Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 01.08.2022 16:23:23
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bf8a794cb4

Приложение 4
к основной образовательной программе высшего образования 32.05.01 Медико-профилактическое дело, направленности 02 Здравоохранение в сфере профессиональной деятельности (в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей, профилактической медицины)
ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России
Утверждено на заседании ученого совета
протокол № ____ от «___»_____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Проректор
_____ /И.П. Черная/
«19» июня 2020 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Б1.О.28 Хирургические болезни
(наименование дисциплины (модуля))

Направление подготовки (специальность)	**32.05.01 Медико-профилактическое дело** (код, наименование)
Уровень подготовки	специалитет
Направленность подготовки	02 Здравоохранение
Сфера профессиональной деятельности	в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей, профилактической медицины
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	6 лет
Институт/кафедра	Институт хирургии

Владивосток, 2020

При разработке рабочей программы дисциплины (модуля) Хирургические болезни в основу положены:

1) ФГОС ВО по направлению подготовки (специальности)

32.05.01 Медико-профилактическое дело

утвержденный Министерством высшего образования и науки Российской Федерации «_15__» __июня____2017__г.

2) Учебный план по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело направленности 02 Здравоохранение в сфере профессиональной деятельности обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей, профилактической медицины

утвержденный ученым советом ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России «_15_»____05_____2020_г., Протокол № 4.

Рабочая программа дисциплины (модуля) Хирургические болезни одобрена на заседании кафедры/института

от «_19_» ___мая_____2020__г. Протокол № _5___.

Директор института _____ (подпись) Стегний К.В.

Рабочая программа дисциплины (модуля) Хирургические болезни одобрена УМС по специальности

32.05.01 Медико-профилактическое дело

от «09» мая 2020 г. Протокол № 5.

Председатель УМС _____ (подпись) Скварник В.В.

Разработчики:

к.м.н., доцент _____ Алейникова Е.В.

(занимаемая должность) (подпись) (Ф.И.О.)

_____ Обыденникова Т.Н.

(занимаемая должность) (подпись) (Ф.И.О.)

2. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Цель и задачи освоения дисциплины (модуля) Б1.О.28 Хирургические болезни

Цель освоения дисциплины (модуля) Б1.О.28 Хирургические болезни сформировать знания в сфере хирургических болезней, тенденций развития хирургической техники в зарубежных странах. Выпускник должен овладеть начальными навыками (начальным умением) ведения больных с хирургическими заболеваниями, с учетом дальнейшего обучения и профессиональной деятельности.

При этом ***задачами*** дисциплины (модуля) Б1.О.28 Хирургические болезни являются:

1. изучение общих принципов и особенностей диагностической деятельности в хирургии;
2. изучение основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней;
3. готовность к составлению плана обследования пациента с целью распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания с применением современных диагностических методов (в т.ч. лучевых): эндоскопических, ультразвуковых, рентгенологических;
4. готовность организовать хирургическую деятельность в поликлинических и стационарных отделениях хирургического профиля;

2.2. Место дисциплины (модуля) Б1.О.28 Хирургические болезни **в структуре** основной образовательной программы высшего образования 32.05.01 Медико-профилактическое дело (уровень специалитета), направленности 02 Здравоохранение в сфере профессиональной деятельности (в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей, профилактической медицины)

2.2.1. Дисциплина (модуль) Б1.О.28 Хирургические болезни относится к Блок 1. Дисциплины (модули) обязательной части рабочего учебного плана по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело.

2.2.2. Для изучения дисциплины (модуля) Б1.О.28 Хирургические болезни необходимы следующие знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами:

Нормальная анатомия:

Знания: строения и анатомии человеческого тела, кровоснабжения и иннервации внутренних органов..

Умения: различать органы и отдельные части человеческого тела, знать их топографию.

Навыки: оценки анатомическими основами в клиническом обследовании и оценке состояния организма

Топографическая анатомия и оперативная хирургия

Знания: точного месторасположение различных органов, взаимоотношения различных органов с близлежащими структурами, оперативные доступы к различным частям человеческого тела. Знать традиционный хирургический инструментарий и его название.

Умения: выполнения наиболее типовых доступов к различным областям человеческого тела. Остановка кровотечения из крупных сосудов. Формирование наборов хирургического инструментария для типовых вмешательств.

Навыки: наложение различных видов хирургических швов, выполнение простейших неотложных хирургических вмешательств: трахеостомия, перевязка кровоточащего сосуда, вскрытие поверхностной флегмоны и т.п.

Нормальная физиология и патологическая физиология

Знания: предназначения всех органов и систем организма, какие патогенетические процессы возникают у человека при их дисфункции; возможные пути нормализации этих изменений

Умения: распознавание патологических синдромов на основании данных, представленных преподавателем. Выстраивание патогенетической цепочки дисфункциональных изменений

Навыки: определение ряда патологических состояний организма по представленным данным (симптоматика, лабораторные анализа и т.п.)

Общая хирургия, лучевая диагностика

Знания: Общие принципы клинического обследования хирургического больного. Методы диагностики и диагностические возможности методов непосредственного обследования больного хирургического профиля. Методов клинического, лабораторного, инструментального обследования больного (включая эндоскопическую, рентгенологическую, ультразвуковую диагностику). Клинического проявления основных хирургических синдромов. Критериев диагностики различных заболеваний. Принципов и методы оказания первой медицинской доврачебной помощи при неотложной патологии. Основных этапов лечения больных с наиболее распространенными хирургическими заболеваниями. Основ деятельности медицинского персонала на всех этапах лечения хирургического больного.

Умения: определения по рентгенограмме наличие перелома, вывиха, свободного газа в брюшной полости, гидропневмоторакса. Поставить предварительный диагноз. Наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза. Сформулировать клинический диагноз. Оказывать помощь при неотложных состояниях. Обследовать пациента при различных травмах, гнойно-септических состояниях. Выявлять жизнеопасные нарушения при кровотечениях. Накладывать транспортные шины, бинтовые и косыночные повязки. Вводить дренажи через дренажи и микроирригаторы. Оценивать пригодность крови и ее препаратов к трансфузии. Проводить контроль за показателями гемодинамики. Перед операцией и хирургической манипуляцией обрабатывать руки, операционное поле, надевать стерильную хирургическую маску, надеть и снять стерильные хирургические перчатки, стерильный халат самостоятельно и с помощью операционной сестры. Заполнять историю болезни.

Навыки: ведения медицинской документации. Общеклинического обследования. Интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики. Алгоритмом развернутого клинического диагноза. Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к врачу-специалисту.

2.3. Требования к результатам освоения дисциплины (модуля) Б1.О.28 Хирургические болезни

Освоение дисциплины (модуля) Б1.О.28 Хирургические болезни направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций

Индикаторы достижения установленных универсальных компетенций

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	**Код и наименование универсальной компетенции выпускника**	**Индикаторы достижения универсальной компетенции**
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	УК-1.1- осуществляет поиск и интерпретирует профессиональные проблемные ситуации УК-1.2- определяет источники информации для критического анализа профессиональных проблемных ситуаций УК-1.3- разрабатывает и содержательно аргументирует стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов

Индикаторы достижения установленных общепрофессиональных компетенций

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	**Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника**	**Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции**
Этиология и патогенез	ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ИДК.ОПК-5_1- определяет и оценивает физиологические состояния и патологические процессы организма человека ИДК.ОПК-5_2- владеет алгоритмом клинико-лабораторной и функциональной диагностики при решении профессиональных задач ИДК.ОПК-5_3- оценивает результаты клинико-лабораторной и функциональной диагностики при решении профессиональных задач
Донозологическая диагностика	ОПК-9. Способен проводить донозологическую диагностику заболеваний для разработки профилактических мероприятий с целью повышения уровня здоровья и предотвращения заболеваний	ИДК.ОПК-9_1- оперирует современными методами и понятиями современной донозологической диагностики и персонифицированной медицины при решении профессиональных задач

2.4. Характеристика профессиональной деятельности выпускника

2.4.1. При реализации дисциплины (модуля) Б1.О.28 Хирургические болезни **в структуре** основой образовательной программы высшего образования **32.05.01 Медико-профилактическое дело** (уровень специалитета), направленности 02 Здравоохранение (в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей, профилактической медицины), в сфере профессиональной деятельности 02 Здравоохранение (в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей, профилактической медицины) выпускники готовятся к профессиональной деятельности, направленной на деятельность по обеспечению безопасности среды обитания для здоровья человека; деятельность по проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

2.4.2. Объекты профессиональной деятельности выпускников не определены в ООП

2.4.3 Задачи профессиональной деятельности выпускников

- профилактическая;
- организационно-управленческая;

2.4.4. Виды профессиональной деятельности, на основе формируемых при реализации дисциплины (модуля) компетенций:

- Деятельность по обеспечению безопасности среды обитания для здоровья человека;
-Деятельность по проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
-Деятельность по осуществлению федерального государственного контроля (надзора) и предоставлению государственных услуг;

3. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

3.1. Объем дисциплины (модуля) Б1.О.28 Хирургические болезни **и виды учебной работы**

Вид учебной работы	**Всего часов**	**Семестры**	
		№ _5_	**№ _6_**
		часов	**часов**
1	2	3	4
Аудиторные занятия (всего), в том числе:	**118**	**48**	**70**
Лекции (Л)	30	12	18
Практические занятия (ПЗ),	88	36	52
Семинары (С)			
Лабораторные работы (ЛР)			
Самостоятельная работа обучающегося (СР),в том числе:	**62**	**24**	**38**
Электронный образовательный ресурс (ЭОР)			
История болезни (ИБ)	2	2	
Курсовая работа (КР)			
Реферат	15		15
Подготовка презентаций (ПП)	20	10	10

Подготовка к занятиям (ПЗ)		25	12	13
Подготовка к текущему контролю (ПТК)				
Подготовка к промежуточному контролю (ППК)				
Вид промежуточной аттестации	зачет (З)			
	экзамен (Э)	36		36
ИТОГО: Общая трудоемкость	час.	216	72	144
	ЗЕТ	6	2	4

3.2.1 Разделы дисциплины (модуля) **Б1.О.28 Хирургические болезни** и компетенции, которые должны быть освоены при их освоении

№	№ компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Темы разделов
1	2	3	4
1.	УК-1, ОПК-5, ОПК-9.	Особенности обследования хирургического пациента	• Общий уход за хирургическими больными. Асептика и антисептика Курация пациента • Защита курсовой истории болезни
2.	УК-1, ОПК-5, ОПК-9.	Асептика и антисептика	• Асептика • Антисептика
3.	УК-1, ОПК-5, ОПК-9.	Хирургические болезни 1	• Острый аппендицит. Осложнения аппендицита. • Желчно-каменная болезнь (острый, хронический холециститы, холедохолитиаз). • Кишечная непроходимость. • Осложнения язвенной болезни желудка (кровотечение, перфорация, пенетрация, малигнизация). • Острый панкреатит.Панкреонекроз. • Грыжи и осложнения грыж (вентральные, паховые, бедренные). • Заболевания толстой и прямой кишки.
4.	УК-1, ОПК-5, ОПК-9.	Основы хирургии повреждений	• Неотложные состояния в клинике хирургических болезней. Диагностика клинических проявлений, правила оказания первой помощи. • Обезболивание. Местное и общее. • Травмы органов грудной полости. • Травмы органов брюшной полости. • Неотложные состояния в урологии (почечная колика, задержка мочи, гематурия).
5.	УК-1, ОПК-5, ОПК-9.	Хирургическая инфекция	• Острые гнойные заболевания лёгких и плевры (абсцесс, гангрена лёгкого, эмпиема плевры) • Хронические воспалительные заболевания лёгких и плевры • Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона • Хирургическая инфекция. Виды местной хирургической инфекции, их клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика. Синдром системной воспалительной реакции (сепсис): классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика)

			• Послеоперационные инфекционные осложнения. • Воспалительные заболевания органов мочеполовой системы.
6.	УК-1, ОПК-5, ОПК-9.	Хирургические болезни 2	• Общие вопросы онкологии • Возможности современной эндоскопии • Заболевания печени (гемангиома, паразитарные заболевания печени, кисты печени, абсцессы печени) и внепеченочных желчных путей (стриктуры желчевыводящих протоков, механическая желтуха, холангит).

3.2.2. Разделы дисциплины (модуля) **Б1.О.28 Хирургические болезни**, виды учебной деятельности и формы контроля

№	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу студентов (в часах)					Формы текущего контроля успеваемости
			Л	ЛР	ПЗ	СРС	всего	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1		Особенности обследования хирургического пациента Асептика и антисептика Курсовая история болезни	-	-	8	10	18	Устный опрос, тестовый контроль. Отработка умений
2		Хирургические болезни 1	12	-	32	10	54	Устный опрос, тестовый контроль. Отработка умений
3		Хирургическая инфекция	2	-	20	12	34	Устный опрос, тестовый контроль. Отработка умений
4		Основы хирургии повреждений	6	-	12	5	23	Устный опрос, тестовый контроль. Отработка умений
		Хирургические болезни 2	10	-	16	25	51	Устный опрос, тестовый контроль. Отработка умений
		Экзамен					36	
		ИТОГО:	30	-	88	62	216	

3.2.3. Название тем лекций и количество часов по семестрам изучения дисциплины (модуля) **Б1.О.28 Хирургические болезни**

№	Название тем лекций дисциплины (модуля)	Часы

1	2	3
№ семестра 5____		
1.	Острый аппендицит. Осложнения аппендицита.	2
2.	Острый панкреатит. Панкреонекроз.	2
3.	Осложнения язвенной болезни желудка (кровотечение, перфорация, пенетрация, малигнизация).	2
4.	Желчно-каменная болезнь (острый, хронический холециститы, холедохолитиаз).	2
5.	Грыжи и осложнения грыж (вентральные, паховые, бедренные).	2
6.	Кишечная непроходимость.	2
	Итого часов в семестре	12
№ семестра _6____		
1.	Травмы органов грудной полости	2
2.	Неспецифический язвенный колит	2
3.	Хирургическая инфекция: Виды местной хирургической инфекции. Синдром системной воспалительной реакции.	2
4	Острые гнойные заболевания лёгких и плевры (абсцесс, гангрена лёгкого, эмпиема плевры) Хронические воспалительные заболевания лёгких и плевры	2
5	Неотложные состояния в урологии (почечная колика, задержка мочи, гематурия). Травма мочеполовых органов.	2
6	Диагностическая и лечебная эндоскопия	2
7	Воспалительные заболевания органов мочеполовой системы.	2
8	травмы органов брюшной полости.	2
9	Общие вопросы онкологии	2
	Итого часов в семестре	18

3.2.4. Название тем практических занятий и количество часов по семестрам изучения дисциплины (модуля) **Б1.О.28 Хирургические болезни**

№	**Название тем практических занятий дисциплины (модуля)**	**Часы**
1	2	3
	№ семестра 5	
1	Общий уход за хирургическими больными. Асептика и антисептика	4
2	Раны и раневой процесс	4
3	Острый аппендицит.	4
4	Желчно-каменная болезнь.	4
5	Кишечная непроходимость.	4
6	Осложнения язвенной болезни желудка и ДПК.	4
7	Острый панкреатит. Панкреонекроз.	4
8	Грыжи и осложнения грыж.	4
9	Заболевания толстой и прямой кишки.	4
	Итого часов в семестре	36
	№ семестра 6	
1	Неотложные состояния в клинике хирургических болезней. Диагностика клинических проявлений, правила оказания первой помощи.	4
2	Обезболивание. Местное и общее.	4

3	Острые гнойные заболевания лёгких и плевры (абсцесс, гангрена лёгкого, эмпиема плевры) Хронические воспалительные заболевания лёгких и плевры	4
4	Неотложные состояния в урологии (почечная колика, задержка мочи, гематурия). Травма мочеполовых органов.	4
5	Воспалительные заболевания органов мочеполовой системы.	4
6	Травмы органов грудной полости.	4
7	Травмы органов брюшной полости.	4
8	Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона	4
9	Хирургическая инфекция. Виды местной хирургической инфекции, их клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика. Синдром системной воспалительной реакции (сепсис): классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика)	4
10	Диагностическая и лечебная эндоскопия. Лапароскопия.	4
11	Очаговые заболевания печени (гемангиома, паразитарные заболевания печени, кисты печени, абсцессы печени). Заболевания внепеченочных желчных путей (стриктуры желчевыводящих протоков, механическая желтуха, холангит).	4
12	Послеоперационные инфекционные осложнения.	4
13	Общие вопросы онкологии	4
	Итого часов в семестре	**52**

3.3. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОУЧАЮЩЕГОСЯ

3.3.1. Виды СР

№ п/п	Наименование раздела учебной дисциплины (модуля)	Виды СР	Всего часов
1	3	4	5
	№ семестра 5		
1	Общий уход за хирургическими больными. Асептика и антисептика. Раны и раневой процесс	Оформление микрокурации. Отработка практических навыков. Изучение диагностических возможностей лабораторных, инструментальных в том числе лучевых методов диагностики в хирургии.	3
2	Острый аппендицит.	Решение ситуационных задач. Составление глоссария	3
3	Желчно-каменная болезнь.	Решение ситуационных задач	3
4	Кишечная непроходимость.	Решение ситуационных задач	3
5	Осложнения язвенной болезни желудка и ДПК.	Подготовка к практическому занятию. Решение задач	3
6	Острый панкреатит. Панкреонекроз.	Составление глоссария. Решение ситуационных задач	3
7	Грыжи и осложнения грыж.	Решение ситуационных задач. Составление программы лечения	3
8	Заболевания толстой и прямой кишки.	Решение ситуационных задач	3
	Итого часов в семестре		24
№ семестра 6			
1	Неотложные состояния в клинике хирургических болезней.	Составление глоссария. Решение ситуационных задач	2

	Диагностика клинических проявлений, правила оказания первой помощи.		
2	Обезболивание. Местное и общее.	Решение ситуационных задач	2
3	Острые гнойные заболевания лёгких и плевры (абсцесс, гангрена лёгкого, эмпиема плевры) Хронические воспалительные заболевания лёгких и плевры	Подготовка к практическому занятию. Решение задач	2
4	Воспалительные заболевания органов мочеполовой системы.	Подготовка к практическому занятию. Решение задач	2
5	Травмы органов грудной полости.	Подготовка к практическому занятию. Решение задач	2
6	Травмы органов брюшной полости.	Составление глоссария. Решение ситуационных задач	2
7	Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона	Составление глоссария. Решение ситуационных задач	2
8	Хирургическая инфекция. Виды местной хирургической инфекции, их клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика. Синдром системной воспалительной реакции (сепсис): классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика). Послеоперационные инфекционные осложнения.	Решение ситуационных задач	2
9	Общие вопросы онкологии	Решение ситуационных задач	2
10	Возможности современной эндоскопии	Решение ситуационных задач	2
11	Неотложные состояния в урологии (почечная колика, задержка мочи, гематурия).	Составление глоссария. Решение ситуационных задач	2
12	Заболевания печени (гемангиома, паразитарные заболевания печени, кисты печени, абсцессы печени) и внепеченочных желчных путей (стриктуры желчевыводящих протоков, механическая желтуха, холангит).	Составление глоссария. Решение ситуационных задач	2
13	Воспалительные заболевания органов мочеполовой системы.	Подготовка к практическому занятию. Решение задач	2
14	Курсовая история болезни	Оформление курсовой истории болезни	12
	Итого часов в семестре		38

3.3.2. Примерная тематика рефератов

Семестр № _5,6_

1. Клиническая картина раневого процесса
2. Диагностика, лечение ран
3. Постнекротические кисты поджелудочной железы.

4. Эндоскопические и хирургические методы лечения пациентов с пседокистами.
5. Биологические особенности злокачественных опухолей.
6. Основные принципы прогрессии опухолей.
7. Теории возникновения раковых опухолей (Вирхова, Конгейма, Рибберта,
8. Фишер - Вазельса, Мечникова, Зильбера, полиэтиологическая).
9. Облигатные и факультативные предраки.
10. Канцерогенные агенты, определение, химические, биологические).
11. Современные оперативные методики лечения грыж

3.3.3. Контрольные вопросы к экзамену

1. Асептика участников операции и операционного поля. Общие правила, техника и современные способы обработки рук хирурга перед операцией.
2. Химическая антисептика. Способы использования различных химических веществ. Различные виды местного и общего применения антисептиков. Основные группы антисептических средств. Основы рациональной антисептической химиотерапии.
3. Стерилизация операционной одежды, белья, хирургических перчаток, перевязочного и шовного материала, хирургического инструментария, дренажей. Контроль стерильности.
4. Асептика. Профилактика внутригоспитального инфицирования. Специальные функциональные зоны операционного блока. Уборка операционной.
5. Механическая антисептика. Понятие о первичной и вторичной хирургической обработке ран, принципы и этапы выполнения.
6. Асептика. Профилактика контактного инфицирования. Подготовка и обработка операционного поля. Облачение в стерильную одежду, надевание и смена резиновых перчаток. Правила работы в условиях строгой асептики.
7. Физическая антисептика. Высушивание, дренирование ран и полостей, вакуумная обработка, вакуумная аспирация, обработка пульсирующей струей жидкости, аспирационно-промывной метод, УФО, лазерное облучение, ультразвуковая кавитация. Гипербарическая оксигенация, озонотерапия.
8. Понятие об асептике. Организационные формы обеспечения асептики. Планировка и принципы работы хирургического стационара. Борьба с микрофлорой на путях воздушной контаминации. Профилактика контактной и имплантационной микробной контаминации.
9. Понятие об антисептике. Виды антисептики. История развития антисептического метода в хирургии. Роль отечественных ученых в развитии антисептики.
10. Определение раны. Классификация ран. Фазы раневого процесса и их характеристика. Условия, определяющие характер заживления ран. Виды заживления ран.
11. Осложнения ран. Общая реакция организма на ранение.
12. Хирургическая обработка ран. Виды хирургической обработки, этапы хирургической обработки. Методы физической санации ран. Способы закрытия раневой поверхности. Первичные и вторичные швы. Кожная пластика.
13. Средства для местного лечения ран, их характеристика и показания к применению. Принципы местного лечения ран в зависимости от фазы раневого процесса.
14. Острый аппендицит. Классификация, этиология, клиническое течение, диагностика, тактика ведения.
15. Острый аппендицит у лиц пожилого и старческого возраста.
16. Острый аппендицит у беременных. Классификация, этиология, особенности клинического течения, диагностика, тактика ведения.
17. Осложнения острого аппендицита (аппендикулярный инфильтрат).
18. Осложнения острого аппендицита (пилефлебит). Клиническое течение, диагностика, тактика ведения.
19. Желчно-каменная болезнь. Острый и хронический холециститы. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
20. Желчно-каменная болезнь. Холедохолитиаз. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.

21. Механическая желтуха. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
22. Кишечная непроходимость (механическая). Классификация, клиническое течение, диагностика, тактика ведения.
23. Кишечная непроходимость (динамическая). Классификация, клиническое течение, диагностика, тактика ведения.
24. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (малигнизация). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
25. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (пенетрация). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
26. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (стенозирование). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
27. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечение). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
28. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (перфорация). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
29. Острый панкреатит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
30. Хронический панкреатит (вирсунголитиаз). Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
31. Хронический панкреатит (вирсунголитиаз). Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
32. Хронический панкреатит (псевдокиста поджелудочной железы). Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
33. Паховые грыжи. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
34. Бедренные грыжи. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
35. Пупочная грыжа. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
36. Осложнения грыж (ущемление, невправимость). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
37. Вентральные грыжи. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
38. Осложнения грыж (воспаление, копростаз). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
39. Пупочные грыжи. Классификация, клиника, тактика ведения.
40. Травматическое повреждение прямой кишки. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
41. Особенности обследования больных с тяжелыми повреждениями груди и острыми хирургическими заболеваниями органов грудной клетки. Определение необходимости проведения неотложных диагностических и лечебных мероприятий. Подготовка больного к проведению инструментальных методов.
42. Новокаиновые блокады. Виды. Механизм действия. Показания к применению. Техника.
43. Местная анестезия. Виды местного обезболивания: фармакохимическая (терминальная, инфильтрационная, проводниковая) и физическая. Препараты для местной анестезии, механизм их действия, основные характеристики.
44. Болевой синдром. Механизмы и причины возникновения боли. Характеристика болей. Наркотическое обезболивание. Документальное оформление. Средства и принципы медикаментозного лечения болевого синдрома.
45. Эпидуральная и спинномозговая анестезия: показания, противопоказания, методика выполнения, возможные осложнения и пути их предупреждения. Препараты.
46. Общая анестезия. Оценка анестезиологического риска. Подготовка больных к анестезии, премедикация и ее выполнение. Компоненты общей анестезии. Осложнения наркоза и ближайшего посленаркозного периода, их профилактика и лечение.

47. Острый гнойный плеврит (эмпиема плевры). Классификация. Этиология. Патогенез. Симптоматика и диагностика. Принципы лечения. Первая медицинская помощь при острых хирургических заболеваниях органов плевральной полости.
48. Диагностика и комплексное лечение различных форм туберкулеза. Местное лечение натечных абсцессов и свищей. Хирургические формы легочного туберкулеза. Туберкулезный лимфаденит. Клиническая картина, диагностика, комплексная терапия.
49. Понятие почечная колика. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
50. Острая задержка мочи. Парадоксальная ишурия. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
51. Гематурия. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
52. Травматическое повреждение мочевого пузыря. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
53. Травматическое повреждение мочеточников. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
54. Травматическое повреждение почек. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
55. Уретрит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
56. Цистит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
57. Абсцесс почки. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
58. Травма груди. Классификация. Понятие о пневмотораксе. Виды пневмоторакса. Клиническая картина и диагностика пневмоторакса, особенности оказания первой медицинской помощи при напряженном, клапанном и открытом пневмотораксе. Принципы лечения. Особенности транспортировки больных с повреждениями груди.
59.
60. Травматическое повреждение сердца. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
61. Травматическое повреждение легких. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
62. Травматическое повреждение печени. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
63. Пупочные грыжи. Классификация, клиника, тактика ведения.
64. Травматическое повреждение прямой кишки. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
тактика ведения.
65. Травматическое повреждение селезенки. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
66. Острая анаэробная хирургическая инфекция. Возбудители и условия развития гнойной анаэробной инфекции в организме. Клинические проявления, лабораторная диагностика.
67. Острая аэробная хирургическая инфекция. Возбудители и условия развития гнойной аэробной инфекции в организме. Клинические проявления, лабораторная диагностика.
68. Понятие о клостридиальной и неклостридиальной анаэробной инфекции. Понятие о смешанной инфекции. Особенности асептики в гнойно-септической хирургии
69. Стадии сепсиса: бактериемия, Синдром системной воспалительной реакции, сепсис, тяжелый сепсис, септический шок, синдром полиорганной недостаточности. Оценка степени тяжести состояния больных сепсисом с помощью бальных систем. Принципы комплексного лечения.
70. Гемангиомы печени. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.

71. Паразитарные кисты печени (альвеококк). Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
72. Паразитарные кисты печени (эхинококк). Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
73. Абсцесс печени. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
74. Холангит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
75. Принципы ранней диагностики онкологических заболеваний. Клиническая, инструментальная и лабораторная диагностика.
76. Методика обследования онкологических больных. Клиническая, инструментальная и лабораторная диагностика.

3.4. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

3.4.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	№ семестра	Виды контроля	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Оценочные средства		
				Форма	Кол-во вопросов в задании	Кол-во независимых вариантов
1	2	3	4	5	6	7
1	**5,6**	ТК, ПК	Особенности обследования хирургического пациента Асептика и антисептика Курсовая история болезни	Устный опрос, тестовый контроль, демонстрация навыков, решение ситуационных задач Курсовая история болезни	5	5
2	**5,6**	ТК, ПК	Хирургические болезни 1	Блиц-опрос, устный опрос, тестирование, демонстрация навыков, решение ситуационных задач	5	5
3	**5,6**	ТК, ПК	Хирургическая инфекция	Блиц-опрос, устный опрос, тестирование, решение ситуационных задач	5	5
4	**5,6**	ТК, ПК	Основы хирургии повреждений	Блиц-опрос, устный опрос, тестирование, решение ситуационных задач	5	5
5	**5,6**	ТК, ПК	Хирургические болезни 2	Блиц-опрос, устный опрос, тестирование, решение ситуационных задач	5	5

3.4.2.Примеры оценочных средств:

для текущего контроля (ТК)	Тестовые задания (Приложение 2) (при наличии)
	Ситуационные задачи (Приложение 3)
	Чек листы (Приложение 4)
для промежуточной аттестации (ПА)	Тестовые задания (Приложение 2)

	Ситуационные задачи (Приложение 3)
	Чек листы (Приложение 4)

3.5. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) Б1.О.28 ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

3.5.1. Основная литература

п/ №	**Наименование, тип ресурса**	**Автор(ы) /редактор**	**Выходные данные, электронный адрес**	**Кол-во экз. (доступов) в БИЦ**
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1.	Хирургия: в 2 т..-Т.1.- 288 с.- Т.2.- 288 с.	Маслов В.И.	М.: Медицин, 2013	3
2.	Хирургические болезни	В.С. Савельев	учебник. - В 2-х тт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016	Ин.д.
3.	Хирургические болезни	Под ред. Кузин М.И.	- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.	Ин.д.
4.	Хирургические болезни. Учебник + 2 CD в 2 томах. - Т.1-608 с., Т.2-400 с.	Под ред В.С. Савельева, А.И. Кириенко.	- М.: ГЭОТАР.-2016.	Ин.д.
5.	Клиническая хирургия: Национальное руководство. Том 1. /	Под ред В.С. Савельева, А.И. Кириенко	М.: Гэотар-Медиа, 2013	Ин.д.

3.5.2. Дополнительная литература

п/ №	Наименование, **тип ресурса**	**Автор(ы) /редактор**	**Выходные данные, электронный адрес**	**Кол-во экз. (доступов) в БИЦ**
1	**2**	**3**	**4**	**5**
	Стратегия и тактика неотложной абдоминальной хирургии	Ковалев А. И.	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013	Ин.д.
	Острая абдоминальная патология	Редактор: Клайн Д. Переводчик: Любовая А.Е.	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011	2
	Хирургические болезни. В 2-х ч. Ч. 2. Частная хирургия. Учебник	Рычагов Г. П. , Нехаев А. Н.	Минск: Вышэйшая школа, 2012	Ин.д.
	Школа неотложной хирургической практики	Ковалев А. И. , Цуканов Ю. Т.	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014	2

3.5.3 Интернет-ресурсы.

1. ЭБС «Консультант студента» http://studmedlib.ru

2. ЭБС «Университетская библиотека online» http://www.biblioclub.ru/
3. ЭБС «Юрайт» http://www.biblio-online.ru;
4. Электронные каталоги библиотеки ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России ТГМУhttp://lib.vgmu.ru/catalog/
5. Медицинская литература http://www.medbook.net.ru/

3.6. Материально-техническое обеспечение учебной дисциплины (модуля)

На кафедре имеются специальные помещения представляющие собой учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации (экзамена), а так же помещения для самостоятельной работы и помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования. Специальные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения. Для проведения занятий лекционного типа имеются наборы демонстрационного оборудования и учебные наглядные пособия, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочим программам дисциплин (модулей).

Обучающиеся обеспечены необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения, доступом к электронно-библиотечным системам, а так же доступом к дистанционным образовательным технологиям, современным профессиональным базам данных, информационным справочным системам, представленным в данной рабочей программе.

Обучающиеся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья обеспечены печатными и электронными образовательными ресурсами, адаптированными к ограничению их здоровья.

3.7 Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), информационно-справочных систем, лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства:

1. Polycom Telepresence M100 Desktop Conferencing Application (ВКС)
2. SunRav Software tTester
3. 7-PDF Split & Merge
4. ABBYY FineReader
5. Kaspersky Endpoint Security
6. Система онлайн-тестирования INDIGO
7. Microsoft Windows 7
8. Microsoft Office Pro Plus 2013
9. 1С:Университет
10. Гарант
11. MOODLE (модульная объектно-ориентированная динамическая учебная среда)

3.8. Образовательные технологии

Используемые образовательные технологии при реализации дисциплины (модуля) **Б1.О.28 Хирургические болезни** 40 % интерактивных занятий от объема аудиторных занятий.

- Примеры интерактивных форм и других инновационных образовательных технологий групповые решения ситуационных задач;
- семинар-дискуссия;
- деловые игры.

3.9. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с последующими дисциплинами

№	Наименование последующих дисциплин	Разделы данной дисциплины, необходимые для изучения последующих дисциплин						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	Общая хирургия	•	•	•	•	•	•	•
2.	Урология	•	•	•	•	•	•	•
3.	Онкология	•	•	•	•	•	•	•
4.	Травматология и ортопедия	•	•	•	•	•	•	•
5.	Акушерство и гинекология	•	•	•	•	•	•	•
6.	ЛОР-болезни	•	•	•	•	•	•	•

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ):

Реализация дисциплины (модуля) осуществляется в соответствии с учебным планом в виде аудиторных занятий (118 час.), включающих лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы (62 час.). Основное учебное время выделяется на практическую работу по Б1.О.28 Хирургические болезни

При изучении дисциплины (модуля) Б1.О.28 Хирургические болезни необходимо использовать лекции, учебную литературу, методические пособия, электронную информацию и освоить практические умения по хирургии.

Практические занятия проводятся в виде контактной работы с демонстрацией практических навыков и умений с использованием симуляционных и имитационных технологий, сценариев стандартизированных пациентов, виртуальных тренажеров, наглядных пособий, кейс – технологий, обучающих и развивающих квестов, деловых игр, тестирования, подготовки эссе, презентаций, апробации собственных разработок.

В соответствии с требованиями ФГОС ВО при реализации дисциплины (модуля) используются активные и интерактивные формы проведения занятий (*указать образовательные технологии*). Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, составляет не менее 40 % от аудиторных занятий.

Самостоятельная работа подразумевает подготовку к практическому занятию и включает составление глоссария, решение ситуационных задач, оформление курсовой истории болезни.

Работа с информационными источниками и учебной литературой рассматривается как самостоятельная деятельность обучающихся по дисциплине Б1.О.28 Хирургические болезни и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СР). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам Университета.

По каждому разделу дисциплины (модуля) Б1.О.28 Хирургические болезни разработаны методические указания для студентов и методические рекомендации для преподавателей.

При освоении учебной дисциплины (модуля) обучающиеся самостоятельно проводят курацию пациентов, оформляют историю болезни и представляют ее преподавателю.

Написание реферата, учебной истории болезни способствуют формированию практических навыков (умений)

Обучение в группе формирует навыки командной деятельности и коммуникабельность.

Освоение дисциплины (модуля) Б1.О.28 Хирургические болезни способствует развитию у обучающихся коммуникативных навыков на разных уровнях для решения задач, соответствующих типу профессиональной деятельности, направленных на объект профессиональной деятельности на основе формирования соответствующих компетенций. Обеспечивает выполнение трудовых действий в рамках трудовых функций профессионального стандарта (02.002, Специалист в области медико-профилактического дела).

Текущий контроль освоения дисциплины (модуля) определяется при активном взаимодействии обучающихся и преподавателя во время контактной работы, при демонстрации практических навыков и умений, оценке работы с реальными и виртуальными тренажерами, стандартизированными пациентами, составлении проектов, решении типовых задач, тестировании, предусмотренных формируемыми компетенциями реализуемой дисциплины (модуля).

Промежуточная аттестация проводится в форме, предусмотренной учебным планом с использованием тестового контроля, контрольных вопросов при собеседовании, демонстрации практических умений и навыков.

Вопросы по учебной дисциплине (модулю) Б1.О.28 Хирургические болезни включены в Государственную итоговую аттестацию выпускников.

5. ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ДИСЦИПЛИНЫ

Вид воспитательной работы	Формы и направления воспитательной работы	Критерии оценки
Помощь в развитии личности	Открытые – диспуты, мастер-классы, олимпиады, профессиональные мероприятия (волонтеры, организаторы, администраторы)	Портфолио
	Скрытые – создание атмосферы, инфрастуктуры,	
Гражданские ценности	Открытые – дискуссии, научный поиск, мастер-классы, конференции	
	Скрытые - создание атмосферы, инфрастуктуры,	
Социальные ценности	Открытые – олимпиады, конференции, секции, волонтерская деятельность	
	Скрытые - создание атмосферы, инфрастуктуры,	

6. ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИНВАЛИДОВ

6.1.1. Наличие соответствующих условий реализации дисциплины

Для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) на основании письменного заявления дисциплина реализуется с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее - индивидуальных особенностей). Обеспечивается соблюдение следующих общих требований: использование специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего такому обучающемуся необходимую техническую помощь, обеспечение доступа в здания и помещения, где проходят занятия, другие условия, без которых невозможно или затруднено изучение дисциплины.

6.1.2. Обеспечение соблюдения общих требований

При реализации дисциплины на основании письменного заявления обучающегося обеспечивается соблюдение следующих общих требований: проведение занятий для обучающихся-инвалидов и лиц с ОВЗ в одной аудитории совместно с обучающимися, не имеющими ограниченных возможностей здоровья, если это не создает трудностей обучающимся; присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего(их) обучающимся необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей; пользование необходимыми обучающимся техническими средствами с учетом их индивидуальных особенностей.

6.1.3. Доведение до сведения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в доступной для них форме всех локальных нормативных актов ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России.

Все локальные нормативные акты ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России по вопросам реализации дисциплины (модуля) доводятся до сведения обучающихся с ОВЗ в доступной для них форме.

6.1.4. Реализация увеличения продолжительности прохождения промежуточной аттестации по отношению к установленной продолжительности для обучающегося с ограниченными возможностями здоровья

Форма проведения текущей и промежуточной аттестации по дисциплине для обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья устанавливается с учетом индивидуальных психофизических особенностей (устно, письменно на бумаге, письменно на компьютере, в форме тестирования и т.п.). Продолжительность прохождения промежуточной аттестации по отношению к установленной продолжительности увеличивается по письменному заявлению обучающегося с ограниченными возможностями здоровья. Продолжительность подготовки обучающегося к ответу на зачете увеличивается не менее чем на 0,5 часа.

Приложение 1

Контрольные вопросы к экзамену по дисциплине Б1.О.28 Хирургические болезни

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	32.05.01	Медико-профилактическое дело
К	УК-1	Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий
К	ОПК-5	Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
К	ОПК-9	Способен проводить донозологическую диагностику заболеваний для разработки профилактических мероприятий с целью повышения уровня здоровья и предотвращения заболеваний
Ф	А/01.7	**Трудовая функция:** осуществление федерального государственного контроля (надзора) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей **Трудовые действия:** Составление и (или) оценка экспертного заключения по результатам экспертизы, направленной на установление причинно-следственной связи выявленного нарушения обязательных требований с фактом причинения вреда жизни, здоровью граждан
Ф	А/02.7	**Трудовая функция:** Выдача санитарно эпидемиологических заключений **Трудовые действия:** Выдача санитарно-эпидемиологического заключения
И		**ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
Т		1. **Паразитарные кисты печени (эхинококк). Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.** **Правильный ответ.** Этиология. Эхинококкоз человека вызывается личиночной стадией ленточного гельминта Echinococcus granulosus. Окончательными хозяевами животные, в кишечнике которых паразитируют цестоды. Заражение людей эхинококкозом происходит алиментарным или контактным путем. Высокий риск заболеваемости эхинококкозом имеют лица, занятые животноводством и уходом за животными. Патогенез. В ЖКТ с помощью крючьев она внедряется в слизистую кишки, откуда попадает в венозный кровоток и в портальную систему. После оседания зародыша эхинококка в том или ином органе начинается пузырчатая стадия развития паразита. Эхинококковый пузырь представляет собой кисту, покрытую двухслойно оболочкой, состоящей из внутреннего (зародышевого) и наружного (хитинового) слоев. Киста медленно увеличивается в размерах, однако спустя годы может достигать гигантских размеров. Внутри эхинококкового пузыря содержится прозрачная или беловатая жидкость. Паразитирование эхинококка сопровождается выделением продуктов обмена, что приводит к развитию интоксикации и аллергической реакции замедленного типа. В случае полного разрыва кисты происходит истечение ее содержимого в плевральную или брюшную полость, что может вызвать анафилактический шок. Увеличивающаяся в размерах эхинококковая киста давит на окружающие структуры, нарушая функции пораженного органа. В некоторых случаях развивается нагноение кисты. Классификация. Различают 3 стадии течения инвазии. Первая - начальная бессимптомная - с момента заражения до проявления

		первых клинических признаков болезни. Вторая стадия - появление симптомов болезни: жалобы больных на слабость, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, тошноту и рвоту иногда нарушение стула. На этом фоне возникают ощущения давления и тяжести в правом подреберье, эпигастрии, а иногда острые, сильные тупые боли. Печень при пальпации увеличена, мало болезненна, при поверхностном расположении кисты - мягкая, эластичная, при начинающемся обызвествлении - деревянистой плотности. Сдавливание воротной или нижней полой вены, а также сдавливание внутри- и внепеченочных желчных протоков приводит к развитию обтурационной желтухи. Третья стадия - стадия выраженных патологических изменений и осложнений: развитие абсцесса, возможный разрыв кисты с лихорадкой с ознобами, болями в верхней половине живота. Важными общими симптомами эхинококкоза являются периодически развивающиеся признаки аллергической реакции (крапивница). Клинические проявления при начальных стадиях заболевания скудны, они выявляются, когда киста достигает значительных размеров или сдавит важный орган и приведет к нарушению его функции. Эхинококковая киста внутренних органов (печень, почки, селезенка) обычно распознается, когда прощупывается тугоэластическая опухоль, а поражение легких, костей определяется на рентгеновских снимках в виде кистозных образований Диагностика. Трансумбиликальную портогепатографию, селективную ангиографию чревной артерии, сканирование с помощью радиоактивных изотопов, которые помогают поставить диагноз эхинококкоза печени, компьютерную томографию. Лечение: Извлечение эхинококка только оперативным путем. Существует несколько методов операции: 1) радикальная эхинококкэктомия, т.е. полное удаление эхинококковой кисты вместе с ее фиброзной оболочкой. 2) вскрытие кисты с удалением жидкости, всех дочерних пузырей и хитиновой оболочки с протиранием образовавшейся полости дезинфицирующим раствором формалина и тампонированием, дренированием или зашиванием ее наглухо. В случае невозможности иссечения кисты при эхинококкозе легкого выполняется клиновидная резекция, лобэктомия, пневмонэктомия. Аналогичная тактика используется при эхинококкозе печени. Если иссечение эхинококковой кисты печени представляется технически невозможным, осуществляется краевая, сегментарная, долевая резекция, гемигепатэктомия. В до- и послеоперационном периоде назначается противопаразитарная терапия препаратами, альбендазол, мебендазол. **2. Паразитарные кисты печени (альвеококк). Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.** **Правильный ответ.** **Альвеококкоз -** паразитарное заболевание, вызываемое личинками ленточного гельминта альвеококка и протекающее с формированием первичного очага в печени. В неосложненной стадии проявления альвеококкоза включают крапивницу, кожный зуд, гепатомегалию, тяжесть и боль в правом подреберье, горечь во рту, отрыжку, тошноту. Осложнениями альвеококкоза могут выступать нагноение паразитарной опухоли, прорыв образования в брюшную или плевральную полости, механическая желтуха, портальная гипертензия, метастазирование альвеококка в головной мозг и легкие. Для диагностики альвеококкоза используется УЗИ и сцинтиграфия печени, ангиография, рентгенография/КТ брюшной полости и грудной клетки. Хирургическое

		лечение альвеококкоза дополняется противопаразитарной терапией. В ранней стадии - периодические ноющие боли в печени, чувство тяжести в правом подреберье, в эпигастрии. При поверхностном расположении паразитарный узел пальпируется в виде плотного участка печени, диспепсические расстройства. Непораженные участки печени компенсаторно увеличиваются, имеют плотноэластическую консистенцию. В стадии осложнений - механическая желтуха; при прорастании узла в портальные сосуды или нижнюю, полую вену — портальная или кавальная гипертензия. При образовании в узле полостей распада появляются озноб, лихорадка, могут развиться абсцесс печени, гнойный холангит. При вскрытии полости могут образовываться бронхо-печеночные, плевро-печеночные свищи, развиваться перитонит, плеврит, перикардит. Метастазы обнаруживаются в легких, головном мозге, реже — в почке, костях. Почечный синдром — протеинурия, гематурия, пиурия, цилиндрурия. Диагностика.Повышена СОЭ. Эозинофилия. Лимфопения. Функциональные пробы печени (формоловая и сулемовая) в ранних стадиях альвеококкоза не изменяются, а в поздних становятся резко положительными. Иммунологические реакции Касони и латекс-агглютинации, причем титр последней зависит от характера и длительности процесса. При лапароскопии на темном фоне печени белесоватые или перламутрово-желтые пятна. Биопсию лучше проводить во время лапароскопического исследования. Сведения о профессии и проживании больных в эндемическом очаге. Лечение. Радикальный метод резекция печени (атипичная или анатомическая с учетом долевого или сегментарного строения органа). При невозможности радикальной: удаление основной массы узла с оставлением его фрагментов в области ворот печени, наружное или внутреннее дренирование желчных путей при обтурационной желтухе, дренирование полости распада, введение в толщу ткани узла противопаразитарных препаратов, криодеструкция остатков неудаленного паразита жидким азотом. В последние годы рекомендуют химиотерапию мебендазолом и его производными (альбендазол) - удается добиться продления жизни больных при невозможности хирургическим путем. **3. Острый аппендицит. Классификация, этиология, клиническое течение, диагностика, тактика ведения.** **Правильный ответ.** воспаление червеобразного отростка слепой кишки Этиология: полиэтиологичекое заболевание - Специфическая флора : туберкулез, брюшной тиф,бациллярная дизентирия; простейшие : патогенные амебы,трихоманады,балантидии, - Неспецифическая инфекия смешанного характера : киш палочка,стафилококк, стрептококк, анаэробные м/о - Механическая теория (закупорка каловыми массами) Клиническая картина - дискомфорт в животе (ощущение вздутия,распирания,колика); боль (нарастает,постоянная)- эпигастрий, затем по всему животу,потом в пр.повздошной обл.Боль усиливается при изменении положения-вынужденное положение. Иррадиация боли, зависит от локализации Ч/О – подпеченочном- в лопатку;ретроцекальном-пояница,пах,правую ногу, низ живота.; тазовом0 пах область,промежность,ногу; левостороннем - левая половина живота, тошнота,сухость во рту, однократная рвотатенезмы,задерка стула, общее состояние удвл, субфебрильная температура, задержка стула, появление или усиление боли в правом нижнем квадранте живота при

		повороте на левый бок (симптом Ситковского), сотрясение воспаленной брюшины при перкуссии в правом нижнем квадранте живота вызывает резкую болезненность (симптом Раздольского, Скольжение рукой по брюшной стенке через рубашку в направлении от эпигастрия к лонной области позволяет обнаружить зону кожной гиперстезии (болезненности) в правой подвздошной области (симптом Воскресенского), симптом Щеткина—Блюмберга (медленное глубокое надавливание на брюшную стенку всеми сложенными вместе пальцами кисти не влияет на самочувствие пациента, тогда как в момент быстрого отнятия руки больной отмечает появление или резкое усиление боли), обнаруживают появление или усиление боли в правой подвздошной области при резком, отрывистом кашле (симптом Кушниренко).симптом кашлевого толчка, симптоме Ровсинга: надавливание левой рукой на брюшную стенку в левой подвздошной области соответственно расположению нисходящей части ободочной кишки, а правой — на ее вышележащую часть (толчкообразно) вызывает появление или усиление боли в правой подвздошной области., При повороте больного на левый бок червеобразный отросток становится более доступным для пальпации вследствие смещения влево большого сальника и петель тонкой кишки. При пальпации в этом положении в правой подвздошной области отмечают появление или усиление болезненности (положительный симптом Бартомье). Лечение-оперативное. Аппендэктомию проводят открытым или лапароскопическим методом. При лапароскопической аппендэктомии изменяется только оперативный доступ. Методика удаления отростка такая же, как при обычной операции. При "открытой" аппендэктомии чаще используют косопеременный доступ, при этом середина разреза проходит через точку Мак-Бернея; реже используют параректальный доступ. При подозрении на распространенный гнойный перитонит делают срединную лапаротомию, которая позволяет провести полноценную ревизию и выполнить любую операцию на органах брюшной полости, если возникает такая необходимость. После лапаротомии купол слепой кишки вместе с отростком выводят в рану, перевязывают сосуды брыжейки отростка, затем накладывают рассасывающуюся лигатуру на его основание. После этого отросток отсекают и погружают его культю в слепую кишку кисетным и Z-образным швами **4. Паховые грыжи. Классификация, клиника, диагностика.** **Правильный ответ.** Грыжа-выхождение внутренних органов брюшной полости,через естественное или вновь образовавшееся отверстие мышечно-апоневротической стенки без нарушения целостности брюшины и кожных покровов. ПГ- заметное выпячивание брюшины в полость пахового канала**.** Классификация: Врожденные паховые грыжи**.** Если влагалищный отросток брюшины остается полностью незаращенным, его полость свободно сообщается с полостью брюшины. В дальнейшем формируется врожденная паховая грыжа, при которой влагалищный отросток является грыжевым мешком. Приобретенные паховые грыжи. Различают косую наружную паховую грыжу и прямую (внутреннюю) паховую грыжу. Косая паховая грыжа проходит через латеральную паховую ямку; прямая -через медиальную паховую ямку. Диагностика: появление выпячивания брюшной стенки при натуживании, в вертикальном положении тела больного и вправление грыжи в горизонтальном положении больного. Больных беспокоят боль в области грыжи, в животе, чувство неудобства при ходьбе, диспепсические явления. Осмотр больного в вертикальном положении дает представление об

асимметрии
паховых областей. При наличии выпячивания брюшной стенки можно определить
размеры и форму грыжи. При пальпации определяют поверхность, консистенцию
грыжевого выпячивания, урчание кишечника, при перкуссии - перкуторный звук
(тимпанит, притупление). Пальцевое исследование наружного от верстия пахового
канала производят в горизонтальном положении больного после вправления содержимого грыжевого мешка. Врач указательным пальцем, инвагинируя кожу мошонки, попадает в поверхностное отверстие пахового канала, расположенное
внутри и несколько выше от лонного бугорка В норме поверхностное отверстие
пахового канала у мужчин пропускает кончик пальца. При ослаблении задней стенки пахового канала можно свободно завести кончик пальца за горизонтальную ветвь лонной кости, что не удается сделать при хорошо выраженной задней стенке,
образованной поперечной фасцией живота. Находящийся в паховом канале палец врача при покашливании больного ощущает передаточные толчки внутренних органов -симптом кашлевого толчка. Исследуют оба паховых канала. Обязательно надо исследовать органы мошонки (пальпация семенного канатика, яичка и его придатка). Диагностика паховых грыж у женщин основывается на осмотре и пальпации, так как введение пальца в наружное отверстие пахового канала невозможно.

5. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечение). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.

Правильный ответ.

Кровотечение при язвенной болезни является опаснейшим осложнением. Оно возникает вследствие аррозии ветвей желудочных артерий (правой или левой). При язве двенадцатиперстной кишки источником кровотечения являются аа. pancreaticoduodenales в области дна язвы.

Клиническая картина и диагностика. Ранними признаками острой массивной кровопотери являются внезапная слабость, головокружение, тахикардия, гипотония, иногда обморок. Позже возникает кровавая рвота (при переполнении желудка кровью), а затем мелена. Характер рвотных масс (алая кровь, сгустки темно-вишневого цвета или желудочное содержимое цвета "кофейной гущи") зависит от превращения гемоглобина под влиянием соляной кислоты в солянокислый гематин. Многократная кровавая рвота и появление впоследствии мелены наблюдаются при массивном кровотечении. Рвота, повторяющаяся через короткие промежутки времени, свидетельствует о продолжающемся кровотечении; повторная рвота кровью через длительный промежуток времени — признак возобновления кровотечения. При обильном кровотечении кровь способствует быстрому раскрытию привратника, ускорению перистальтики кишечника и выделению испражнений в виде "вишневого желе" или примеси малоизмененной крови.

Обследование и лечение больных с острым кровотечением осуществляют в отделении реанимации, где проводят следующие первоочередные мероприятия:

катетеризация подключичной вены или нескольких периферических для быстрого восполнения дефицита ОЦК, измерения ЦВД;

зондирование желудка для его промывания и контроля за возможным

возобновлением кровотечения;
экстренная эзофагогастродуоденоскопия и одновременная попытка остановки кровотечения обкалыванием кровоточащей язвы или коагуляцией кровоточащего сосуда;
постоянная катетеризация мочевого пузыря для контроля за диурезом (он должен составлять не менее 50—60 мл/ч);
определение степени кровопотери;
кислородная терапия;
гемостатическая терапия;
аутотрансфузия (бинтование ног);
очистительные клизмы для удаления крови, излившейся в кишечник.

Зондирование желудка и промывание его холодной водой (3—4 л) производят (удаление излившейся крови, сгустков) для подготовки к эндоскопическому исследованию и остановки кровотечения. Под холодной водой подразумевается вода температуры 4°С, хранившаяся в холодильнике или охлажденная до указанной температуры добавлением кусочков льда. Введение зонда в желудок и аспирация содержимого через определенные интервалы времени позволяют следить за динамикой кровотечения.

Эзофагогастродуоденоскопия является наиболее информативным методом диагностики кровотечения. По данным эндоскопического исследования различают три стадии язвенных кровотечений (по Форрест), имеющие значение в алгоритме выбора метода лечения:

I стадия — активно кровоточащая язва.

II стадия — признаки остановившегося свежего кровотечения, видны тромбированные сосуды на дне язвы, сгусток крови, прикрывающий язву или остатки крови в желудке или двенадцатиперстной кишке.

III стадия — отсутствие видимых признаков кровотечения. Иногда указанные стадии обозначают как Форрест 1; 2; 3.

Рентгенологическое исследование в диагностике язвенных кровотечений менее информативно. Оно отходит на второй план по точности и информативности.

Желудочно-кишечное кровотечение следует дифференцировать от легочного кровотечения, при котором кровавая рвота имеет пенистый характер, сопровождается кашлем, в легких нередко выслушивают разнокалиберные влажные хрипы.

Лечение. Консервативные мероприятия должны быть направлены на профилактику и лечение шока, подавление продукции соляной кислоты и пепсина внутривенным введением блокаторов H_2-рецепторов — ранитидина (и его аналогов — гистак, ранитал), фамотидина (квагемал). При возможности перорального приема препаратов целесообразно назначать более эффективные при кровоточащей язве блокаторы протонной помпы — омепразол, хо-линолитики (гастроцепин), антациды и препараты, уменьшающие кровоснабжение слизистой оболочки (вазопрессин, питуитрин, соматостатин).

При эндоскопии кровотечение можно остановить введением в подслизи-стую основу вблизи язвы веществ, способствующих остановке кровотечения (жидкий фибриноген, децинон и др.), выполнить аппликацию тромбина или медицинского клея, коагулировать кровоточащий сосуд (диатермокоагуляция, лазерная фото коагуляция). В большинстве случаев (около 90%) острое кровотечение можно остановить консервативными мероприятиями.

Хирургическое лечение кровоточащей язвы.

При кровоточащей язве желудка рекомендуются следующие операции: стволовая ваготомия с экономной резекцией желудка и гастроею-нальным анастомозом по Ру или Бильрот-I. У ослабленных больных предпочтительнее

		малотравматичная операция — стволовая ваготомия, гастротомия с иссечением язвы и пилоропластикой. Наконец, при крайне тяжелом общем состоянии допустимы гастротомия с прошиванием кровоточащего сосуда или иссечение язвы с последующим наложением шва. При кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки производят стволовую или селективную проксимальную ваготомию с прошиванием кровоточащих сосудов и пилоропластикой; при сочетанных язвах двенадцатиперстной кишки и желудка — стволовую ваготомию в сочетании с антрумэктомией и анастомозом по Ру. **6. Пупочная грыжа. Классификация, клиника, диагностика** **Правильный ответ.** Пупочной грыжей(ПГ)-выхождение органов брюшной полости через дефект брюшной стенки в области пупка.. Возникают, либо в раннем детстве, либо после 40 лет. У женщин ПГ встречается вдвое чаще, чем у мужчин, что связано с растяжением пупочного кольца во время беременности. ПГ у детей возникают в первые 6 мес после рождения, когда еще не сформировалось пупочное кольцо. Расширению пупочного кольца и образованию грыжи способствуют различные заболевания, связанные с повышением внутрибрюшного давления);пренебрежение физическими нагрузками, врожденный дефект пупочной области. Клиника: постепенно увеличивающееся в размерах выпячивание в области пупка, боль в животе, возникающая при физической нагрузке и кашле. При исследовании обнаруживают округлое выпячивание в области пупка диаметром от 1--3 см до 30 см и более. В горизонтальном положении больного выпячивание уменьшается в размерах или исчезает. Через истонченную кожу, покрывающую выпячивание, можно заметить перистальтические волны кишечника. При вправимых грыжах определяют края и величину грыжевых ворот.При покашливании четко определяется кашлевой толчок. ПГ часто бывают невправимыми, при больших грыжах грыжевой мешок может быть многокамерным. Диагностика: надо проводить рентгенологическое исследование желудка и 12-перстной кишки или гастродуоденоскопию с целью выявления заболеваний, сопутствующих грыже и вызывающих боль в верхней половине живота. Диагностируют пупочные грыжи по клиническим признакам (ограниченная, податливой консистенции припухлость в области пупка, наличие грыжевого отверстия и др.) **7. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (перфорация). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.** **Правильный ответ.** Перфорация язвы — возникновение сквозного дефекта в стенке желудка или кишки с выходом содержимого в свободную брюшную полость. *Клиническая картина и диагностика.* В клиническом течении перфорации условно выделяют три периода: первый — период внезапных острых болей, второй — период "мнимого благополучия", третий — период диффузного перитонита. Первый период длится 3—6 ч. При перфорации (иногда ей предшествует рвота) в эпи-гастральной области внезапно возникает чрезвычайно резкая постоянная "кинжальная" боль, как "удар ножом", "ожог кипятком". Раздражение огромного рецепторного поля излившимся содержимым нередко сопровождается шоком. По мере истощения возможности нервных рецепторов боли несколько уменьшаются, состояние больного стабилизируется, наступает непродолжительный период мнимого благополучия. Вслед за этим быстро начинает развиваться диффузный перитонит. Боль, первоначально возникшая в эпигастральной области или

правом подреберье, перемещается в правый нижний квадрант живота, развивается перитонит. Характерен внешний вид больного в первые часы заболевания: лицо бледное, выражает испуг, покрыто холодным потом, положение вынужденное — на спине или, чаще, на правом боку с приведенными к резко напряженному животу бедрами. Малейшее движение усиливает боль в животе. Живот втянут, имеет ладьевидную форму из-за резкого напряжения мышц брюшной стенки. Пальпация и перкуссия живота резко болезненны. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Наличие свободного газа в брюшной полости под или под печенью является характерным признаком перфорации органа, содержащего газ. Второй период, период "мнимого благополучия", наступает через 6 ч от начала заболевания. Резко выраженные симптомы сглаживаются, самочувствие больного улучшается, уменьшаются боли в животе. Улучшение состояния больного может ввести в заблуждение как самого больного, так и врача. Однако при анализе клинических данных можно выявить нарастание признаков развивающегося перитонита (учащение пульса и дыхания, повышение температуры тела, парез кишечника, лейкоцитоз). Третий период, период распространенного перитонита, наступает через 8—12 ч. Состояние больного к этому времени становится тяжелым: самостоятельная боль в животе умеренная, появляется многократная рвота. Температура тела высокая (38—40°С), а иногда понижена. Пульс 110—120 ударов в 1 мин, слабого наполнения; артериальное давление понижено. В этот период обнаруживаются все признаки синдрома системной реакции на воспаление, сигнализирующие об опасности развития сепсиса, полиорганной недостаточности и септического шока, о необходимости принятия срочных мер для предотвращения катастрофы. При рентгенологическом исследовании обнаруживают высокое стояние диафрагмы и ограничение ее подвижности, свободный газ в брюшной полости, пневматоз тонкой и толстой кишки, свидетельствующий о развитии паралитической непроходимости.

Лечение. Перфорация язвы в свободную брюшную полость является абсолютным показанием к экстренной операции. В догоспитальный период категорически противопоказано введение наркотических препаратов. Основной целью оперативного лечения перфоративной язвы является спасение жизни больного, предупреждение или раннее начало лечения перитонита. В зависимости от тяжести состояния больного, стадии развития перитонита, длительности язвенной болезни и условий для проведения операции применяют ушивание язвы, иссечение язвы с пилоропластикой в сочетании с ваготомией, экономную резекцию желудка (антрумэктомию) в сочетании со стволовой ваготомией. Заключительным этапом операции по поводу перфоративной язвы должен быть тщательный туалет брюшной полости: аспирация экссудата и гастродуоденального содержимого, промывание растворами антисептиков.

8. Вентральные грыжи. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.

Правильный ответ.

Послеоперационные грыжи образуются в области послеоперационного рубца. Причинами их образования являются расхождение краев сшитого апоневроза или оставление дефекта в нем (при тампонировании брюшной полости), нагноение раны, большая физическая нагрузка в послеоперационном периоде. Края грыжевых ворот вначале бывают эластичные, а затем за счет рубцевания и дегенерации составляющих их мышц, становятся ригидными, грубыми. При этом в них возникают фиброзные тяжи и перемычки, они становятся ячеистыми, а сами грыжи - многокамерным. В случае если грыжевые ворота представлены множественными дефектами

апоневроза, то грыжевой мешок может быть многокамерным. В связи с тем, что образование грыжи процесс длительный, между грыжевым мешком и окружающей его клетчаткой образуются достаточно грубые сращения с новообразованными в них сосудами. Это необходимо учитывать во время операции при выделении грыжевого мешка. Брюшина, образующая грыжевой мешок, может быть нормальной толщины, а может, вследствие длительной травматизации (например, при ношении бандажа или частых ущемлениях), быть представлена грубой фиброзной рубцовой тканью изнутри выстланной мезотелием.

Клиника: боли в области грыжевого выпячивания;невправимость грыжи;резкая болезненность при пальпации грыжевого выпячивания;при длительном сроке ущемления возможны клинические и рентгенологические признаки кишечной непроходимости.

Диагностика: Диагностика вентральной грыжи заключается в определении набухания в области послеоперационного рубца и не представляет особой сложности.

Лечение:1) Пластика местными тканями заключается в ушивании дефекта апоневроза передней брюшной стенки нерассасывающимися нитками. При этом возможно создание дубликатуры апоневроза (его удвоение). Пластика местными тканями без значительного их натяжения возможна лишь при небольшом размере дефекта апоневроза, менее 5 см. При устранении малых вентральных грыж допустимо местное обезболивание, в остальных ситуациях операция выполняется под наркозом.

2) Пластика с применением синтетических протезов. При этом не возникает натяжения собственных тканей организма пациента, протез прорастает прочной соединительно-тканной капсулой, в послеоперационном периоде. Практически отсутствуют боли в зоне операции, наступает более ранняя трудовая реабилитация пациента, вследствие значительного укрепления брюшной стенки.

Возможно расположение сетки над апоневрозом (как представлено на рисунк) способ - ONLAY, между листками апоневроза способ - INLAY, под апоневрозом способ - SUBLAY, изнутри брюшной полости способ - INTRAABDOMINAL

3) Лапароскопическая герниопластика. практически не используется для устранения послеоперационных вентральных грыж, т.к. подобные грыжи, как правило, вызывают образование большого количества спаек внутри живота которые затрудняют работу с эндоскопическим оборудованием

9. Осложнения грыж (ущемление). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.

Правильный ответ.

К осложнениям грыж относятся неаправимость,ущемление, копростаз, воспаление.

Ущемленная грыжа- внезапное или постепенное сдавление какого-либо органа брюшной полости в грыжевых воротах, приводящее к нарушению его кровоснабжения и, в конечном итоге, к некрозу. Могут ущемляться как наружные (в различных щелях и дефектах стенок живота и тазового дна), так и внутренние (в карманах брюшной полости и отверстиях диафрагмы) грыжи.Среди пациентов преобладают лица пожилого и преклонного возраста.

Хирургическая тактика при спонтанном вправлении ущемлённой грыжи

Если оно произошло до госпитализации (на дому, в машине «скорой помощи» по пути в больницу или в приёмном покое), то больного всё равно необходимо госпитализировать в хирургическое отделение. Имеющийся факт ущемления длительностью свыше 2 ч, особенно при

явлениях острой кишечной непроходимости, служит показанием к экстренной операции (проводимой путём срединной лапаротомии) или диагностической лапароскопии. Находят ущемлённый орган и оценивают его жизнеспособность.

Во всех остальных случаях спонтанного вправления: при сроке ущемления менее 2 ч, сомнении в достоверности имевшего место ущемления - необходимо динамическое наблюдение за состоянием больного. В тех ситуациях, когда состояние брюшной полости в ближайшие сутки после ущемления не вызывает тревоги (нет болей и признаков интоксикации), больного можно оставить в стационаре и после необходимого обследования провести плановое грыжесечение. Если у больного повышается температура тела, сохраняется болезненность в животе и появляются симптомы раздражения брюшины, производят экстренную срединную лапаротомию и резецируют орган, подвергшийся ущемлению и некрозу. Спонтанное вправление грыжи может произойти по пути в операционную, во время вводного наркоза или начала местной анестезии. Несмотря на это, приступают к операции. После вскрытия грыжевого мешка (при необходимости выполняют герниолапаротомию), осматривают близлежащие органы. Обнаружив орган, подвергшийся ущемлению, извлекают его в рану и оценивают жизнеспособность. При затруднении в поисках ущемлённого органа прибегают к помощи лапароскопии через устье вскрытого грыжевого мешка. Далее операцию продолжают и заканчивают по общепринятым для ущемлённой грыжи правилам.

Важно своевременно распознать мнимое вправление грыжи, потому что в этом случае могут быстро развиться непроходимость кишечника и перитонит. Анамнестические данные (насильственное вправление грыжи), боль в животе, признаки непроходимости кишечника, резкая болезненность при пальпации мягких тканей в области грыжевых ворот, подкожные кровоизлияния позволяют предположить мнимое вправление грыжи и экстренно оперировать больного. Разновидности мнимого(ложное) вправления:а -перемещение ущемленных внутренностей из одной камеры в другую при многокамерной грыже;б-отделение и вправление всего грыжевого мешка;В-отрыв шейки от остальных отделов грыжевого мешка;Г-полный отрыв шейки грыжевого мешка и париетальной брюшины;Д-разрыв ущемленной кишки.

10. Механическая желтуха. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.

Правильный ответ.

Обтурационная, механическая или подпеченочная, желтуха развивается в результате частичной или полной непроходимости желчевыводящих путей, нарушения пассажа желчи в кишечник. Обтурационная желтуха чаще обусловлена холедохолитиазом, стриктурой протоков, стенозом большого сосочка двенадцатиперстной кишки, опухолью головки поджелудочной железы и желчевыводящих путей.

При обтурационной желтухе кожные покровы приобретают желтовато-зеленую окраску, а при обтурирующих желчевыводящие пути опухолях — характерный землистый оттенок. В случае длительного существования обтурационной желтухи кожные покровы становятся черновато-бронзовыми.

В течении механической желтухи выделяют 3 стадии:

1) *холестатическая* – при закупорке желчных протоков нарушается отток желчи;

2) *цитолитическая* – застой желчи вызывает гепатоцитолиз;

3)*смешанная*– присоединяются явления холангита и глубокие стриктурно–функциональные изменения в печени.

		Клиническая картина в начальной стадии обтурационной желтухи зависит прежде всего от той причины, которая ее вызвала. При закупорке желчного протока камнем желтуха появляется непосредственно после болевого приступа, при раке головки поджелудочной железы обычно имеется различной длительности преджелтушный период, во время которого нередки опоясывающие боли в верхней половине живота, диспепсические расстройства. Желтуха появляется вне связи с болевым приступом и, появившись, она носит быстро прогрессирующий характер. Наряду с этим обнаруживаются признаки панкреатической недостаточности, проявляющиеся расстройством пищеварения, появлением поносов с большим количеством непереваренного жира. При желтухе, обусловленной раком головки поджелудочной железы и дистального отдела желчного протока, наряду с умеренным увеличением размеров печени увеличивается и желчный пузырь. Для желтухи при раке фатерова соска характерны волнообразное течение, кишечное кровотечение при распаде опухоли и восходящий холангит. При желтухе, возникшей на почве рубцовой стриктуры желчного протока после ранее перенесенной холецистэктомии, при расспросе можно установить наличие длительно существовавшего наружного желчного свища. После самостоятельного закрытия такого свища обычно появляются ознобы с повышением температуры тела до высоких цифр с последующей желтухой, которая носит или перемежающийся характер – при неполной закупорке, или прогрессирующий – если возникла полная непроходимость желчных путей. В поздних стадиях обтурационной желтухи нередко установить ее причину очень трудно. **Лечение** оперативное и направлено на устранение препятствия для нормального оттока желчи.

Шкала оценивания
«Отлично» - более 80% правильных ответов
«Хорошо» - 70-79% правильных ответов
«Удовлетворительно» - 55-69% правильных ответов
«Неудовлетворительно» - менее 55% правильных ответов

Приложение 2

Тестовые задания по дисциплине Б1.О.28 Хирургические болезни

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст
С	32.05.01	Медико-профилактическое дело
К	УК-1	Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий
К	ОПК-5	Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
Ф	ОПК-9	Способен проводить донозологическую диагностику заболеваний для разработки профилактических мероприятий с целью повышения уровня здоровья и предотвращения заболеваний
Ф	А/01.7	**Трудовая функция:** осуществление федерального государственного контроля (надзора) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей **Трудовые действия:** Составление и (или) оценка экспертного заключения по результатам экспертизы, направленной на установление причинно-следственной связи выявленного нарушения обязательных требований с фактом причинения вреда жизни, здоровью граждан
	А/02.7	**Трудовая функция:** Выдача санитарно эпидемиологических заключений **Трудовые действия:** Выдача санитарно-эпидемиологического заключения
И		**ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)**
Т		**1. Этиология механической желтухи при желчно каменной болезни:** A. острого флегмонозного холецистита B. острого гангренозного холецистита C. острого гангренозно-перфоративного холецистита D. закупорки камнем пузырного протока **2. симптом Курвуазье это:** A. увеличенный, безболезненный, эластичный и подвижный желчный пузырь у больного с механической желтухой; B. увеличенный, безболезненный, эластичный желчный пузырь, желтухи нет: C. механическая желтуха, желчный пузырь не увеличен, пальпация его болезненна; D. паренхиматозная желтуха, желчный пузырь не увеличен, пальпация его болезненна. **3. Где локализуется воспаление при катаральном холецистите:** A. в слизистой B. в слизистой и подслизистой C. в слизистой, подслизистой и мышечном слое D. во всех слоях **4. Главный УЗИ признаком механической желтухи является:** A. расширение желчевыводящих протоков B. увеличение печени C. увеличение желчного пузыря D. сужение желчных протоков

		5. **Чем опасна желчнокаменная болезнь:** A. развития цирроза печени B. ракового перерождения желчного пузыря C. вторичного панкреатита D. развития деструктивного холецистита 6. **Что из нижеперечисленного является осложнением холедохолитиаза:** A. водянка желчного пузыря B. эмпиема желчного пузыря C. желтуха, холангит D. хронический активный гепатит 7. **При остром и хроническом холецистите противопоказана применение** A. антибиотиков B. морфина эндрохлорида C. но-шпы D. атропина сульфата **8. Камнеобразованию в желчном пузыре способствует:** A. инфекции B. застоя желчи C. обменных нарушений D. воспалительных процессов в желчном пузыре **9. Преимущества холецистэктомии «от шейки»:** A. оптимальные- условия для бескровного удаления желчного пузыря B. прерывается путь поступления гнойной желчи а холедох C. отсутствует миграция мелких камней из пузырного протока в холедох; D. сокращаются сроки выполнения операции **10. После холецистэктомии чаще всего применяется дренаж:** A. по Робсону-Вианевскому B. по Холстеду-Пиковскому C. по Спасокукоцкому D. по Керу
И		**ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 2 УРОВНЯ (НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ)**
т		**1. Причиной развития паралитической кишечной непроходимости может быть:** A. перитонит B. свинцовое отравление C. острый панкреатит D. забрюшинная гематома **2. Признаками острой механической кишечной непроходимости являются:** A. схваткообразные боли в животе B. асимметрия живота C. рвота

		D. задержка стула и газов **3. При операции у пациента с кишечной непроходимостью необходимо выполнить:** A. восстановить проходимость кишечной трубки B. произвести новокаиновую блокаду корня брыжейки тонкой кишки C. оценить жизнеспособность измененного отдела кишечника D. энтеротомия и эвакуация кишечного содержимого путем «выдаивания» **4. Схваткообразные боли в животе наблюдается при:** A. обтурации толстой кишки опухолью B. завороте тонкой кишки C. завороте толстой кишки D. паралитической кишечной непроходимости **5. Для заворота тонкой кишки характерно:** A. схваткообразные боли B. асимметрия живота C. «шум плеска» D. рвота **6. Причины динамической кишечной непроходимости:** A. свинцовая колика B. печеночная колика C. уремия D. порфирия **7. Причиной обтурационной кишечной непроходимости может быть все, кроме:** A. воспалительного инфильтрата B. перекрута брыжейки кишки C. желчного камня D. инвагинации **8. Что характерно для острой высокой кишечной непроходимости:** A. быстрое снижение ОЦК B. неукротимая рвота C. вздутие живота в первые часы заболевания D. быстрое обезвоживание **9. Болевой синдром при непроходимости кишечника не характеризуется:** A. постоянной тупой болью в животе B. острой «кинжальной» болью C. незначительными интермитирующими болями в различных отделах брюшной полости; D. сильными схваткообразными болями **10. Что не может провоцировать развитие острой кишечной непроходимости:** A. слабость мышц живота B. злоупотребление алкоголем C. употребление острой и жирной пищи D. употребление большого количества пищи, богатой клетчаткой
И		**ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 3 УРОВНЯ (ЗАДАНИЯ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ)**

т		1. Острый аппендицит — Симптом Образцова Острый панкреатит — Симптом Кохера Острый холецистит — Симптом Мейо-Робсона — Симптом Воскресенкого 2. по Волковичу-Дьяконову-Мак-Бурнею — К поджелудочной железе поперечный разрез (Шпренгеля); — К аппендициту Доступ Кохера — К желчному пузырю — К печени 3. Ситковского симптом — усиление боли в правой подвздошной области после поворота лежащего больного на левый бок Симптом Ровзинга: — при пальпации в левой подвздошной области и одновременном надавливании на нисходящий отдел ободочной кишки давление газов передается на илеоцекальную область, что сопровождается болью Симптом Мейо-Робсона — болезненность определяется в точке Мейо-Робсона, проекции хвоста поджелудочной железы, на границе средней и наружной трети отрезка линии, проведённой через пупок, левую рёберную дугу и подмышечную область слева Симптом Мюсси —

Шкала оценивания
«Отлично» - более 80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Хорошо» - 70-79% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Удовлетворительно» - 55-69% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Неудовлетворительно» - менее 55% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

Приложение 3

Типовые ситуационные задачи по дисциплине Б1.О.28 Хирургические болезни

Ситуационная задача по дисциплине (модулю) №1

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	32.05.01	Медико-профилактическое дело
К	УК-1	Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий
Ф	ОПК-5	Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
Ф	ОПК-9	Способен проводить донозологическую диагностику заболеваний для разработки профилактических мероприятий с целью повышения уровня здоровья и предотвращения заболеваний
	A/01.7	**Трудовая функция:** осуществление федерального государственного контроля (надзора) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей **Трудовые действия:** Составление и (или) оценка экспертного заключения по результатам экспертизы, направленной на установление причинно-следственной связи выявленного нарушения обязательных требований с фактом причинения вреда жизни, здоровью граждан
	A/02.7	**Трудовая функция:** Выдача санитарно эпидемиологических заключений **Трудовые действия:** Выдача санитарно-эпидемиологического заключения
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Больной 45 лет с невправимой паховой грыжей в течении 3 суток отмечает боли в области грыжевого выпячивания, увеличение грыжевого выпячивания в размерах, покраснение и уплотнение кожных покровов над выпячиванием, повышение температуры тела до 39 градусов с ознобами. Объективно – состояние больного средней тяжести, живот умеренно вздут, безболезненный, грыжевое выпячивание резко болезненное, кожа над ним отечна и гиперемирована
В	1	**Предварительный диагноз?** А. Перитонит Б. паховый лимфаденит В. Острый аппендицит Г. Флегмона грыжевого мешка Д. скользящая грыжа

В	2	**Наиболее частая причина возникновения данного заболевания?** А. Ущемление грыжи Б. нарушение кровообращения В. Хронический простатит Г. Острая кишечная непроходимость Д. Прободная язва
В	3	**Наиболее информативный диагностический метод?** А. Обзорная рентгенография брюшной полости Б. Физикальное обследование, анамнез В. Лапароскопия Г. пункция инфильтрата Д. ультразвуковое исследование грыжи
В	4	**Ваша тактика лечения?** А. Динамическое наблюдение Б. Экстренная операция В. Попытка вправления грыжи Г. Операция, антибактериальная терапия Д. плановая операция - грыжесечение
В	5	**Какое осложнение может развиться у больного:** А. перитонит Б. острая кишечная непроходимость В. острый перфоративный холецистит, диффузный перитонит; Г. острый холангит; Д. острый панкреонекроз.

Оценочный лист
к ситуационной задаче по дисциплине (модулю) №_1_

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.05.01	Медико-профилактическое дело
К	УК-1	Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий
	ОПК-5	Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
	ОПК-9	Способен проводить донозологическую диагностику заболеваний для разработки профилактических мероприятий с целью повышения уровня здоровья и предотвращения заболеваний
Ф	А/01.7	**Трудовая функция:** осуществление федерального государственного контроля (надзора) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей **Трудовые действия:** Составление и (или) оценка экспертного заключения по результатам экспертизы, направленной на установление причинно-следственной

		связи выявленного нарушения обязательных требований с фактом причинения вреда жизни, здоровью граждан
Ф	А/02.7	**Трудовая функция:** Выдача санитарно эпидемиологических заключений **Трудовые действия:** Выдача санитарно-эпидемиологического заключения
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Больной 45 лет с невправимой паховой грыжей в течении 3 суток отмечает боли в области грыжевого выпячивания, увеличение грыжевого выпячивания в размерах, покраснение и уплотнение кожных покровов над выпячиванием, повышение температуры тела до 39 градусов с ознобами. Объективно – состояние больного средней тяжести, живот умеренно вздут, безболезненный, грыжевое выпячивание резко болезненное, кожа над ним отечна и гиперемирована
В	1	**Предварительный диагноз?** 1. Перитонит 2. паховый лимфаденит 3. Острый аппендицит 4. Флегмона грыжевого мешка 5. скользящая грыжа
Э		Правильный ответ 1. Флегмона грыжевого мешка 2. скользящая грыжа
Р2	отлично	Дескрипторы полного ответа на вопрос: полнении данного задания не допущено ошибок. Количество правильных ответов для оценки «отлично»: 1. Флегмона грыжевого мешка 2. скользящая грыжа
Р1	Хорошо/удовлетворительно	Дескрипторы полного ответа на вопрос: при выполнении данного задания допущено не более одной ошибки. Количество правильных ответов для оценки «хорошо»: 1. Флегмона грыжевого мешка 2. Острый аппендицит Дескрипторы полного ответа на вопрос: при выполнении данного задания допущено 2 ошибки. Количество правильных ответов для оценки «удовлетворительно»: 1. Флегмона грыжевого мешка 2. Перитонит 3. паховый лимфаденит
Р0	неудовлетворительно	Дескрипторы полного ответа на вопрос: при выполнении данного задания дан полностью неверный ответ. 1. Перитонит 2. паховый лимфаденит
В	2	**Наиболее частая причина возникновения данного заболевания?** 1.Ущемление грыжи

		2.нарушение кровообращения 3.Хронический простатит 4.Острая кишечная непроходимость 5.Прободная язва
Э	-	Правильный ответ 1. Ущемление грыжи 2. нарушение кровообращения
Р2	отлично	Дескрипторы полного ответа на вопрос: полнении данного задания не допущено ошибок. Количество правильных ответов для оценки «отлично»:
Р1	хорошо/удовлетворительно	Дескрипторы полного ответа на вопрос: при выполнении данного задания допущено не более одной ошибки. Количество правильных ответов для оценки «хорошо»: 1.нарушение кровообращения 2.Хронический простатит Дескрипторы полного ответа на вопрос: при выполнении данного задания допущено 2 ошибки. Количество правильных ответов для оценки «удовлетворительно»: 1.нарушение кровообращения 2.Хронический простатит 3.Острая кишечная непроходимость
Р0	неудовлетворительно	Дескрипторы полного ответа на вопрос: при выполнении данного задания дан полностью неверный ответ. 1.Острая кишечная непроходимость 2.Прободная язва
В	3	**Наиболее информативный диагностический метод?** 1. Обзорная рентгенография брюшной полости 2. Физикальное обследование, анамнез 3. Лапароскопия 4. пункция инфильтрата 5. ультразвуковое исследование грыжи
Э		Правильный ответ 1. Физикальное обследование, анамнез 2. ультразвуковое исследование грыжи
Р2	отлично	Дескрипторы полного ответа на вопрос: полнении данного задания не допущено ошибок. Количество правильных ответов для оценки «отлично»: 1. Физикальное обследование, анамнез 2. ультразвуковое исследование грыжи
Р1	хорошо/удовлетворительно	Дескрипторы полного ответа на вопрос: при выполнении данного задания допущено не более одной ошибки. Количество правильных ответов для оценки «хорошо»: 1. Физикальное обследование, анамнез 2. Лапароскопия Дескрипторы полного ответа на вопрос: при выполнении данного задания допущено 2 ошибки. Количество правильных ответов для оценки «удовлетворительно»: 1. Физикальное обследование, анамнез

		2. Лапароскопия 3. пункция инфильтрата
Р0	неудовлетворительно	Дескрипторы полного ответа на вопрос: при выполнении данного задания дан полностью неверный ответ. 1. Лапароскопия 2. пункция инфильтрата
В	4	**Ваша тактика лечения?** 1. Динамическое наблюдение 2. Экстренная операция 3. Попытка вправления грыжи 4. Операция, антибактериальная терапия 5. плановая операция - грыжесечение
Э		Правильный ответ 1. Экстренная операция 2. Операция, антибактериальная терапия
Р2	отлично	Дескрипторы полного ответа на вопрос: полнении данного задания не допущено ошибок. Количество правильных ответов для оценки «отлично»: 1. Экстренная операция 2. Операция, антибактериальная терапия
Р1	хорошо/удовлетворительно	Дескрипторы полного ответа на вопрос: при выполнении данного задания допущено не более одной ошибки. Количество правильных ответов для оценки «хорошо»: 1. Попытка вправления грыжи 2. Операция, антибактериальная терапия Дескрипторы полного ответа на вопрос: при выполнении данного задания допущено 2 ошибки. Количество правильных ответов для оценки «удовлетворительно»: 1. Динамическое наблюдение 2. Экстренная операция 3. Попытка вправления грыжи
Р0	неудовлетворительно	Дескрипторы полного ответа на вопрос: при выполнении данного задания дан полностью неверный ответ. 1. Динамическое наблюдение 2. Попытка вправления грыжи
	5	**Какое осложнение может развиться у больного:** 1. перитонит 2. острая кишечная непроходимость 3. острый перфоративный холецистит, диффузный перитонит; 4. острый холангит; 5. острый панкреонекроз.
		Правильный ответ 1. перитонит 2. острая кишечная непроходимость
		Дескрипторы полного ответа на вопрос: полнении данного задания не допущено ошибок. Количество правильных ответов для оценки «отлично»: 1. перитонит

		2. острая кишечная непроходимость
		Дескрипторы полного ответа на вопрос: при выполнении данного задания допущено не более одной ошибки. Количество правильных ответов для оценки «хорошо»: 1. острая кишечная непроходимость 2. острый перфоративный холецистит, диффузный перитонит Дескрипторы полного ответа на вопрос: при выполнении данного задания допущено 2 ошибки. Количество правильных ответов для оценки «удовлетворительно»: 1. перитонит 2. острый перфоративный холецистит, диффузный перитонит; 3. острый холангит
		Дескрипторы полного ответа на вопрос: при выполнении данного задания дан полностью неверный ответ. 1. острый холангит; 2. острый панкреонекроз.

Приложение 4

Чек-лист оценки практических навыков

Название практического навыка **Пункция плевральной полости**

С	32.05.01	Медико-профилактическое дело
К	УК-1	Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий
К	ОПК-5	Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
К	ОПК-9	Способен проводить донозологическую диагностику заболеваний для разработки профилактических мероприятий с целью повышения уровня здоровья и предотвращения заболеваний
Ф	А/01.7	осуществление федерального государственного контроля (надзора) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей
ТД	Составление и (или) оценка экспертного заключения по результатам экспертизы, направленной на установление причинно-следственной связи выявленного нарушения обязательных требований с фактом причинения вреда жизни, здоровью граждан	
Ф	А/02.7	Выдача санитарно эпидемиологических заключений
ТД	Выдача санитарно-эпидемиологического заключения	

	Действие	Проведено	Не проведено
1.	**Для** пункции больного помещают в удобное положение, обычно сидя с наклоном вперед и опорой на стол или спинку	1 балл	-1 балл
2.	Место для пункции определяется по совокупности перкуторных данных, результатов рентгенограммы легких в двух проекциях и ультразвукового исследования плевральной полости. Обычно в 7-8-м межреберье от лопаточной до задней подмышечной линии.	1 балл	-1 балла
3.	Место пункции обрабатывается антисептиками: дважды раствором йода и однократно спиртом.	1 балл	-1 балл
4.	Анестезия проводится 0,5% раствором новокаина с созданием лимонной корочки и послойной инфильтрацией	1 балл	-1 балл
5.	После анестезии игла меняется на пункционную и производится вкол, ориентируясь на верхний край ребра, чтобы не повредить расположенные у его нижнего края сосуды и нервы.	1 балл	-1 балл
6.	Перед введением иглы кожу фиксируют к верхнему краю ребра указательным пальцем левой руки.	1 балл	-1 балл
7.	Перпендикулярно к коже иглу проводят вглубь до появления чувства провала, которое свидетельствуют о прокалывании париетальной плевры, движение поршня становится свободным	1 балл	-1 балла
8.	При потягивании поршня на себя – получаем жидкость	1 балл	-1 балл

9.	Производим замену шприца на одноразовую систему для плевральной пункции и начинаем эвакуацию жидкости	1 балл	-1 балл
10.	Не рекомендуется однократное удаление более 1000 мл житдкости так как есть вероятность смещения средостения что приведет к развитию коллапса. (Исключение: кровь, удаляется полностью).	1 балл	-1 балл
11.	По окончании пункции игла извлекается.	1 балл	-1 балл
12.	Место пункции обрабатывают антисептиком и заклеивают стерильной салфеткой с помощью лейкопластыря.	1 балл	-1 балла
13.	После завершения пункции обязательно выполняют рентгенологическое исследование.	1 балл	-1 балл
	Итого	13 балл	-13 балл

Общая оценка:

«Зачтено» не менее 75% выполнения
«Не зачтено» 74 и менее% выполнения