. ст. При осмотре грудной клетки, конечностей достоверных признаков перелома костей не обнаружено. Осмотр живота выявил отсутствие напряжения передней брюшной стенки, симптомов раздражения брюшины и наличия свободной жидкости в брюшной полости. Экспресс анализ крови показал уровень Нв 134 г/л.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Расскажите о дополнительных симптомах для уточнения основного диагноза и возможных сопутствующих патологий.

3. Составьте алгоритм неотложной доврачебной помощи и эвакуации пострадавшего по назначению.

4. Составьте план диагностических и лечебных мероприятий в стационаре.

5. Продемонстрируйте технику пункции подкожной гематомы.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. На основании обстоятельств полученной травмы со слов сотрудника ГИБДД и пострадавшего и объективных данных можно поставить предположительный диагноз: травматический шок II степени, торпидная фаза, на почве многочисленных ушибов мягких тканей, ранений лица и перенесенного стресса.

2. Дополнительные симптомы

Отсутствие видимых признаков повреждения костей, внутренних органов, неврологической симптоматики локального характера (что наблюдается при ушибе, сдавлении головного мозга), повреждения костей черепа, и разрыва ткани легких (ге-мопневмоторакс). При наличии перечисленных симптомов предположительный диагноз наиболее вероятен. Время пребывания пострадавшего в здравпункте в течение 30 минут показало улучшение его общего состояния с учетом проведенных лечебных мероприятий.

3. Алгоритм оказания неотложной доврачебной помощи:

1. введение 2%-2 мл промедола;
2. введение сердечно-сосудистых препаратов (раствора кордиамина 2 мл) и дыхательного analeптика (5% раствора эфедрина гидрохлорида 1 мл).
3. оксигенотерапия через носовой катетер;
4. грелки с холодной водой на наиболее травмированные участки тела;

5. горячее питье (чай, кофе);

6. поскольку трудно исключить сотрясение головного мозга, пострадавшему показано в/в введение 25% раствора сульфата магния и 40%-раствора глюкозы 40 мл;

7. транспортировка в положении лежа на спине с повернутой на бок головой в нейрохирургическое отделение.

4. Диагностические и лечебные мероприятия в стационаре:

1. Ro-графия черепа и органов грудной клетки;

2. консультация врача – хирурга;

3. повторный общий анализ крови и общий анализ мочи;

4. строгий постельный режим;

5. продолжение лечебных мероприятий по устранению дыхательной недостаточности, нарушений гемодинамики, функции эндокринных желез, витаминной недостаточности; стимуляция диуреза и устранение психоэмоциональных нарушений (транквилизаторы, седативные и снотворные препараты), лечение механических повреждений мягких тканей (перевязки, антибиотикотерапия, физиотерапия).

5. Пункция подкожной гематомы проводится согласно алгоритму.

Задача №18

В ФАП доставлен мальчик 10 лет с жалобами на боли в правом лучезапясном суставе. Со слов сопровождающего учителя, упал в школьном коридоре на вытянутую руку, кисть при этом подвернулась внутрь.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Визуально отмечается отек тыльной поверхности лучезапястного сустава. Пальпация сустава вызывает ощущение боли, которая резко усиливается при сгибании кисти. Нагрузка по оси предплечья безболезненна.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику транспортной иммобилизации конечности, применительно к данной ситуации (разными спо-собами).

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Растяжение связок правого лучезапястного сустава.
Ставится на основании:
 - а) данных анамнеза: падение на вытянутую руку, кисть при этом подвернулась внутрь;
 - б) жалоб: на самостоятельную боль в суставе, резко усиливающуюся при сгибании кисти;
 - в) данных объективного исследования: отек тыльной поверхности лучезапястного сустава, боль при пальпации, отсутствие боли при осевой нагрузке.

Точный диагноз может быть поставлен в ЛПУ только после выполнения рентгенографии.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - а) С целью обезболивания ввести 25% раствор анальгина и 1% раствор димедрола внутримышечно. б) Приложить холод на лучезапястный сустав (для уменьшения боли, отека кровоизлияния).
 - в) Вызвать скорую помощь для доставки в травмпункт.
 - г) Наложить повязку, фиксирующую сустав (крестообразную) (уменьшение боли и кровоизлияния, профилактика до-полнительной травматизации).
 - д) Осуществить транспортную иммобилизацию правой верхней конечности (уменьшение боли, и предупреждение до-полнительной травматизации).
 - е) Транспортировка в травмпункт в положении сидя.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

3. Манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Задача № 19

Во время спортивной борьбы, после проведения приема, один из борцов почувствовал острую боль в области левого плечевого сустава и надплечья, невозможность движений в верхней конечности.

Объективно: пораженную конечность пострадавший придерживает здоровой рукой, голова наклонена в сторону боль-ного надплечья, визуально плечевой сустав деформирован, целостность кожи не нарушена, при пальпации головка плечевой кости определяется в подмышечной впадине. Спортсмен стонет от боли.

Вы обслуживаете соревнования.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи пострадавшему, аргументируйте свой ответ.
3. Продемонстрируйте иммобилизацию конечности применительно к данной ситуации (разными способами).

ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ

1. Диагноз: Закрытый вывих левого плеча.

Ставится на основании:

а) ощущения резкой боли в области левого плечевого сустава и надплечья во время проведения приема и в дальнейшем; б) клинических симптомов: вынужденное положение левой верхней конечности, деформация плечевого сустава, нарушение функции конечности, головка плеча пальпируется в подмышечной впадине, целостность кожи не нарушена.

Точный диагноз может быть поставлен только после выполнения рентгенографии в ЛПУ.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) обезболивание с целью профилактики болевого шока (орошение области сустава хлорэтилом или введение растворов баралгина, тригана, максигана, спазгана, тромала внутримышечно);

б) транспортная иммобилизация шиной Крамера в том положении, которое приняла конечность (уменьшает боль, обеспечивает покой конечности, исключает дополнительную травматизацию тканей);

в) применение холода на область сустава (уменьшает боль и внутреннее кровотечение);

г) транспортировка в ЛПУ в положении сидя (для уточнения диагноза, вправления и фиксации конечности) санитарным транспортом.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

3. Манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Задача №20

Во время занятий спортом на перекладине юноша 17 лет во время приземления, соскользнув, упал левым плечом. Почувствовал резкую боль, на короткое время потерял сознание. Очнувшись, отмечает слабость, головокружение; левая рука свисает в неестественном положении, движения невозможны.

Обратился в школьный медицинский пункт, где его принял фельдшер.

Объективно: при осмотре у пострадавшего опущено левое надплечье, голова наклонена в сторону повреждения, здоровой рукой он поддерживает левую. Поврежденная рука согнута в локтевом суставе и кажется удлиненной. Округлость плечевого сустава деформирована, наружная поверхность сустава уплощена. Активные движения в суставе отсутствуют.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о симптомах, которые необходимо выявить при

осмотре для уточнения диагноза.

3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

4. Составьте план дальнейших диагностических и лечебных мероприятий и назовите лечебное учреждение, куда следует направить больного.

5. Продемонстрируйте способ вправления плеча по Джанелидзе.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Предположительный диагноз: травматический вывих левого плеча.

Ставится на основании данных анамнеза, механизма травмы и клинические проявления.

2. Для уточнения диагноза:

При пассивном движении в суставе можно было бы определить симптом —упругой фиксации|| плеча, локтевой сустав не может быть приведен к туловищу. Кроме того, головку плечевой кости не удастся пальпировать в привычном месте, т.е. в суставной впадине.

3. Алгоритм неотложной помощи:

а) успокоить больного, дать ему анальгетик (анальгин, баралгин) или сделать инъекции этих препаратов в/м (раствор анальгина 5%-2 мл или баралгина 5мл);

б) ввести в полость сустава 1-2 % раствор новокаина 20-10 мл соответственно;

в) наложить шину Крамера от кончиков пальцев до угла противоположной лопатки, в крайнем случае фиксировать руку к туловищу бинтовой (либо косыночной) повязкой.

Вправление вывиха допустимо только в лечебном учреждении, т.к. вывихи нередко сопровождаются и переломом суставообразующих костей—перелом-вывих||);

г) вызвать бригаду скорой медицинской помощи и направить больного в травматологический пункт или отделение неотложной травматологии.

4. В ЛПУ:

Необходимо осуществить Ro-графию сустава в 2-х проекциях, что позволит уточнить диагноз, вид вывиха и определить оптимальный метод вправления.

5. Вправление вывиха плеча по Джанелидзе проводится согласно алгоритму.

Задача №21

В фельдшерский пункт обратился больной, который, поскользнувшись, упал на вытянутую руку и ударился правым плечом об асфальт. Жалобы на боли в правой надключичной области, движения в правом плечевом суставе резко болезненны.

Объективно: правое надплечье несколько опущено, в средней трети ключицы определяются деформация, кровоизлияние, при осторожной пальпации определяется патологическая подвижность в проекции деформации. Затруднено и болезненно отведение руки, движения в плечевом

суставе ограничены, больной поддерживает руку и приподнимает ее за предплечье, прижимая локоть к груди. Верхняя конечность ротирована кнутри.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику наложения повязки Дезо.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Закрытый перелом правой ключицы.

Заключение основано на данных анамнеза (наличие травмы и ее обстоятельства, характерные боли в правой надключичной области и плечевом суставе), объективного исследования (правое плечо опущено, в средней трети ключицы имеются деформация и кровоизлияние, патологическая подвижность, неестественное положение конечности).

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) введение анальгетика (50% раствор анальгина 2 мл в/м) или новокаиновая блокада места перелома (1-2% раствором новокаина 20-10 мл);
б) фиксация верхней конечности кольцами Дельбе либо повязкой Дезо, либо 8-образной повязкой; в) подвешивание предплечья на косынке.

3. Наложение повязки Дезо согласно алгоритму.

Задача №22

В условиях гололеда женщина 72 лет поскользнулась и упала на вытянутую правую руку, опершись кистью на лед. Одновременно почувствовала сильную боль в области нижней трети правого предплечья на стороне I пальца, ближе к лучезапястному суставу. Подвесив руку на косынке, больная обратилась к фельдшеру сельского здравпункта, где ее принял фельдшер с большим опытом самостоятельной работы.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, жалуется на локальную боль в нижней трети правого предплечья, где имеется —штыкообразная деформация в проекции лучевой кости. Легкое поколачивание по I пальцу и пальпация нижней трети предплечья усиливают боль и на месте деформации имеется вероятность патологической подвижности. За время осмотра у больной появился отек тыла кисти, кисть отклонена в сторону большого пальца.

ЗАДАНИЯ:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных симптомах, необходимых для уточнения диагноза и методике их определения.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Составьте диагностическую лечебную программу в ЛПУ?
5. Продемонстрируйте технику транспортной иммобилизации предплечья.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: закрытый перелом правой лучевой кости в —типичном месте (не исключается смещение отломков — —штыкообразная деформация предплечья).

Основным механизмом возникновения данного перелома является падение на вытянутую руку с разогнутой кистью. Данные объективного исследования: отек тыла кисти и в области лучезапястного сустава, —штыкообразная деформация, отклонение кисти в сторону большого пальца, локальная боль, резкое ограничение и болезненность движений в суставе, вероятность патологической подвижности (по мнению фельдшера) являются достаточными проявлениями предполагаемого диагноза.

2. Дополнительными признаками могут быть:

Кровоизлияния на тыльной поверхности кисти, крепитация отломков при пальпации, определение чего нежелательно из-за вероятности увеличения смещения отломков и усиления болей, как и попытка выявить патологическую подвижность в месте перелома.

Перелом предплечья подобного характера и локализации требует квалифицированной помощи врача-травматолога травматологического пункта, куда следует направить больную.

3. Алгоритм неотложной медицинской помощи:

- а) введение анальгетика (50% раствора анальгина 2 мл в/м);
- б) местное обезболивание раствором новокаина 1-2% раствора 20-10 мл;
- в) при необходимости, учитывая возраст пострадавшей, сердечно-сосудистые препараты (раствор кордиамина 2 мл, корвалол, валокардин);
- г) транспортная иммобилизация конечности;
- д) транспортировка в положении сидя в травматологический пункт, участковую больницу или ЦРБ (в зависимости от местных условий).

4. План диагностических исследований

В травматологическом пункте следует произвести Рo-графию предплечья в 2-х проекциях, при необходимости репозицию отломков под местным обезболиванием и наложение гипсовой повязки, подвесить руку на косынке. В среднем иммобилизация показана в течение 4-х недель под периодическим наблюдением врача – травматолога.

5. Техника транспортной иммобилизации при переломе лучевой кости в —типичном месте проводится согласно алгоритму.

Задача № 23

В ФАП обратилась девочка 15 лет – ученица рядом расположенной школы. При падении на уроке физкультуры удари-лась правым плечом о металлическую перекладину, появилась сильная боль в правой руке.

При осмотре: старается прижать поврежденную руку к туловищу. В средней трети правого плеча припухлость, дефор-мация, при пальпации резкая локальная болезненность и крепитация костных отломков, патологическая подвижность в мес-те травмы.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику транспортной иммобилизации верхней конечности, применительно к данной ситуации.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Закрытый перелом правого плеча в средней трети.

Ставится на основании данных:

- а) анамнеза и жалоб: травма правого плеча и возникшая сильная боль;
- б) объективного исследования: вынужденное положение конечности, деформация, локальная болезненность, крепитация и патологическая подвижность в месте травмы.

Точный диагноз может быть поставлен в ЛПУ только после выполнения Ro.-графии.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) оценить состояние с целью выявления нарушений гемодинамики (ранняя диагностика травматического шока);

б) осуществить обезболивание введением одного из препаратов: трамал, баралгин, максиган, спазган (профилактика болевого шока);

в) осуществить транспортную иммобилизацию с целью создания покоя поврежденной конечности, профилактики смещения костных отломков и дополнительной травматизации тканей.

г) приложить холод к месту повреждения (уменьшение боли и кровотечения);

д) вызвать скорую помощь для госпитализации в отделение неотложной травматологии; ж) наблюдать за пациенткой до прибытия скорой помощи.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

3. Манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Задача № 24

Вызов фельдшера скорой помощи на строительную площадку. Рабочему 28 лет, на правую голень упала металлическая балка. Пострадавший стонет от боли. Бледен, покрыт холодным потом. На передней поверхности верхней трети правой голени имеется рана размером 10 x 3 см, из которой пульсирующей струей вытекает алая кровь, выступают отломки большеберцовой кости. Отмечаются выраженная деформация и укорочение голени.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.

3. Продемонстрируйте технику иммобилизации конечности с помощью шин Крамера применительно к данной ситуации.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Открытый перелом диафиза большеберцовой кости справа, осложненный артериальным кровотечением.

Ставится на основании визуализации в ране костных отломков, выделения крови алого цвета пульсирующей струей.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) остановить кровотечение (т.к. всякое, а тем более артериальное кровотечение – прямая угроза жизни пациента) путем прижатия кулаком или первыми пальцами обеих рук бедренной артерии к горизонтальной ветви

лонной кости, либо сразу наложить кровоостанавливающий жгут на среднюю треть бедра, т.к. имеет место перелом большеберцовой кости. Под жгут подкладывают тканевую прокладку и записку с указанием времени наложения жгута.

Категорически запрещено поверх жгута накладывать повязку. Жгут должен бросаться в глаза!

б) оценить состояние пострадавшего и состояние гемодинамики для диагностики симптомов травматического шока;

в) купировать болевой синдром (для профилактики развития болевого шока), применив любой из препаратов (баралгин, максиган, спазган, трамал, морадол), по возможности наркоз закисью азота при помощи аппарата АН-8;

г) осуществить туалет раны, наложение асептической повязки (для профилактики хирургической инфекции);

д) обеспечить транспортную иммобилизацию правой нижней конечности с помощью трех шин Крамера (для уменьшения боли, обеспечения покоя поврежденной конечности, предупреждения смещения костных отломков и дополнительной травматизации);

е) транспортировать пациента на носилках в машину скорой помощи, с последующей госпитализацией в неотложное травматологическое отделение;

ж) применить местно холод для уменьшения боли и отека.

В машине скорой помощи в ходе транспортировки при наличии симптомов травматического шока проводят:

- воспаление ОЦК – противошоковыми кровезаменителями;
- стабилизацию АД – глюкокортикоидными гормонами, дофаминэргическими препаратами.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

3. Манипуляция выполняется в соответствии с алгоритмом.

Задача № 25

Хрупкую пожилую женщину сбило машиной. Подошедший мужчина поднял женщину за подмышки, и так внес в здание соседней школы. Больную уложили на медицинскую кушетку. Пострадавшую осмотрела школьный фельдшер.

Объективно: сознание ясное, беспокоят боли в левой голени, АД 90/60 мм рт.ст., пульс 100 в минуту. В области средней трети голени выраженная деформация, отчетливо видно поперечное смещение костей голени. Кожа цела, функция конечности отсутствует – движения невозможны, пульсация периферических артериальных сосудов отчетливая.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте транспортную иммобилизацию с помощью стандартных средств, применительно к данной ситуации.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: закрытый перелом обеих костей левой голени в диафизе,

травматический шок первой степени.

Проверка наличия таких симптомов как локальная болезненность при пальпации, крепитация, патологическая подвижность в данном случае не требуется, так как имеется отчетливая деформация за счет смещения костных отломков и полное выпадение функции-диагноз перелома костей голени сомнений не вызывает.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи.

а) введение анальгина и сердечных препаратов; б) транспортная иммобилизация конечности;

в) вызов машины скорой медицинской помощи.

Введение анальгетиков и сердечных средств – противошоковые меры. Если есть возможность, то следует провести футлярную новокаиновую блокаду. Шины накладываются с трех сторон, с фиксацией коленного и голеностопного суставов. Фельдшер ведет наблюдение за больной до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

3. Выполнение практической манипуляции согласно алгоритму.

Задача №26

В фельдшерско-акушерский пункт доставили мужчину 42 лет, который упал со строительной площадки. При этом он почувствовал резкую боль в области левого бедра и ощущение хруста в ноге.

Объективно: состояние крайне тяжелое. Больной заторможен, бледен, пульс 120 уд. в мин., АД 80/55 мм рт. ст., дыхание частое, 24 в мин., поверхностное. Осмотр бедра: отмечается деформация бедра в средней трети, отечность, резкая локальная болезненность в месте деформации, движения левой ногой резко ограничены. Легкое поколачивание по стопе отдается болью в месте травмы.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Расскажите о дополнительных симптомах, необходимых для уточнения диагноза и методике их выявления.

3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.

4. Составьте план диагностических и лечебных мероприятий в стационаре.

5. Продемонстрируйте технику транспортной иммобилизации конечности при переломе бедра.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: закрытый травматический перелом левого бедра, осложненный травматическим шоком II степени.

Данный диагноз подтверждается типичным анамнезом (падение с высоты, резкая боль в бедре сразу после падения), объективными данными (деформация, отек в средней трети бедра, локальная болезненность). Тяжесть травмы подтверждается признаками развившегося травматического шока II степени (АД 80/55 мм рт. ст., пульс 120 уд. мин., частота дыхательных движений 24 в мин., бледность и заторможенность пострадавшего).

2. Дополнительные данные для уточнения диагноза

Для уточнения диагноза возможно определение симптомов патологической подвижности и крепитации отломков в мес-те перелома. Но это недопустимо, т.к. вызовет дополнительную травматизацию сосудов, нервов, мягких тканей, увеличение смещения отломков и усиление тяжести травматического шока.

3. Перелом бедра является одним из наиболее тяжелых повреждений костей, сопровождающийся травматическим шоком и кровотечением вокруг места перелома (800-1000 мл у взрослых), что требует неотложного оказания доврачебной помощи и госпитализации в травматологический стационар.

Алгоритм неотложной помощи:

а) ввести наркотический анальгетик (2%-1мл промедола), либо осуществить новокаиновую блокаду места перелома;

б) ввести сердечно-сосудистые и дыхательные препараты (1 мл 5% раствора гидрохлорида эфедрина, 2 мл кордиамина и др.);

в) немедленно начать инфузионную терапию (полиглюкин 400,0, растворов Рингера, гидрокарбоната натрия 4% – 300,0), продолжая ее в ходе транспортировки в стационар;

г) осуществить ингаляцию кислорода через носовой катетер;

д) осуществить транспортную иммобилизацию табельными средствами в положении больного лежа на спине; е) приложить холод на место перелома;

ж) бережно транспортировать на носилках в травматологический стационар, продолжая необходимые лечебные мероприятия по борьбе с шоком.

1. Лечебная и диагностическая программа в стационаре проводится одновременно:

1. оценка общего состояния пострадавшего на основе клинических (показатели функции сердечно-сосудистой, дыхательной систем), лабораторных данных (общий анализ крови, гематокрит, объем циркулирующей крови), ЭКГ;

2. инфузионная терапия, в т.ч. гемотранфузия;

3. адекватная анестезия, в т.ч. общее обезболивание с интубацией трахеи с переводом больного на ИВЛ;

4. Ro-графия бедра в 2-х проекциях;

5. исключение повреждения внутренних органов (осмотр пострадавшего хирургом);

6. строгий постельный режим;

7. лечебная иммобилизация конечности под общим обезболиванием (скелетное вытяжение, остеосинтез, гипсовая кок-ситная повязка, наложение аппарата Илизарова). Выбор способа зависит от характера и сложности перелома.

2. Техника транспортной иммобилизации бедра проводится согласно алгоритму.

Задача № 27

Рабочий пилорамы в результате несоблюдения техники безопасности

придавлен бревном на уровне таза. Появились сильные боли в области таза. Доставлен в участковую больницу, где дежурил фельдшер.

Объективно: состояние средней тяжести, бледен. Выраженная боль в области таза, определяется значительных размеров подкожная гематома в области крыльев подвздошных костей и в низу живота. При легком надавливании с боков на тазовые кости боли усиливаются (симптом Вернейля) и определяется крепитация. Мочеиспускание самостоятельное, моча не изменена. Движения в суставах нижних конечностей сохранены, но вызывают усиление болей в области таза. Симптомы раздражения брюшины и признаки внутреннего кровотечения не установлены. АД 105/70 мм рт. ст., пульс 92 уд. мин.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных симптомах для уточнения диагноза и методике их выявления.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и правил транспортировки в лечебное учреждение соответствующего профиля.
4. Составьте план диагностических и лечебных мероприятий в стационаре.
5. Продемонстрируйте технику транспортной иммобилизации пострадавшего с переломом костей таза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: закрытый перелом костей таза без повреждения внутренних органов.

Подтверждением данного диагноза являются факт травмы, ее механизм, объективное исследование и его результаты (подкожная гематома в области крыльев подвздошных костей и низа живота, положительный симптом Вернейля и крепитация отломков кости), наличие самостоятельного мочеиспускания, отсутствие симптомов раздражения брюшины и явных признаков внутреннего кровотечения (удовлетворительные гемодинамические показатели), но при наличии симптомов травматического шока I степени.

Необходимо срочно определить общий анализ крови и мочи для исключения острой кровопотери и повреждений внутренних органов.

2. Алгоритм неотложной помощи:

- а) создание полного покоя с приданием пострадавшему на носилках положения —лягушки; б) введение 2%-1 мл промедола подкожно;
- в) введение сердечно-сосудистых препаратов (кордиамин 2 мл), растворы глюкозы 5%-500 мл с добавлением инсулина 5 единиц, капельная инфузия раствора полиглюкина 400,0;
- г) применение холода на низ живота;
- д) эвакуация на носилках в положении —лягушки со скатанным одеялом под колени, в травматологическое отделение.

1. Диагностическая программа в стационаре:

- а) Рентгенография костей таза;

- б) обзорная Ro-графия брюшной полости;
- в) повторный общий анализ крови, определение гематокрита, объема циркулирующей крови, общий анализ мочи; г) консультация врача – хирурга.

Лечебная программа:

- а) введение повторно 2%-2 мл промедола;
- б) внутритазовая новокаиновая блокада по Школьникову – Селиванову;
- в) симптоматическая терапия;
- г) консервативное лечение на функциональной кровати в случае подтверждения первоначального диагноза; д) полноценный уход и питание, профилактика пролежней.

2. Манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Задача № 28

Фельдшер скорой помощи прибыл на место автодорожной аварии. Женщина 50 лет стонет от боли, сознание сохранено. Жалуется на боли в области живота и тазовых костей, ноги разведены в тазобедренных суставах и согнуты в коленных, пятки ротированы наружу. АД 80/50 мм.рт.ст, пульс 100 уд в 1 мин, слабого наполнения и напряжения. Язык сухой, живот не участвует в акте дыхания, при пальпации напряжен, болезнен во всех отделах, симптом Щеткина-Блюмберга положительный во всех отделах, выражен больше в паховых областях и над лоном.

При осмотре промежности из ануса поступает кровь в небольшом количестве.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
 2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения.
 3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.
1. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре.
 2. Практическая манипуляция. Продемонстрируйте технику пальпации живота по Образцову-Стражеско на фантоме.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз. Перелом костей таза. Внутривнутрибрюшинный разрыв прямой кишки. Разлитой перитонит. Травматический шок II степени.

Диагноз поставлен на основании жалоб больной, типичной для перелома костей таза — лягушки — симптом Волковича, а также клиники разлитого перитонита, а поступление крови из прямой кишки можно расценить как травму именно прямой кишки. Окончательный диагноз будет поставлен в стационаре врачом после дообследования.

2. Из физикальных методов дообследования.

Можно проверить симптом — прилипшей пятки, для этого просим больную поднять и удержать выпрямленную ногу, пострадавшая лишь волочит ногу по плоскости, не отрывая ее от последней. Известен также симптом усиления боли при не-большом сдавлении крыльев таза — симптом Вернейля. Усиление боли при разведении крыльев таза — симптом Ларрея — также свидетельствует о переломе костей таза.

3. Алгоритм оказания неотложной помощи

Основной задачей первой помощи при переломе костей таза, да еще при наличии перитонита, является прежде всего борьба с травматическим шоком; в данном случае возможно в/м введение анальгина 50% 2 мл и 1% 1мл димедрола. Больная переключается на щит в положении — лягушки, и в карете скорой помощи надлежит начать инфузионную терапию препа-ратами: полиглокин, реополиглокин, желатиноль, глюкоза 5%, физиологический раствор. На переднюю брюшную стенку укладывают пузырь со льдом. Пострадавшая должна быть укутана теплым одеялом, пальто или пледом даже в хорошую погоду.

4. Диагностическая программа в стационаре:

1. .Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови.
2. .Определение группы крови по системе АВО и Rn-фактору, а также проб на совместимость, так как больной необходимо переливание крови.

3. .При пальцевом ректальном исследовании на перчатке, в случае разрыва прямой кишки, кровь.

4. .Производится рентгенография костей таза, которая определит тактику лечения перелома: оперативное лечение или скелетное вытяжение.

5. .Больная осматривается анестезиологом, назначается премедикация. 6.Производится частичная санитарная обработка, сухое бритье операционного поля.

- 7.Надлежит сделать катетеризацию мочевого пузыря для определения возможной травмы его, при необходимости производится цистография.

Лечебная программа:

1. .Инфузионная терапия, начатая на этапе эвакуации, продолжается.
2. .После определения группы крови по системе АВО и резус-фактора, а также проведения всех проб на совместимость переливают кровь, плазму.

3. .Больному показано оперативное лечение. Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, при обнаружении внут-рибрюшного разрыва прямой кишки необходимо ушить рану кишки. Накладывается двухствольная сигмостома. Брюшная полость промывается, дренируется. Производят интубацию тонкой кишки по Эбботу-Миллеру. Лапаротомную рану ушивают. В операционной производят девиацию сфинктера прямой кишки.

4. .Производят новокаиновую блокаду по Школьникову - Селиванову.

5. .Перелом костей таза лечат обычно скелетным вытяжением за проксимальный метафиз большеберцовой кости.

6. Анестезиологическое пособие – многокомпонентный интубационный наркоз.

Послеоперационный период:

Лечение в послеоперационный период по правилам ведения больных с перитонитом.

1. Положение в постели-Фовлера с учетом возможности скелетного

вытяжения.

2. Инфузионная терапия препаратами гемодинамического ряда (полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль), дезинток-сикационного (гемодез), применяют регуляторы водно-солевого обмена (дисоль, трисоль, физиологический раствор), раствор 5% глюкозы.

3. Переливание крови, плазмы, эритромаcсы.

4. Антибиотикотерапия и противовоспалительная по схеме ЦАМ (антибиотики цефалоспоринового ряда, аминоглико-зиды, метронидазол).

5. Уход за колостомой и дренажами брюшной полости, мочевым катетером.

6. Разрешение послеоперационного пареза кишечника.

7. Возможна экстракорпоральная детоксикация (плазмоферез).

8. Уход за полостью рта.

Возможные послеоперационные осложнения:

1 Острая сердечно-сосудистая и легочная недостаточность.

1. Паралитическая кишечная непроходимость.

2. Острая задержка мочи (в случае, если мочевого пузыря не катетеризирован).

3. Нагноение послеоперационной раны.

4. Эвентерация кишечника.

5. Паротит.

6. Пневмония.

5. Практическая манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.

Задача № 29

В ФАП обратился пострадавший с жалобами на боль в правой половине грудной клетки, резко усиливающуюся при движениях, кашле, дыхании. Передвигается медленно, придерживает рукой больное место. Час назад, поскользнувшись, упал, ударился грудью о край тротуара,.

Объективно: состояние средней тяжести, пораженная половина грудной клетки отстает в дыхании, дыхание поверхно-стное, с частотой 22 в минуту, пульс 80 ударов в минуту. Пальпаторно-резкая локальная болезненность и крепитация в про-екции III-го и IV-го ребер по задней подмышечной линии, там же припухлость, кровоподтек.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте и аргументируйте алгоритм неотложной помощи.

3. Продемонстрируйте транспортную иммобилизацию (на фантоме) применительно к данной ситуации.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Закрытый перелом III и IV ребер справа.

Ставится на основании:

а) травмы в анамнезе;

б) жалоб на боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при движениях, кашле, дыхании;

в) данных объективного исследования: дыхание частое, поверхностное, пораженная половина грудной клетки отстает в акте дыхания, пальпаторно — резкая локальная болезненность и крепитация.

Точный диагноз ставится в ЛПУ после выполнения рентгенографии.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) придать полусидячее положение для облегчения дыхания;
б) ввести обезболивающий препарат (раствор анальгина, баралгина, тригана, спазгана, максигана) для профилактики болевого шока;
в) вызвать скорую помощь через третье лицо для транспортировки в ЛПУ;

г) обеспечить транспортную иммобилизацию наложением черепацеобразной повязки для уменьшения боли, обеспечения покоя поврежденному участку, предупреждения повреждения реберными отломками мягких тканей, межреберных сосудов и легочной ткани;

д) применить местно холод для уменьшения боли и кровоизлияния; е) обеспечить транспортировку в ЛПУ в полусидячем положении. *Все манипуляции выполняются в перчатках.*

3. Манипуляция выполняется в соответствии с алгоритмом.

Задача № 30

В ФАП доставлен мужчина 55 лет с жалобами на сильную боль в правой половине грудной клетки, нарастающее удушье, кашель, слабость, головокружение. Выяснено, что во время драки сильно ударился грудью о выступ железных ворот.

Объективно: состояние тяжелое, возбужден, испытывает чувство страха смерти. Пульс 110 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 90/60 мм рт. ст. Отмечается нарастающая одышка, частота дыхания 26 в минуту. Кожные покровы бледно-цианотичные, влажные. В проекцию V-VI ребер справа между передней и средней подмышечными линиями определяется участок, совершающий экскурсии, не совпадающие с дыхательными движениями грудной клетки (при вдохе западает, при выдохе выпячивается). Отмечается притупление перкуторного звука ниже уровня V ребра справа, при аускультации – отсутствие дыхательных шумов.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Составьте набор инструментов для проведения плевральной пункции.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Закрытая травма груди. Двойной перелом V-VI ребер справа, правосторонний гемоторакс. ОДН – II степени.

Диагноз поставлен на основании:

а) анамнеза и жалоб на боль в правой половине грудной клетки, одышку, кашель, слабость, головокружение;

б) данных объективного исследования: артериальная гипотония, частый

пульс, тахипноэ, цианоз кожных покровов, отставание правой половины грудной клетки при дыхании, —реберный клапан в области V-VI ребер справа, притупление перкуторного звука и отсутствие дыхательных шумов в нижних отделах правой половины грудной клетки.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи.

а) придать пациенту полусидячее положение, для улучшения дыхания и уменьшения одышки; б) ввести 1-2 мл 50% р-ра анальгина в/м для купирования боли;

в) произвести иммобилизацию участка перелома —черепичной лейкопластырной повязкой;

г) вызвать бригаду скорой медицинской помощи для госпитализации в хирургическое отделение ЦРБ; д) транспортировать в хирургический стационар на носилках в полусидячем положении.

3. Составление набора инструментов для плевральной пункции.

Задача № 31

Фельдшер заводского медпункта осматривает больного. При разрушении металлического диска пилы при резке металлических изделий рабочий получил осколочное ранение грудной клетки.

Состояние тяжелое. Жалуется на чувство нехватки воздуха, удушье нарастает с каждым вдохом. Лицо синюшного цвета. На грудной стенке справа между срединно – ключичной и передне-подмышечными линиями в проекции пятого ребра имеется рана 3х4см, из которой раздаются фыркающие звуки на вдохе и выдохе, — рана дышит. При пальпации вблизи раны ощущение, напоминающее — хруст снега. При пальпации вблизи раны ощущение, напоминающее — хруст снега.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.

3. Практическая манипуляция. Продемонстрируйте на фантоме технику ИВЛ известными Вам способами.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Проникающее ранение грудной клетки справа. Открытый пневмоторакс. Подкожная эмфизема.

Диагноз поставлен на основании осмотра больного, во время которого обнаружена рана в проекции 5 ребра справа размерами 3х4 см, которая — дышит. При пальпации — хруст снега — это признак подкожной эмфиземы.

Дальнейшее дообследование, учитывая экстренность ситуации, в момент оказания первой медицинской помощи не показано. Тяжесть состояния больного объясняется спадением легкого на стороне повреждения, исключением его из дыхания, флотацией средостения, перегибом крупных сосудов.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи.

Открытый пневмоторакс ликвидируется (временно) путем наложения на рану герметизирующей (окклюзионной) повязки.

Техника наложения окклюзионной повязки:

Раневое отверстие, присасывающее воздух в плевральную полость при каждом вдохе, закрывают салфеткой. Кожу во-круг обрабатывают раствором антисептика. Поверх салфетки укладывают большую салфетку, обильно пропитанную вазелином или любой мазью. Производится тугое бинтование широким бинтом.

При наличии индивидуального перевязочного пакета в прорезиненной оболочке в качестве герметизирующей повязки можно использовать последнюю. В этом случае первым слоем на рану укладывают прорезиненную оболочку внутренней стерильной поверхностью на рану. Затем укладывают ватно-марлевые подушки, укрепляют все это широким бинтом.

Больному показана экстренная госпитализация в отделение неотложной хирургии.

Вводятся анальгетики (анальгин), сердечные и дыхательные analeптики (строфантин, кордиамин, коргликон), проводится оксигенотерапия или осуществляется лечебный ингаляционный наркоз закисью азота с кислородом(1:1).

Транспортировка пострадавших с травмами грудной клетки и её органов производится на щите и носилках в положении на спине с приподнятой верхней половиной туловища (полусидя).

3. Практическая манипуляция проводится согласно общепринятому алгоритму.

Задача № 32

Фельдшер скорой помощи осматривает рабочего, получившего ранение грудной клетки металлическим осколком, вылетевшим при разрушении диска пилорамы.

Состояние больного тяжелое. Жалуется на резкую боль в грудной клетке справа, удушье, усиливающееся при каждом вдохе. Лицо одутловатое, синюшное, глазные щели сужены, вены шеи набухшие, голос гнусавый. Справа между срединно-ключичной и передне-подмышечной линиями имеется рана размерами 3х2см, которая умеренно кровоточит. Во время вдоха рана издает —чмокающие— звуки засасывающегося воздуха, при выдохе шумовых явлений нет. При пальпации правой половины грудной клетки, шеи, лица-ощущение — хруста снега.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.
3. Практическая манипуляция. Продемонстрируйте на фантоме наложение окклюзионной повязки с помощью ИПП.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз. Проникающее ранение грудной клетки справа. Напряженный (клапанный) пневмоторакс. Эмфизема средостения. Подкожная эмфизема.

Диагноз поставлен на основании осмотра больного: наличие раны справа 3х2см, особенности шумовых явлений, возникающих во время

дыхания: рана присасывает воздух только во время вдоха. Это признаки напряженного пневмоторакса. Быстро возникшая подкожная эмфизема лица, шеи, грудной клетки, гнусавый голос, набухшие вены шеи указывают на эмфизему средостения.

Дальнейшее дообследование, учитывая тяжесть состояния, не показано. С каждым вдохом, в связи с поступлением в плевральную полость воздуха, его количество и давление в плевральной полости возрастает, легкое на стороне повреждения спадается, выключается из дыхания, средостение смещается в здоровую сторону, происходит перегиб крупных сосудов, а эмфизема средостения опасна экстраперикардальной тампонадой сердца.

Поэтому задачей оказания первой медицинской помощи является превращение клапанного пневмоторакса в более лег-кий – открытый.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

1. Производится наложение окклюзионной повязки (техника наложения окклюзионной повязки: см. задачу про откры-тый пневмоторакс).

2. Пункция плевральной полости иглой с широким просветом во втором (третьем) межреберье по срединно -ключичной линии с целью превращения напряженного пневмоторакса в более легкий -открытый.

3. Для ликвидации (или уменьшения степени выраженности) эмфиземы средостения производится шейная медиастино-томия.

В яремной ямке прямо над рукояткой грудины от внутреннего края одной грудинно-ключично -сосцевидной мышцы до внутреннего края другой производится поперечный разрез. Последовательно рассекаются кожа, подкожная клет-чатка. Тупо указательным пальцем правой руки раздвигают мягкие ткани и проникают по задней поверхности гру-дины в средостение. Затем производят его дренирование толстостенной резиновой трубкой с широким просветом и фиксирование трубки к краям кожной раны булавкой.

4. Вводятся анальгетики (анальгин), сердечные дыхательные analeптики (строфантин, кордиамин, коргликон), прово-дится оксигенотерапия или осуществляется лечебный ингаляционный наркоз закисью азота с кислородом (1:1).

5. Транспортировка производится на носилках в положении на спине с приподнятой верхней половиной туловища (по-лусидя).

3. Практическая манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.

Задача №33

В здравпункт завода доставлен больной с сопровождающим. Больной сам лишен возможности говорить, т.к. его рот не-произвольно открыт, нижняя челюсть выдвинута вперед, выраженное слюнотечение, но больной не может закрыть рот даже при применении усилия (при этом определяется пружинистое движение челюсти), а на вопрос —где болит?», больной указы-вает на область височно-нижнечелюстных суставов. Щеки у больного уплощены. Как объяснил сопровождающий, причиной данной патологии явилось широкое открывание рта во время торопливой еды в столовой.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных симптомах для уточнения диагноза и методике их выявления.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Составьте диагностическую и лечебную программу в ЛПУ.
5. Продемонстрируйте технику транспортной иммобилизации при вывихе нижней челюсти на фантоме.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: закрытый передний двухсторонний вывих нижней челюсти.

Диагноз подтверждается характерными клиническими симптомами: открытый рот, выдвижение нижней челюсти впе-ред, слюнотечение, уплощение щек и др.

2. Дополнительные симптомы для уточнения диагноза

При пальпации в области височно-нижнечелюстных суставов можно определить углубление; также при двухстороннем вывихе подбородок смещается вниз, при одностороннем – в здоровую сторону.

3. Алгоритм неотложной помощи:

- а) убедить больного в благополучном исходе;
- б) ввести анальгетик (раствор анальгина 50%-2,0);
- в) наложить фиксирующую ватно-марлевую пращевидную повязку.
- г) обеспечить транспортировку пострадавшего в отделение челюстно-лицевой хирургии.

4. Диагностическая и лечебная программа в ЛПУ

1. Ro-графия нижней челюсти в боковой проекции, на которой суставная головка определяется кпереди от суставного бугорка;
2. вправление вывиха нижней челюсти проводится под проводниковой анестезией, реже – под наркозом;
3. наложение фиксирующая повязка на 10-12 дней.
5. Манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Задача № 34

В ФАП обратился молодой мужчина с жалобами на сильную боль в области нижней челюсти. От сопровождавшей его жены фельдшер узнал, что удар нанесен кулаком около часа назад.

Объективно: Состояние средней тяжести. Пульс – 90 ударов в минуту, ритмичный, АД 120 мм.рт.ст. Нижняя челюсть деформирована, рот полуоткрыт и зафиксирован в этом положении. Прикус нарушен за счет смещения нижних зубов кзади. В области подбородка кровоподтек. Пальпация подбородочной области болезненна. В области углов нижней челюсти болезненность усиливается, определяются отек и крепитация костных отломков. Речь и глотание нарушены. Изо рта подтекает слюна с примесью крови.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.

3. Продемонстрируйте технику иммобилизации нижней челюсти разными способами (на фантоме).

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Закрытый перелом нижней челюсти.

Ставится на основании:

- а) жалоб и данных анамнеза: сильная боль, возникшая после травмы;
- б) данных объективного исследования: деформация нижней челюсти, боль и крепитация, выявляемые пальпаторно, кровоподтек в подбородочной области, выделяемая слюна окрашена кровью.

Точный диагноз может быть поставлен только в ЛПУ после выполнения Рo.-графии.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) оценить состояние пациента, для решения вопроса об объеме неотложной помощи;

б) выполнить обезболивание, введением 50% раствора анальгина, спазгана, трамала или иного анальгетика (с целью профилактики болевого шока);

в) осмотреть полость рта, отсосать слюну и слизь из ротовой полости, удалить, если имеются, свободно лежащие отломки зубов (с целью профилактики аспирации инородных тел);

г) зафиксировать нижнюю челюсть с помощью внеротовой шины или повязки (с целью создания покоя поврежденной области, предупреждения травматизации мягких тканей, смещения костных отломков);

д) на область нижней челюсти приложить холод (для уменьшения боли, отека, кровоизлияния); е) вызвать скорую помощь для доставки в отделение челюстно-лицевой хирургии;

ж) наблюдать за состоянием пациента до прибытия скорой помощи, т.к. возможно усиление кровотечения, аспирация слюны и слизи, при ухудшении состояния – потеря сознания и западение языка; з) транспортировка в положении по-лусидя.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

3. Манипуляции выполняются в соответствии с алгоритмом.

Задача № 35

В ФАП доставлен мальчик 12 лет. Жалобы на головную боль, головокружение, шум в ушах, тошноту. При спуске на санках с горы ударился о глыбу земли, была кратковременная потеря сознания, рвота. О случившемся не помнит.

Объективно: состояние средней тяжести, возбужден, кожа бледная, зрачки узкие, равномерной ширины, прямая и содружественная реакции на свет не нарушена, температура 36,6 град. С. Пульс 57 ударов в одну минуту, слабого наполнения. В теменной области рана размером 0,5x1,5 см, с неровными краями и кровоизлияниями в мягкие ткани, кровотечение умеренное.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположенный диагноз.

2. Расскажите о дополнительных физикальных методах обследования, необходимых для уточнения диагноза и методике их проведения.

3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

4. Составьте план диагностического обследования и назовите основные принципы лечения в стационаре.

5. Пр продемонстрируйте технику проведения туалета раны, наложите необходимую повязку применительно к данной ситуа-ции (на фантоме).

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Ушибленная рана лобной области.

Диагноз поставлен на основании:

а) анамнеза: характерного для сотрясения головного мозга: кратковременная потеря сознания и ретроградная амнезия; б) наличия жалоб: головная боль, головокружение, тошнота, рвота, шум в ушах (общемозговых симптомов, указываю-

щих на повышение внутричерепного давления);

в) данных объективного исследования: возбуждение, сужение зрачков, замедленный, слабый пульс (подтверждающих серьезное нарушение функций головного мозга), рана в лобной области.

2. Дополнительные физикальные методы обследования

Для подтверждения диагноза и исключения внутричерепного кровотечения необходимо: проверить отсутствие очаго-вых неврологических расстройств: поражения черепномозговых нервов, парезов, параличей, менингеальных симптомов. Учитывая, что чаще поражаются глазодвигательные (III, IV, VI пары) и лицевой нервы (VII пара), необходимо исследовать их функцию.

МЕ ТОДИКА И СС ЛЕ ДОВ А Н ИЯ Ф У НКЦ ИИ: Г ЛА З О ДВ ИГ А ТЕ Л ЫН ЫХ И ЛИЦЕ В ОГ О НЕ Р В ОВ

Пациента просят, не двигая головой, посмотреть вверх, вниз и в стороны, затем на палец исследующего, расположен-ный на расстоянии 30 см от лица, соответственно его средней линии. Затем палец постепенно приближается к носу, отмеча-ем как сходятся (конвергируют) глазные яблоки.

Поражение глазодвигательного нерва (III пара) проявляется опущением века, расходящимся косоглазием, двоением в глазах (диплопией), ограничением движений глазного яблока вверх, вниз, внутрь. При опущении века исследующему нужно

его приподнять и отметить расположение глаза: при поражении глазодвигательного нерва глаз отведен кнаружи, так как его оттягивает наружная прямая мышца (расходящееся косоглазие).

Поражение внутримозговых корешковых волокон ядра глазодвигательного нерва рядом с пирамидным путем (ножки мозга) проявляется поражением мышц, иннервируемых глазодвигательным нервом в сочетании с гемипарезом (спастиче-ский паралич руки и ноги) противоположной стороны.

Нарушение функции блокового нерва (IV пара) проявляется сходящимся косоглазием и двоением, которые обнаруживаются только при взгляде больного вниз, например, во время спуска по лестнице. Изолированный паралич блокового нерва встречается крайне редко.

Нарушение функции отводящего нерва (VI пара) сопровождается сходящимся косоглазием (глазное яблоко повернуто кнутри), ограничением подвижности глазного яблока кнаружи, усилением двоения при взгляде кнаружи.

При сдавлении, ушибе головного мозга обычно наблюдается центральный паралич лицевого нерва (VII пара) – парез или паралич нижней части лицевой мускулатуры на стороне, противоположной очагу повреждения головного мозга.

Функцию нижних ветвей лицевого нерва определяют при помощи следующих тестов:

1. оскаливание зубов;
2. надувание щек;
3. свист и задувание свечи.

На пораженной стороне лица наблюдается сглаженность носогубной складки (паралич мышцы смеха), рот перетянут в здоровую сторону (паралич большой скуловой мышцы). При надувании щек на пораженной стороне щека —парусит (паралич щечной мышцы).

МЕ ТОДИКА В ЫП ОЛ НЕ НИЯ П А Р Е З О В И П А Р А Л И Ч Е Й

При тяжелых органических поражениях головного мозга наблюдаются парезы и параличи конечностей. Для их выявления необходимо оценить мышечный тонус и объем движений в конечностях. Обычно вначале наблюдается гипотония мышц, более выраженная на стороне будущего паралича. Затем наблюдается повышение тонуса мышц в пораженных конечностях, характерные симптомы при пассивных движениях. При сгибании и разгибании пораженных конечностей в локтевом и коленном суставах исследующий отмечает пружинящее сопротивление этим движениям – симптом —перочинного ножа. Пружинящее сопротивление наблюдается в середине движения, наиболее часто в сгибателях предплечья при разгибании руки. При исследовании пассивных движений исследующий отмечает особенности изменения тонуса мышц конечностей, что обуславливает определенное положение руки: она приведена к туловищу, пронирована и согнута в локте, кисть и пальцы согнуты; нога разогнута в бедре и колене, приведена, стопа согнута.

Наблюдаются изменения сухожильных рефлексов, в остром периоде черепно-мозговой травмы они исчезают, затем повышаются. При отсутствии неврологического молоточка можно производить исследование нанося удар по сухожилию согнутым указательным пальцем. Рефлекс сухожилия двуглавой мышцы вызывается ударом по сухожилию мышцы в локтевом сгибе, рука должна находиться в полусогнутом положении, предплечье согнуто под прямым углом. Коленный рефлекс вызывается ударом по сухожилию трехглавой мышцы бедра ниже коленной чашки, пациент сидит,

положив исследуемую ногу на колено второй ноги.

При наличии спастического паралича наблюдается увеличение амплитуды движений конечностей в руке – сгибание предплечья, в ноге – разгибание голени.

При развитии спастического гемипареза, на стороне, противоположной очагу поражения, возникают патологические рефлексy, вызываемые с дистальных отделов конечностей.

Патологические рефлексy:

Рефлекс Бабинского – проводят тупым предметом по наружному краю подошвы с нажимом в направлении от пятки к пальцам. При центральном параличе наблюдается полное разгибание большого пальца и веерообразное расхождение остальных.

Рефлекс Оппенгейма вызывается в ответ на проведение пальцами руки по гребню большеберцовой кости вниз к голеностопному суставу. При этом происходит разгибание I пальца стопы с веерообразным расхождением остальных пальцев.

Рефлекс Россолимо – быстрое подошвенное сгибание пальцев в ответ на отрывистый удар по подушечкам пальцев.

При тяжелой черепно-мозговой травме, сопровождающейся внутричерепным кровоизлиянием, в результате раздражения черепно-мозговых и спинномозговых корешков кровью и влияния повышенного внутричерепного давления, появляются менингеальные симптомы. Чаще всего определяются ригидность затылочных мышц и симптом Кернига.

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕНИНГИАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ.

Ригидность затылочных мышц – субъективно пациент ощущает, что голову тянет назад. Попытка пассивно или активно пригнуть голову вперед (прикоснуться подбородком к груди) не удается, при этом пациент испытывает резкую боль в затылке, а исследующий – ощущение сопротивления в мышцах затылка (—доскообразность мышц||).

Симптом Кернига – в основе его лежит рефлекторное напряжение сгибателей голени. У лежащего на спине пациента сгибают ногу в тазобедренном и коленном суставах. При положительном симптоме разогнуть ногу не удается даже

если пациент находится в бессознательном состоянии, нога остается согнутой под углом в 45°, 60°, 75°.

3. Алгоритм оказания неотложной помощи:

1. вызвать (с помощью третьего лица) бригаду скорой медицинской помощи;
2. обеспечить психический и физический покой;
3. приложить холод на голову;
4. провести оксигенотерапию 70%-м кислородом;
5. ввести не наркотические анальгетики: анальгин, баралгин – для уменьшения головной боли;
6. провести туалет раны, наложить асептическую давящую повязку;

7. транспортировать в нейрохирургический стационар, в положении лежа на спине с фиксированной головой (валики, ватно-марлевое кольцо).

Все манипуляции выполняются в перчатках.

1. Диагностическая программа в стационаре

Проводят:

1. обзорную рентгенографию черепа для исключения повреждения костей;

2. эхоэнцефалографию для исключения внутричерепной гематомы и диагностики нарастающего отека головного мозга;

3. электроэнцефалографию для исключения патологического очага и цереброваскулярной патологии;

4. консультацию офтальмолога: осмотр глазного дна для оценки состояния сосудов и исключения патологии со стороны сетчатки глаза;

5. лабораторные исследования: общий анализ крови (чаще без изменений), общий анализ мочи (без патологии, если нет сопутствующего заболевания почек).

Лечебная программа в стационаре.

1. Проводят первичную хирургическую обработку раны.

2. Назначают:

постельный режим в течение 3-4 недель, психический покой; холод на голову;

беллоид, белласпон — для устранения головокружения;

для профилактики отека головного мозга глицерин 1 гр. на 1 кг веса в смеси с водой в пропорции 1:2, при явлениях нарастающего отека головного мозга дегидратационные средства: глюкоза 40%, сернокислая магнезия 25%, хлористый кальций 10%, лазикс;

антигистаминные препараты: димедрол, пипольфен, для стабилизации вегетативных функций, уменьшения проницаемости сосудов;

витамины В1, В2, С для нормализации функции головного мозга; седативные, симптоматические средства;

диету: первый день фруктово-ягодные соки, 5% раствор глюкозы, со второго дня легкоусвояемую диету.

2. Выполнение техники туалета раны согласно алгоритму.

Задача № 36

Вызов фельдшера скорой помощи к мужчине 65 лет, страдающему гипертонией, через 2 часа после травмы. При спуске с лестницы ударился головой об угол дома. Бессознательное состояние было в течение часа.

Беспокоит усиливающаяся головная боль, тошнота, рвота, появилась и стала нарастать одышка.

При поступлении: пациент в сознании, но оглушен, снижена критика к своему состоянию. Двигательное возбуждение. Сопrotивляется обследованию. Кожа бледная, покрыта холодным потом. Дыхание прерывистое, 22 в минуту. Пульс 60 в одну минуту. АД 140/80 мм рт.ст. Ограничена подвижность глазных яблок кнаружи, нистагм, сглаженность левой носогуб-ной складки.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных физикальных методах исследования, необходимых для уточнения диагноза, и методике их проведения.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Расскажите о диагностической и лечебной тактиках в условиях стационара.
5. Составьте набор для спинномозговой пункции.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга. Внутричерепное кровоизлияние.

Диагноз поставлен на основании:

- а) анамнеза: травмы черепа, длительной потери сознания.
- б) данных объективного исследования: наличия признаков очагового поражения структур головного мозга (недостаточность отводящих нервов, нистагм, центральный парез лицевого нерва, ригидность затылочных мышц) и симптомов нарастающей общемозговой симптоматики (психические расстройства, брадикардия, нарушение дыхания, головная боль, тошнота, рвота), указывающих на прогрессирующее повышение внутричерепного давления.

2. Для уточнения диагноза

Необходимо исключить симптомы нарушения функции зрительного и глазодвигательных нервов. Анизокория, ослабление или отсутствие реакции зрачков на свет, птоз, косоглазие, изменение поля зрения (выпадение половины или четверти поля зрения) будут указывать на интракраниальный характер поражения.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ ЗРАЧКОВ

Важно оценить величину зрачков. В норме зрачок имеет форму кружка диаметром 3-3,5 мм, зрачки обоих глаз равны. Неравномерная ширина зрачков (анизокория) – может наблюдаться при травматических гематомах (эпидуральной и субдуральной), несколько чаще встречается более широкий зрачок на стороне патологического очага.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ РЕАКЦИИ ЗРАЧКОВ НА СВЕТ

Прямая реакция зрачков на свет: глаза пациента должны быть освещены равномерно, недопустимо применять ярко вспыхивающий, внезапный свет. Медицинский работник своими руками прикрывает оба глаза пациента, а затем быстро убирает одну руку от глаза, что сопровождается сужением зрачка. Таким же образом исследуется прямая реакция зрачка другого глаза.

Содружественная реакция зрачка – сужение зрачка неосвещенного глаза, т.е. реакция на световое раздражение противоположного глаза.

Методика исследования: Один глаз пациента закрывают рукой, а другой слегка приоткрывают. После того, как исследующий снимает руку с

закрытого глаза, в слегка приоткрытом глазу также наблюдается сужение зрачка. При повторном закрытии глаза рукой зрачок в приоткрытом глазу расширяется.

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ

При отсутствии прибора для определения поля зрения – периметра, представление о состоянии поля зрения можно получить, используя —контрольный или пальцевой способ. Этот способ наиболее прост, но не точен и пригоден только для обнаружения грубых дефектов поля зрения.

Пациент и исследующий садятся друг против друга на расстоянии 0,5 м, причем пациент садится спиной к свету и закрывает рукой правый глаз, а мед. работник – левый, при исследовании правого глаза – наоборот. Мед. работник должен иметь нормальные границы поля зрения. Затем мед. работник передвигает от периферии к центру раздвинутые пальцы своей руки по средней линии между собой и пациентом, постепенно приближая кисть руки к центру поля зрения. Пациент должен указать момент, когда он замечает появление в поле зрения руки мед. работника. Если он отмечает движения одновременно с исследующим, значит его поле зрения в этом направлении имеет нормальные границы.

Методику исследования функции глазодвигательных нервов смотри в эталоне ответа к задаче № 35.

3. Алгоритм оказания неотложной помощи:

В машине скорой медицинской помощи:

1. приложить холод на голову, с целью повышения резистентности головного мозга к гипоксии;
2. провести оксигенотерапию 70%-м кислородом, для устранения гипоксемии;
3. применить антигипоксанты: (седуксен до 4 мл в/в);
4. начать дегидратационную терапию (дексаметазон 1 мг/кг в/в, лазикс 4-12 мл в/в), для уменьшения явлений отека мозга;
5. транспортировать в нейрохирургический стационар, в положении лежа на спине с фиксацией головы (ватно-марлевым кольцом).

4. Диагностическая программа в стационаре

Провести:

1. обзорную рентгенографию костей черепа, для исключения нарушения целостности костей;
2. спинномозговую пункцию. Повышение ликворного давления, белка и наличие эритроцитов подтверждают поставленный диагноз;
3. эхоэнцефалографию, для диагностики внутричерепной гематомы и нарастающего отека головного мозга;
4. магнитно-резонансную компьютерную томографию, для уточнения величины и локализации патологического очага;
5. консультацию окулиста (наличие кровоизлияний на глазном дне подтверждает диагноз);
6. лабораторные исследования: общий анализ крови (наблюдается лейкоцитоз, сменяющийся лимфоцитозом, повышается уровень остаточного

азота, гипергликемия); общий анализ мочи (отмечается альбуминурия, иногда гликозурия, реже гиалиновые цилиндры и гематурия).

Лечебная программа в стационаре

Назначают:

1. постельный режим, психический покой;
2. холод на голову.
3. дегидратационные средства: 40% глюкоза (при отсутствии диабета), 25% сернокислая магнезия, 10% хлористый кальций в/в, диуретики – лазикс в/в; антигипоксанты: натрия оксibuтират 20%, седуксен;
4. глюкокортикоидные гормоны (предпочтительнее группы дексаметазона), в/в;
5. гемостатические средства (1% викасол, 10% хлористый кальций, 10% глюконат кальция);
6. оксигенотерапию 70%-м кислородом;
7. 4% раствор бикарбоната или лактата натрия в/в для коррекции нарушений кислотно-щелочного равновесия (при наличии ацидоза).

При неэффективности консервативной терапии назначают хирургическое лечение.

5. Составление набора для спинномозговой пункции.

Задача № 37

Вызов фельдшера на стройку к рабочему 25 лет, упавшему со второго этажа.

Объективно: состояние тяжелое, сознание отсутствует, изо рта и носа выделяется кровь, на лице и одежде следы рвотных масс. Дыхание поверхностное, прерывистое, 20 в минуту. Кожные покровы бледные, зрачки узкие, веки опущены, пульс 60 в минуту, слабого наполнения, АД 100/60 мм рт. ст.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Составьте набор хирургических инструментов для трахеостомии.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Перелом основания черепа. Диагноз поставлен на основании данных: а) анамнеза – падение с высоты;

б) характерных данных объективного исследования: потеря сознания, кровотечение изо рта и носа, поверхностное, прерывистое дыхание, частый слабый пульс, пониженное артериальное давление, миоз, двухсторонний птоз, повторная рвота.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

1. обеспечить свободную проходимость дыхательных путей: удалить кровь, слизь, рвотные массы из носа и полости рта стерильной резиновой грушей;

2. уложить пациента на носилки на спину, с фиксацией головы ватно-марлевым кольцом;

3. приложить холод на голову с целью гемостаза и повышения резистентности головного мозга к гипоксии;
4. провести оксигенотерапию 70%-м кислородом с целью улучшения оксигенации крови;
5. применить гемостатические средства;
6. обеспечить щадящую транспортировку в нейрохирургический стационар.

Все манипуляции выполняются в перчатках

3. Составление набора хирургических инструментов для трахеотомии.

Задача № 38

В ФАП доставлен мужчина 25 лет. Получил удар бортом машины по спине, при падении ударился о стенку зернохранилища. Потери сознания не было. Не смог встать на ноги и идти.

Жалобы на жгучую боль в позвоночнике и боль в животе, слабость и отсутствие движений в ногах.

Объективно: Состояние средней тяжести, кожа бледная, АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 80 в минуту. Дыхание не нарушено. Живот мягкий, безболезненный. В надлобковой области определяется округлое, упругое эластичное, умеренно болезненное образование. В нижнегрудном отделе позвоночника на уровне X-XI грудных позвонков — кровоподтек, умеренная болезненность при пальпации, отмечается выстояние остистых отростков X-XI грудных позвонков. Отмечаются отсутствие активных движений, понижение и уменьшение силы в нижних конечностях, снижение чувствительности ниже пупартовой связки.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных физикальных методах обследования, необходимых для уточнения диагноза, и методике их проведения.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи, возможных осложнениях.
4. Расскажите о диагностической и лечебной программе в стационаре.
5. Продемонстрируйте катетеризацию мочевого пузыря на фантоме.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Закрытый компрессионный перелом тел X-XI грудных позвонков с повреждением спинного мозга и тазовыми расстройствами.

Диагноз поставлен на основании:

а) анамнеза и жалоб: на сильный удар в спину, боль в пояснице, слабость в нижних конечностях;

б) данных объективного исследования: кровоподтек в нижнегрудном отделе позвонка, умеренная болезненность при пальпации поясничной области, выстояние остистых отростков X-XI, грудных позвонков, припухлость, наличие пальпируемого образования в надлобковой области

(переполненный мочевой пузырь), отсутствие активных движений, понижение тонуса и уменьшение силы в мышцах нижних конечностей, снижение чувствительности ниже уровня повреждения позвоночника.

2. Для уточнения диагноза и исключения поражения органов брюшной полости необходимо проверить отсутствие напряжения мышц передней брюшной стенки и симптомов раздражения брюшины.

МЕ ТОДИКА ПР ОВ Е ДЕ Н ИЯ П ОВ Е Р Х НО СТН ОЙ ПА ЛЬПА Ц ИИ

ДЛЯ О ПР Е ДЕ ЛЕ Н ИЯ НА ПР ЯЖ Е Н И Я М Ы ШЦ ПЕ Р Е ДНЕ Й БР Ю ШНО Й СТЕ НКИ

При пальпации по методу Образцова-Стражеско пациент должен лежать на спине с вытянутыми ногами и сложенными на груди руками, спокойно, глубоко дышать, расслабив мускулатуру брюшного пресса. Пальпацию проводят осторожно, теплыми руками, чтобы не вызвать у больного неприятных ощущений и усиления болей. Кисть расправляют и слегка согнутыми пальцами производят легкие поглаживающие движения передней брюшной стенки, поэтапно перемещаясь от здоровой области к болезненному участку. При этом можно выявить местное или общее напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность в области воспалительного очага.

МЕ ТОДИКА ОПР Е ДЕ ЛЕ НИ Я С И МПТО М ОВ Р А З ДР А Ж Е НИ Я БР ЮШ ИН Ы

С им птом Щ етк ина -Б люм берга. При относительно быстром отнятии руки от вдавленной брюшной стенки возникает гораздо более резкая болезненность, чем при надавливании. Появление болей зависит от сотрясения пристеночной брюшины. Симптом характерен для всех процессов в брюшной полости, вызывающих раздражение брюшины (воспаление, кровотечение).

Для уточнения характера двигательных расстройств в нижних конечностях необходимо исключить наличие центрального или периферического паралича (методику исследования смотри в эталоне ответа к задаче №35).

В конкретном случае, в зависимости от уровня повреждения спинного мозга, можно определить только наличие (или отсутствие) патологических подошвенных рефлексов, характерных для спастического паралича. Определение силы и тонуса мышц в нижних конечностях и проведение характерных для периферического паралича проб могут привести к дополнительной травме спинного мозга. Эти обследования проводятся невропатологом в стационаре, после уточнения характера повреждения спинного мозга.

3. Алгоритм оказания неотложной помощи:

1. вызов (с помощью третьего лица) бригады скорой медицинской помощи;

2. введение анальгетиков для уменьшения боли и профилактики шока – 2 мл 50% раствора анальгина, тромала, мора-дола;

3. бережное укладывание пострадавшего при помощи 3-5 человек в

один прием на носилки со щитом в положении на спине, с осторожной фиксацией ремнями и лямками. Должно быть соблюдено правило – пострадавший должен быть уложен на носилки лишь один раз, второе переукладывание только в постель с операционного стола;

4. катетеризация мочевого пузыря резиновым катетером – для эвакуации мочи;

5. шадящая транспортировка в нейрохирургический стационар.

4. Диагностическая программа в стационаре:

Провести:

1. рентгенографию нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника;

2. магнито-резонансную томографию для уточнения локализации и характера повреждения позвоночника и спинного мозга;

3. УЗИ органов брюшной полости;

4. люмбальную пункцию с исследованием спинномозговой жидкости для установления вида повреждения спинного мозга;

5. лабораторные исследования: общий анализ крови, мочи.

Лечебная программа в стационаре:

Решение вопроса о выборе метода лечения проводится индивидуально в каждом конкретном случае.

При выборе консервативного метода лечения необходимо:

1. уложить пациента на щит для осуществления вытяжения и репозиции поврежденных позвонков с помощью валика, подложенного под область физиологического лордоза;

2. проводить профилактику трофических нарушений;

3. назначить антибактериальную терапию для профилактики инфекционных осложнений;

4. проводить медикаментозную терапию, направленную на восстановление утраченных функций спинного мозга;

5. назначить физические методы лечения (ЛФК, массаж) для реабилитации функции нижних конечностей.

5. Выполнение техники катетеризации мочевого пузыря резиновым катетером согласно алгоритму (на фантоме).

Задача №39

Во время производственной аварии в результате падения бетонной арматуры правую нижнюю конечность строителя придавило тяжелым обломком бетонного перекрытия, под которой пострадавший находился около 4 часов.

Объективно: больной заторможен, резкая бледность кожных покровов, жалуется на интенсивные боли, озноб, пульс слабый, частый, 118 ударов в минуту, АД 80/60 мм рт. ст. После освобождения из-под завала кожа на месте сдавливания резко бледная, с синюшными пятнами и вдавлениями. На коже появились пузыри, наполненные серозной и серозно-геморрагической жидкостью. Мягкие ткани имеют деревянистую плотность, чувствительность утрачена; движения в конечности отсутствуют, пульс на сосудах не

определяется.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте тугое бинтование конечности эластическим бинтом.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: синдром длительного сдавливания (СДС; краш-синдром; травматический токсикоз).

Диагноз основан на наличии факта травмы и ее обстоятельств, а также данных объективного исследования: большой за-торможен, резкая бледность кожных покровов, пульс слабый, частый 118 уд/мин., АД 80/60 мм рт.ст. При осмотре освобожденной из-под завала конечности кожа резко бледная, с синюшными пятнами и вдавлениями, появились пузыри с серозной и серозно-геморрагической жидкостью. Деревянистая плотность мягких тканей, потеря чувствительности, отсутствие движений в конечности и исчезновение пульса на сосудах являются абсолютными признаками СДС.

2. Алгоритм оказания неотложной медицинской помощи:

а) обезболивание наркотическими анальгетиками, введение седативных средств;

б) освобождение конечности от сдавливания и наложение жгута выше места сдавливания; в) при необходимости проведение мероприятий по устранению асфиксии, включая ИВЛ; г) наложение асептических повязок на раны;

д) тугое бинтование конечности от периферии эластическими бинтами; ж) транспортная иммобилизация;

е) обкладывание конечности пузырями со льдом, грелками с холодной водой; к) теплое питье (чай, кофе), щелочно-солевой раствор;

л) введение сердечнососудистых препаратов, дыхательных analeптиков, антигистаминных препаратов; м) оксигенотерапия;

н) немедленная госпитализация больного в лечебное учреждение в положении лежа на носилках.

3. Тугое бинтование конечности эластическим бинтом проводится согласно алгоритму.

Задача № 40

В ФАП обратилась очень взволнованная женщина с трехлетним ребенком, с жалобами на беспокойство ребенка, нарушение сна, дурной запах из носа.

Из анамнеза выяснено, что накануне ребенку в детском саду сверстник засунул в нос кусочек паралона от мягкой игрушки.

Объективно: Состояние ребенка удовлетворительное, температура 37,20. Ребенок периодически трет нос рукой. Нос

отечен, преимущественно правая половина. Носовое дыхание нарушено, имеется серозно-гнойное отделяемое. При детальном осмотре, приподняв кончик носа, фельдшер обнаружил в глубине правой ноздри инородное тело.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Пр продемонстрируйте технику удаления инородного тела из носа (на фантоме).

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Инородное тело в полости носа.
Ставится на основании данных:
 - а) анамнеза и жалоб, выясненных при беседе с матерью;
 - б) объективного исследования: нос отечен, носовое дыхание затруднено, в глубине правой ноздри визуализируется инородное тело.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - а) ребенка и маму успокоить, объяснить маме необходимость и безопасность удаления инородного тела; б) ребенка уложить, запеленать и удалить инородное тело с помощью пинцета;
 - в) убедиться в восстановлении носового дыхания и отсутствии кровотечения; г) носовые ходы промыть раствором фурацилина через пипетку.Все манипуляции выполняются в перчатках.
- д) Ребенка направить на консультацию к отоларингологу.
Все эти действия необходимы для восстановления дыхания, комфорта ребенка и предотвращения развития в носу гни-лостной инфекции.
3. Манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Задача № 41

Вызов фельдшера скорой помощи к ребенку 5 лет. Во время игры с мелкими деталями конструктора ребенок внезапно начал судорожно кашлять, задыхаться, плакать.

Объективно: состояние тяжелое, кожа лица с багровым оттенком, слизистые цианотичные, на глазах слезы, поверхно-стные вены шеи выбухают, наблюдается раздувание крыльев носа и втяжение межреберных промежутков при вдохе.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Составьте набор инструментов для трахеостомии.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Инородное тело дыхательных путей.
Ставится на основании данных:
 - а) анамнеза: внезапный приступ судорожного кашля во время игры с мелкими деталями конструктора, удушье и беспокойство свидетельствуют об аспирации инородного тела;
 - б) объективного исследования: состояние тяжелое, явления острой дыхательной недостаточности.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи.

Инородное тело в дыхательных путях представляет опасность: развитие асфиксии и клинической смерти, поэтому помощь должна оказываться экстренно.

а) Восстановить проходимость дыхательных путей, применив прием Геймлиха. Для этого нужно встать сзади пострадавшего, обхватить обеими руками и одновременно с усилием несколько раз сдавить грудную клетку с боков и подложечную область. Вытолкнутое потоком воздуха инородное тело освободит дыхательные пути. Следует быть максимально осторожным, т.к. возможна регургитация, а при чрезмерном сдавлении – разрыв печени, желудка, фибрилляция желудочков.

При отсутствии эффекта пострадавшего укладывают на стол, голову максимально отгибают назад и через открытый рот осматривают область гортани. При обнаружении инородного тела его захватывают пинцетом, пальцами, корнцангом и удаляют.

б) После восстановления проходимости дыхательных путей проводят оксигенотерапию (с целью купировать гипоксию).

в) Ребенка в положении полусидя транспортируют в отделение неотложной детской хирургии или отоларингологии, продолжая оксигенотерапию.

При необходимости осуществляют аспирацию слизи из верхних дыхательных путей через тонкий катетер.

Манипуляции выполняются в перчатках.

Если попытки удаления инородного тела оказались неэффективными, ребенка экстренно (со звуковой и световой сигнализацией) доставить в ЛПУ для оказания специализированной помощи.

3. Набор составляется в соответствии с алгоритмом.

Вопросы для опроса:

1. Грыжи передней брюшной стенки. Клиника, диагностика, лечение.
2. Ахалазия пищевода. Клиника, диагностика, лечение.
3. Дивертикул пищевода. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
4. Химические ожоги пищевода желудка и их последствия. Первая помощь при ожогах.
5. Консервативное и хирургическое лечение рубцовых стриктур пищевода.
6. Язвенная болезнь желудка и 12 п.к. Клиника, диагностика, лечение. Показания к хирургическому лечению. Виды оперативных вмешательств.
7. Прободные язвы желудка и 12 п.к. Клиника, диагностика, лечение.
8. Острые гастродуоденальные кровотечения, диф. диагностика, тактика хирурга.

- 9.Пилоро-дуоденальный стеноз. Клиника, диагностика, лечение.
- 10.Рак желудка: классификация, клиника, лечение.
- 11.Желчно-каменная болезнь. Клиника, диагностика, лечение.
- Осложнения ЖКБ.
- 12.Острый холецистит. Классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 13.Острый панкреатит. Классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 14.Хронический панкреатит. Формы. Диагностика, лечение. Опухоли поджелудочной железы. Диагностика и лечение.
- 15.Злокачественные опухоли печени. Клиника, диагностика, лечение.
- 16.Гидатидозный эхинококк печени. Диагностика, лечение. Альвеококк печени. Определение понятия, клиника.
- 17.Рак толстой кишки: особенности клиники, лечение рака правой и левой половины толстой кишки, виды операций, осложнения.
- 18.Неспецифический язвенный колит. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению. Болезнь Крона.
- 19.Рак прямой кишки. Классификация, особенности клинической картины в зависимости от локализации опухоли, лечение.
- 20.Трещины заднего прохода, геморрой. Клиника, диагностика, лечение.
- 21.Острый аппендицит. Классификация, патогенез, клиника, диф.диагностика, лечение, осложнение и профилактика.
- 22.Особенности течения острого аппендицита в зависимости от расположения червеобразного отростка и возраста больных. Особенности течения у беременных женщин, детей, пожилых людей.
- 23.Кишечная непроходимость: классификация, патогенез, клиника, диф.диагностика, осложнения, лечение.
- 24.Поддиафрагмальный, тазовый и межкишечный абсцессы: этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 25.Варикозное расширение вен нижних конечностей: этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 26.Посттромбофлебитический синдром. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- Хронические окклюзионные поражения артерий: классификация,

клиника, диагностика, лечение.

27.Тромбофлебиты и флеботромбозы: клиника, диагностика, лечение, экспертиза временной нетрудоспособности.

28.Острые тромбозы магистральных сосудов: клиника, диф.диагностика, лечение, антикоагулянтная и фибринолитическая терапия.

29.Тромбозы и эмболия мезентериальных сосудов. Ишемический колит. Диагностика. Лечение.

30.Ущемленные грыжи. Клиника, диагностика, лечение. Мнимое вправление. Тактика при вправившейся ущемленной грыже

31.Дивертикулит и дивертикулез толстой кишки. Осложнения, лечение.

32.Перитониты. Классификация, этиология, патогенез, клиническая картина при различных стадиях перитонита. Лечение.

33.Аппендикулярный инфильтрат. Клиника, диагностика, лечение и исходы

34. Мочекаменная болезнь.

35. Острый пиелонефрит.

36. Острый пиелонефрит беременных.

37. Хронический пиелонефрит. Деструктивный пиелонефрит.

38. Паранефрит. Гидронефроз. Нефроптоз.

39. Травматические повреждения почки. Травматические повреждения мочеточника. Травматические повреждения мочевого пузыря

40. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Рак предстательной железы.

41. Опухоли почки. Рак почки

42. Опухоли мочевого пузыря. Рак мочевого пузыря.

43. Простатит.

5.2 Оценочные материалы для оценки промежуточной аттестации (оценка планируемых результатов обучения)

Вопросы к экзамену

1. Облитерирующий атеросклероз. Этиология. Клиническая картина.Лечение.

2.

Комплексные мероприятия при профузных кровотечениях из пищеварительного

тракта.

3. Дивертикулы пищевода. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.

4. Предраковые заболевания желудка. Тактика хирурга.

5. Роль поликлиники в диспансерном методе обслуживания хирургических больных.

6. Методы обследования больных с облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей.

7. Реинфузия крови и аутогемотрансфузия. Определение понятия. Техника выполнения. Показания и противопоказания.

8. Хирургические методы лечения варикозного расширения вен нижних конечностей.

9. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

10. Эмболия легочной артерии. Этиология. Клинические формы. Диагностика, лечение. Реанимационные мероприятия.

11. Незаращение артериального (Боталлова) протока. Клиника, диагностика, лечение.

12. Тиреотоксический криз. Этиопатогенез. Клиника, лечение.

13. Эндемический зоб. Определение понятия. Классификация. Признаки зобной эндемии. Профилактика.

Показания к операции.

14. Спонтанный пневмоторакс. Клиника. Диагностика. Лечение.

15. Легочное кровотечение. Причины, диагностическая и лечебная тактика.

16. Тиреотоксический зоб. Клиника, диагностика и лечение, показания к операции.

17. Облитерирующий эндартериит нижних конечностей. Определение понятия. Классификация. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

18. Заболевания молочной железы. Классификация, методы обследования.

19. Гангрена легкого. Диагностика, лечение, осложнения.

20. Кишечные свищи, Классификация, клиника, лечение.

21. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и кардии. Клиника, диагностика и методы лечения.

22. Рентгенологические, эндоскопические, интраоперационные методы

исследования примеханической желтухе.

23. Острый и хронический абсцесс абсцесс легкого. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

24. Хронический абсцесс легкого. Дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение.

25. Медиастинит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

26. Дифференциальная диагностика острого и хронического панкреатита.

27. Портальная гипертензия. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.

28. Хирургическая коррекция нарушений ритма.

29. Инородные тела бронхов. Диагностика и лечение. Бронхологические методы исследования в торакальной хирургии.

30. Кисты и свищи поджелудочной железы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

31. Перикардиты. Классификация, этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

32. Неспецифический язвенный колит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

33. Ваготомия в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Постваготомные синдромы. Клиника. Диагностика, лечение.

34. Постхолецистэктомический синдром. Определение понятия. Причины, клиника, диагностика, лечение.

35. Спорадический зуб. Классификация. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

36. Полипоз ободочной кишки. Классификация. Клиника, диагностика, лечебная тактика.

37. Расслаивающая аневризма аорты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

38. Доброкачественные опухоли молочной железы. Клиника, диагностика, лечение.

39. Эхинококкоз печени. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

40. Острый гнойный мастит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

41. Ишемическая болезнь сердца. Клиника, диагностика, хирургическое лечение. Показания к операции.

42. Инородные тела пищевода. Клиника, диагностика, лечебная тактика.

43. Врожденные пороки ?синего типа?. Тетрада Фалло. Клиника, диагностика, лечение.

44. Острый гнойный плеврит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

45. Эмпиема плевры. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

46. Острый панкреатит. Этиология. Клиника. Диагностика.

Принципы лечения.

47. Хронический панкреатит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальный диагноз. Лечение.

48. Закрытая травма печени и селезенки. Дифференциальная диагностика повреждений полых органов от паренхиматозных.

49. Химические ожоги пищевода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде.

50.

Организация хирургической службы в поликлинике. Экспертиза трудоспособности хирургических больных.

51. Инородные тела пищеварительного тракта. Клиника, диагностика, тактика хирурга.

52. Скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Клиника, дифференциальный диагноз и лечение.

53. Тиреотоксический зоб. Осложнения во время и после операции. Лечение осложнений.

54. Кардиоспазм. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

55. Доброкачественные опухоли пищевода. Клиника, диагностика. Лечение.

56. Болезни оперированного желудка. Классификация, клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению.

57. Недостаточность митрального клапана. Этиология, гемодинамика, клиника, диагностика, профилактика и лечение.

58. Экстракорпоральные методы детоксикации в хирургии (гемо-, лимфосорбция, плазмаферез, АУФОК, ксеноспленоперфузия и др.).

59. Доброкачественные опухоли легких. Классификация, клиника, методы дифференциальной диагностики, лечение.

60. Механическая желтуха. Дифференциальная диагностика. Дополнительные методы обследования при желтухе.

61. Митральный стеноз. Механизм развития порока. Клиника, диагностика, принципы хирургического лечения.

62. Врожденные пороки. Классификация. Показания к хирургическому методу лечения. ТетрадаФалло. Способы операции.

63. Опухоли и кисты средостения. Классификация. Специальные методыобследования.

64. Повреждения и заболевания селезенки. Клиника, диагностика, лечение. Показания кспленэктомии.

65. Посттромбофлебитический синдром. Определение понятия, классификация, клиника, диагностика, лечение.

66. Болезнь Рейно. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.

67. Холангит. Клиника, диагностика. Лечение.

68.

Специальныеметодыобследованияпищевода.Классификацияидифференциальнаядиагностиказаболеваний

пищевода.

69. Тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, Лечение.

70. Классификация заболевания щитовидной железы.

71. Полипоз желудка. Этиопатогенез, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.

72. Хронические окклюзионные поражения артерий верхних конечностей. Болезнь Такаюсу. Клиника, диагностика, лечение

73. Тромбофлебиты глубоких вен нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение. Принципы

антикоагулянтной терапии. Показания к операции.

74. Аутоиммунный тиреоидит. Этиопатогенез, клиника, принципылечения.

75. Доброкачественные опухоли и кисты средостения. Клиника, диагностика, лечение.

76. Синдром Лериша. Клиника, специальные методы обследования, лечение.

77. ОрганизацияхирургическойслужбынаселениюРоссиииМордовии.

78.

Геморрой. Этиопатогенез. Клиника, Дифференциальныйдиагноз. Лечение.

79. С.С.Юдин. Его роль в развитии хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки.

80. Острая кишечная непроходимость. Классификация. Диагностика. Лечение.

81. Инвагинация кишечника. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания коперации.

82.

Странгуляционнаякишечнаянепроходимость:завороты,узлообразованиеиинвагинациякишок.

83. Обтурационнаянепроходимость кишечника. Причины. Клиника. Диагностика. Тактикахирурга.

84. Пупочные грыжи. Грыжи белой линии живота. Клиника.Лечение.

85. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Этиопатогенез. Клиника илечение.

86. Перитонит. Этиопатогенез. Клиника, диагностика. Тактикахирурга.

87. Острый холецистит. Клиника, диагностика,лечение.

88.

Желчнокаменнаяболезнь.Этиопатогенез.Клиника.Дифференциальныйдиагно з.Лечение.

89. Желудочно-кишечное кровотечение. Этиология. Клиника. Диагностика. Тактикахирурга.

90. Перфоративная язва желудка. Клиника. Диагностика.Лечение.

91. Острые нарушения проходимости магистральных артерий конечностей. Дифференциальный диагноз. Тактика хирурга.

92. Приобретенные паховые грыжи. Хирургическая анатомия пахового канала. Оперативное лечение паховых грыж.

93. Дифференциальная диагностика желудочно-кишечныхкрово́тчений.

94. Ущемленная грыжа. Клиника, диагностика. Тактикахирурга.

95. Трещина заднего прохода. Клиника, диагностика.Лечение.

96. Острый аппендицит. Классификация. Клиника, диагностика. Особенности клиники у больных пожилого

возраста, беременных идетей.

97. Острый аппендицит. Дифференциальный диагноз. Тактикахирурга.

98. Осложненияострогоаппендицита.Диагностика.Тактикахирурга.

99. Послеоперационные осложнения при остром аппендиците. Тактика хирурга. Профилактика.

100. Рубцово-язвенный пилородуоденальный стеноз. Патогенез. Клиника, Хирургическое лечение.

101. Бедренные грыжи. Клиника.Дифференциальный диагноз. Способы оперативноголечения

102. Организация урологической службы

103. Анатомия и физиология органов мочеполовой системы
104. Хирургическая анатомия, физиология и оперативная хирургия органов мочеполовой системы
105. Симптомы и синдромы урологических заболеваний
106. Методы обследования урологических больных.
107. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов
108. Мочекаменная болезнь
109. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы
110. Рак предстательной железы
111. Опухоли почек
112. Опухоли мочевого пузыря
113. Трансплантационная урология
114. Гидронефроз
115. Малые урологические операции
116. Операции на органах мошонки
117. Туберкулез органов мочеполовой системы
118. Травмы мочевыделительных органов
119. Нарушения сперматогенеза
120. Эректильная дисфункция
121. Гиперпластические процессы в урологии
122. Воспалительные заболевания гениталий
123. Доброкачественные заболевания в урологии
124. Диагностика и лечение заболеваний полового члена
125. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода в урологии
126. Эндоскопические методы в урологии

5.3 Шкала и критерии оценивания планируемых результатов обучения по дисциплине

Процедура проведения и оценивания экзамена

Экзамен проводится по билетам в форме устного собеседования. Студенту достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут.

Экзаменационный билет содержит три вопроса.

Критерии выставления оценок:

- Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его

взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

- Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

- Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

• 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, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

• Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

• 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, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

• Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические

работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Критерии и шкалы оценки тестового контроля:

Оценка «отлично» - **высокий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он дал правильные ответы на 85% и более тестовых заданий;

Оценка «хорошо» - **средний уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 75-84% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» - **низкий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 65-74% тестовых заданий;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если он набрал менее 64% правильных ответов на тестовые задания.

Для оценки решения ситуационной задачи:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки рефератов:

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

- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не

полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для оценки презентаций:

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

Критерии и шкала оценивания уровня освоения компетенции

Шкала оценивания	Уровень освоения компетенции	Критерии оценивания
-------------------------	-------------------------------------	----------------------------

отлично	зачтено	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании. изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо		достаточный	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу. обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно		базовый	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	не зачтено	Компетенция не сформирована	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.

6. Перечень учебно-методической литературы

6.1 Учебные издания:

1. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Под ред. А.Ф. Черноусова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с. - ISBN 978-5-9704-2392-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423929.html>

2. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с. - ISBN 978-5-9704-3371-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html>

3. Хирургические болезни. В 2-х т. Том 2 [Электронный ресурс] / Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 600 с. - ISBN 978-5-9704-3457-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434574.html>

4. Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-0879-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970408797.html>

5. Хирургические болезни у детей [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Подкаменев В.В. - 2-е изд., перераб и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-3283-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432839.html>

6.2 Методические и периодические издания

1. Бесплатные медицинские методички для студентов ВУЗов Режим доступа: <https://medvuza.ru/free-materials/manuals>

2. Журнал «Стоматология». Режим доступа: elibrary.ru

3. Российский стоматологический журнал. Режим доступа: elibrary.ru

7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. Единое окно доступа к информационным ресурсам [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://window.edu.ru/>

2. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://www.femb.ru/feml/>, <http://feml.scsml.rssi.ru>

8. Перечень информационных технологий, используемых при

осуществлении образовательного процесса по дисциплине

8.1 Комплект лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства

В процессе изучения дисциплины, подготовки к лекциям и выполнению практических работ используются персональные компьютеры с установленными стандартными программами:

1. Consultant+
2. Операционная система Windows 10.
3. Офисный пакет приложений MicroSoft Office
4. Антивирус Kaspersky Endpoint Security.
5. PROTEGE – свободно открытый редактор, фреймворк для построения баз знаний
6. Open Dental - программное обеспечение для управления стоматологической практикой.
7. Яндекс.Браузер – браузер для доступа в сеть интернет.

8.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС), современных профессиональных баз данных и информационно справочных систем:

1. Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи <http://cito03.netbird.su/>
2. Научная электронная библиотека eLibrary.ru <http://elibrary.ru>
3. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>
4. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/en/>
5. Министерство здравоохранения РФ <http://www.rosminzdrav.ru>
6. Стоматология <http://www.orthodont-t.ru/>
7. Виды протезирования зубов: <http://www.stom.ru/>
8. Русский стоматологический сервер <http://www.rusdent.com/>
9. Электронно-библиотечная система «Консультант студента ВПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru.
10. Каталог профессиональных медицинских интернет-ресурсов <http://www.webmed.irkutsk.ru/>
11. Сайт для врачей <http://www.med-edu.ru/>

9 Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Методические рекомендации для студентов

Основными видами аудиторной работы студентов, обучающихся по программе специалитета, являются лекции и практические (семинарские) занятия. В ходе лекций преподаватель излагает и разъясняет основные понятия темы, связанные с ней теоретические и практические проблемы, дает рекомендации к самостоятельной работе. Обязанность студентов – внимательно слушать и конспектировать лекционный материал.

В процессе подготовки к семинару студенты могут воспользоваться консультациями преподавателя. Примерные темы докладов, сообщений, вопросов для обсуждения приведены в настоящих рекомендациях. Кроме указанных в настоящих учебно-методических материалах тем, студенты могут по согласованию с преподавателем избирать и другие темы.

Самостоятельная работа необходима студентам для подготовки к семинарским занятиям и подготовки рефератов на выбранную тему с использованием материалов преподаваемого курса, лекций и рекомендованной литературы.

Самостоятельная работа включает глубокое изучение научных статей и учебных пособий по дисциплине. Самостоятельную работу над дисциплиной следует начинать с изучения программы, которая содержит основные требования к знаниям, умениям, навыкам обучаемых. Обязательно следует выполнять рекомендации преподавателя, данные в ходе установочных занятий. Затем приступать к изучению отдельных разделов и тем в порядке, предусмотренном программой. Получив представление об основном содержании раздела, темы, необходимо изучить материал с помощью учебника. Целесообразно составить краткий конспект или схему, отображающую смысл и связи основных понятий данного раздела, включенных в него тем. Обязательно следует записывать возникшие вопросы, на которые не удалось ответить самостоятельно.

Методические указания по самостоятельному изучению теоретической части дисциплины

Изучение вузовских курсов непосредственно в аудиториях обуславливает такие содержательные элементы самостоятельной работы, как умение слушать и записывать лекции; критически оценивать лекции, выступления товарищей на практическом занятии, групповых занятиях, конференциях; продуманно и творчески строить свое выступление, доклад, рецензию; продуктивно готовиться к зачетам и экзаменам. К самостоятельной работе вне аудитории относится: работа с книгой, документами, первоисточниками; доработка и оформление лекционного материала;

подготовка к практическим занятиям, конференциям, «круглым столам»; работа в научных кружках и обществах.

Известно, что в системе очного обучения удельный вес самостоятельной работы достаточно велик. Поэтому для студента крайне важно овладеть методикой самостоятельной работы.

Рекомендации по работе над лекционным материалом - эта работа включает два основных этапа: конспектирование лекций и последующую работу над лекционным материалом.

Под конспектированием подразумевают составление конспекта, т.е. краткого письменного изложения содержания чего-либо (устного выступления – речи, лекции, доклада и т.п. или письменного источника – документа, статьи, книги и т.п.).

Методика работы при конспектировании устных выступлений значительно отличается от методики работы при конспектировании письменных источников. Конспектируя письменные источники, студент имеет возможность неоднократно прочитать нужный отрывок текста, поразмыслить над ним, выделить основные мысли автора, кратко сформулировать их, а затем записать. При необходимости он может отметить и свое отношение к этой точке зрения. Слушая же лекцию, студент большую часть комплекса указанных выше работ должен откладывать на другое время, стремясь использовать каждую минуту на запись лекции, а не на ее осмысление – для этого уже не остается времени. Поэтому при конспектировании лекции рекомендуется на каждой странице отделять поля для последующих записей в дополнение к конспекту.

Записав лекцию или составив ее конспект, не следует оставлять работу над лекционным материалом до начала подготовки к зачету. Нужно проделать как можно раньше ту работу, которая сопровождает конспектирование письменных источников и которую не удалось сделать во время записи лекции, - прочесть свои записи, расшифровав отдельные сокращения, проанализировать текст, установит логические связи между его элементами, в ряде случаев показать их графически, выделить главные мысли, отметить вопросы, требующие дополнительной обработки, в частности, консультации преподавателя.

При работе над текстом лекции студенту необходимо обратить особое внимание на проблемные вопросы, поставленные преподавателем при чтении лекции, а также на его задания и рекомендации.

Рекомендации по работе с учебными пособиями, монографиями, периодикой.

Грамотная работа с книгой, особенно если речь идет о научной литературе, предполагает соблюдение ряда правил, овладению которыми необходимо настойчиво учиться. Организуя самостоятельную работу студентов с книгой, преподаватель обязан настроить их на серьезный, кропотливый труд.

Прежде всего, при такой работе невозможен формальный, поверхностный подход. Не механическое заучивание, не простое накопление цитат, выдержек, а сознательное усвоение прочитанного, осмысление его, стремление дойти до сути – вот главное правило. Другое правило – соблюдение при работе над книгой определенной последовательности. Вначале следует ознакомиться с оглавлением, содержанием предисловия или введения. Это дает общую ориентировку, представление о структуре и вопросах, которые рассматриваются в книге. Следующий этап – чтение. Первый раз целесообразно прочитать книгу с начала до конца, чтобы получить о ней цельное представление. При повторном чтении происходит постепенное глубокое осмысление каждой главы, критического материала и позитивного изложения, выделение основных идей, системы аргументов, наиболее ярких примеров и т. д.

Непременным правилом чтения должно быть выяснение незнакомых слов, терминов, выражений, неизвестных имен, названий. Немало студентов с этой целью заводят специальные тетради или блокноты. Важная роль в связи с этим принадлежит библиографической подготовке студентов. Она включает в себя умение активно, быстро пользоваться научным аппаратом книги, справочными изданиями, каталогами, умение вести поиск необходимой информации, обрабатывать и систематизировать ее. Полезно познакомиться с правилами библиографической работы в библиотеках учебного заведения.

Научная методика работы с литературой предусматривает также ведение записи прочитанного. Это позволяет привести в систему знания, полученные при чтении, сосредоточить внимание на главных положениях, зафиксировать, закрепить их в памяти, а при необходимости и вновь обратиться к ним. Конспект ускоряет повторение материала, экономит время при повторном, после определенного перерыва, обращении к уже знакомой работе.

Конспектирование – один из самых сложных этапов самостоятельной работы. Каких-либо единых, пригодных для каждого студента методов и приемов конспектирования, видимо, не существует. Однако это не исключает соблюдения некоторых, наиболее оправдавших себя общих правил, с которыми преподаватель и обязан познакомить студентов:

1. Главное в конспекте не его объем, а содержание. В нем должны быть отражены основные принципиальные положения источника, то новое, что внес его автор, основные методологические положения работы. Умение излагать мысли автора сжато, кратко и собственными словами приходит с опытом и знаниями. Но их накоплению помогает соблюдение одного важного правила – не торопиться записывать при первом же чтении, вносить в конспект лишь то, что стало ясным.

2. Форма ведения конспекта может быть самой разнообразной, она может изменяться, совершенствоваться. Но начинаться конспект всегда должен с указания полного наименования работы, фамилии автора, года и места издания; цитаты берутся в кавычки с обязательной ссылкой на страницу книги.

3. Конспект не должен быть безликим, состоящим из сплошного текста. Особо важные места, яркие примеры выделяются цветным подчеркиванием, взятием в рамочку, отненном, пометками на полях специальными знаками, чтобы как можно быстрее найти нужное положение. Дополнительные материалы из других источников можно давать на полях, где записываются свои суждения, мысли, появившиеся уже позже составления конспекта.

Методические указания по подготовке к различным видам семинарских и практических работ

Участие студентов на семинарских занятиях направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по конкретным темам дисциплины;
- формирование умений демонстрировать полученные знания на публике, реализацию единства интеллектуальной и практической деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых качеств, как самостоятельность, ответственность, точность, творческая инициатива.

Темы, по которым планируются семинарские занятия и их объемы, определяется рабочей программой.

Семинар как вид учебного занятия может проводиться в стандартных учебных аудиториях. Продолжительность - не менее двух академических часов. Необходимыми структурными элементами, помимо самостоятельной деятельности студентов, являются инструктаж, проводимый преподавателем, а также организация обсуждения итогов выступлений студентов. Семинарские занятия могут носить репродуктивный, частично-поисковый и поисковый характер.

Для повышения эффективности проведения лабораторных работ и практических занятий рекомендуется: разработка методического комплекса с вопросами для семинара, разработка заданий для автоматизированного тестового контроля за подготовленностью студентов к занятиям; подчинение методики проведения семинарских занятий ведущим дидактическим целям с соответствующими установками для студентов; применение коллективных и групповых форм работы, максимальное использование индивидуальных форм с целью повышения ответственности каждого студента за самостоятельное выполнение полного объема работ; подбор дополнительных вопросов для студентов, работающих в более быстром темпе, для эффективного использования времени, отводимого на практические занятия.

Оценки за выполнение семинарских занятий могут выставляться по пятибалльной системе или в форме зачета и учитываться как показатели текущей успеваемости студентов.

Методические указания по подготовке к текущему контролю знаний

Текущий контроль выполняется в форме опроса, тестирования.

Методические указания по подготовке к опросу

Самостоятельная работа студентов включает подготовку к устному опросу на семинарских занятиях. Для этого студент изучает лекции преподавателя, основную и дополнительную литературу, публикации, информацию из Интернет-ресурсов.

Тема и вопросы к семинарским занятиям, вопросы для самоконтроля содержатся в рабочей учебной программе и доводятся до студентов заранее. Эффективность подготовки студентов к устному опросу зависит от качества ознакомления с рекомендованной литературой. Для подготовки к устному опросу, блиц-опросу студенту необходимо ознакомиться с материалом, посвященным теме семинара, в учебнике или другой рекомендованной литературе, записях с лекционного занятия, обратить внимание на усвоение основных понятий дисциплины, выявить неясные вопросы и подобрать дополнительную литературу для их освещения, составить тезисы выступления по отдельным проблемным аспектам.

В зависимости от темы, может применяться фронтальная или индивидуальная форма опроса. При индивидуальном опросе студенту дается 5-10 минут на раскрытие темы.

Методические указания по подготовке к тестированию

Успешное выполнение тестовых заданий является необходимым условием итоговой положительной оценки в соответствии с применяемой системой обучения. Тестовые задания подготовлены на основе лекционного материала, учебников и учебных пособий по данной дисциплине.

Выполнение тестовых заданий предоставляет студентам возможность контролировать уровень своих знаний, обнаруживать пробелы в знаниях и принимать меры по их ликвидации. Форма изложения тестовых заданий позволяет закрепить и восстановить в памяти пройденный материал. Предлагаемые тестовые задания охватывают узловые вопросы теоретических и практических основ по дисциплине. Для формирования заданий использована закрытая форма. У студента есть возможность выбора правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий студенты должны изучить лекционный материал по теме, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других литературных источников.

Контрольные тестовые задания выполняются студентами на семинарских занятиях. Репетиционные тестовые задания содержатся в рабочей учебной программе дисциплины. С ними целесообразно ознакомиться при подготовке к контрольному тестированию.

Методические указания по подготовке к зачету (экзамену)

1. Подготовка к зачету/экзамену заключается в изучении и тщательной проработке студентом учебного материала дисциплины с учетом учебников, лекционных и семинарских занятий, сгруппированном в виде контрольных вопросов.

2. На зачет/экзамен студент обязан предоставить:

- полный конспект лекций (даже в случаях разрешения свободного посещения учебных занятий);

- полный конспект семинарских занятий;

3. На зачете/экзамене по билетам студент дает ответы на вопросы билета после предварительной подготовки. Студенту предоставляется право отвечать на вопросы билета без подготовки по его желанию.

Преподаватель имеет право задавать дополнительно вопросы, если студент недостаточно полно осветил тематику вопроса, если затруднительно однозначно оценить ответ, если студент не может ответить на вопрос билета, если студент отсутствовал на занятиях в семестре.

10. Особенности организации обучения по дисциплине при наличии инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Особенности организации обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья осуществляются на основе создания условий обучения, воспитания и развития таких студентов, включающие в себя использование при необходимости адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение учебных дисциплин (модулей) обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Обучение в рамках учебной дисциплины обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется институтом с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся.

Обучение по учебной дисциплине обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

В процессе ведения учебной дисциплины профессорско-преподавательскому составу рекомендуется использование социально-активных и рефлексивных методов обучения, технологий социокультурной реабилитации с целью оказания помощи обучающимся с ограниченными возможностями здоровья в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в учебной группе.

Особенности проведения текущей и промежуточной аттестации по дисциплине для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья устанавливаются с учетом индивидуальных психофизических особенностей и при необходимости предоставляется дополнительное время для их прохождения.

Раздел 11. Материально-техническое обеспечение, необходимое для осуществления образовательного процесса по дисциплине:

№ п/п	Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования	Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с документами по технической инвентаризации)

1.	<p>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых консультаций и индивидуальной работы обучающихся с педагогическими работниками, текущего контроля и промежуточной аттестации.</p> <p>Перечень основного оборудования: учебная мебель (столы, стулья), учебная доска, стол преподавателя, стул преподавателя, демонстрационное и иное оборудование, учебно-наглядные пособия, необходимые для организации образовательной деятельности.</p>	<p>367031, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт Амет-хана Султана, зд.91, 2 этаж, кабинет № 16, технический паспорт административно-учебного здания, выданный АО «Ростехинвентаризация – Федеральное БТИ» Филиал по Республике Дагестан от 06.10.2020</p>
2.	<p>Учебная аудитория для самостоятельной работы обучающихся, оснащенная компьютерной техникой с подключением к сети Интернет и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде организации.</p>	<p>367031, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91, 3 этаж, кабинет № 27, технический паспорт административно-учебного здания, выданный АО «Ростехинвентаризация – Федеральное БТИ» Филиал по Республике Дагестан от 06.10.2020</p>