

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30 мая 2019 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ. ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ»**

Специальность 31.05.03 Стоматология
(уровень специалитета)

Направленность: Стоматология

Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог

Форма обучения: очная

Срок обучения: 5 лет

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса.

по дисциплине «Общая хирургия. Хирургические болезни»

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

Самостоятельная работа студентов в ВУЗе является важным видом учебной и научной деятельности студента. Самостоятельная работа студентов играет значительную роль в рейтинговой технологии обучения. В связи с этим, обучение в ВУЗе включает в себя две, практически одинаковые по объему и взаимовлиянию части – процесса обучения и процесса самообучения. Поэтому СРС должна стать эффективной и целенаправленной работой студента.

Концепцией модернизации российского образования определены основные задачи высшего образования - "подготовка квалифицированного работника соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, ответственного, свободно владеющего своей профессией и ориентированного в смежных областях деятельности, способного к эффективной работе по специальности на уровне мировых стандартов, готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности".

Решение этих задач невозможно без повышения роли самостоятельной работы студентов над учебным материалом, усиления ответственности преподавателей за развитие навыков самостоятельной работы, за стимулирование профессионального роста студентов, воспитание творческой активности и инициативы.

К современному специалисту в области медицины общество предъявляет достаточно широкий перечень требований, среди которых немаловажное значение имеет наличие у выпускников определенных

Навыков (компетенций) и умения самостоятельно добывать знания из различных источников, систематизировать полученную информацию, давать оценку конкретной профессиональной ситуации. Формирование такого умения происходит в течение всего периода обучения через участие студентов в практических занятиях, выполнение контрольных заданий и тестов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ. При этом самостоятельная работа студентов играет решающую роль в ходе всего учебного процесса.

1.2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Общая хирургия. Хирургические болезни»

№ п/п	№ компетенции	Формулировка компетенции
1.	ОПК-8	готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач
2.	ОПК-9	способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач

2. Цели и основные задачи СРС

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста (или бакалавра) с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

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

Задачами СРС в плане формирования вышеуказанных компетенций являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- углубление и расширение теоретических знаний;

- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста.

3. Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе по дисциплине «Общая хирургия. Хирургические болезни» выделяется два вида самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

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

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются: написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни.

3.1. Перечень тематик рефератов (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

Тема №1 «Виды хирургической помощи. Организация хирургического отделения. Деонтология в хирургии. Ведение медицинской документации.»

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

Тема №2 «Асептика.»

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

Тема №3 «Антисептика.»

1. Современные методы биологической антисептики.
2. Виды дренирования в хирургии.

Тема №4 «Десмургия.»

1. Современные виды полимерных гипсовых повязок.
2. Методика наложения бинтовых марлевых повязок.

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

1. Кровотечение. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции.
2. Современные взгляды на временную и окончательную остановку наружных кровотечений.

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

1. Тактика врача при переливании компонентов крови.
2. Современные взгляды на заместительную терапию при острой массивной кровопотере.

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

1. Общеврачебные подходы и современные показания к общей и местной анестезии.
2. Наркоз пропофолом.

Тема №8 «Виды местной анестезии.»

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

Тема №9 «Переломы и вывихи.»

1. Переломы. Клиника, диагностика, лечение.
2. Вывихи. Клиника, диагностика, лечение.

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

1. Синдром длительного сдавления.
2. Закрытая травма живота.

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

1. Травматический шок – причины, патогенез, клиника.
2. Противопоказания к сердечно-легочной реанимации.

Тема №12 «Раны и раневой процесс.»

1. Раны, фазы раневого процесса.
2. Лечение ран на разных стадиях течения раневого процесса.

Тема №13 «Ожоги. Отморожения. Электротравма.»

1. Дифференциальная диагностика ожогов и отморожений по степеням.
2. Электротравма.

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

1. Особенности общей предоперационной подготовки у хирургических больных.
2. Предоперационный период.

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

1. Особенности написания истории болезни хирургических больных.
2. Обоснование клинического диагноза.

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

1. Общие вопросы гнойных заболеваний серозных полостей.
2. Новые методы в лечении местного воспалительного процесса.
3. Микрофлора в современной гнойно-септической хирургии.

Тема №17 «Гнойная хирургия костей и суставов.»

1. Радикальные операции при хроническом остеомиелите.
2. Гнойный гонит, тактика хирурга, виды операций.

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

1. Сепсис - современные взгляды на этиопатогенез, классификацию и лечение.
2. Анатомо-физиологические особенности гнойных процессов на пальцах кисти.

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

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

Тема №20 «Основы онкологии.»

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

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

3.2. Перечень ситуационных задач

Тема №1 «Виды хирургической помощи. Организация хирургического отделения. Деонтология в хирургии. Ведение медицинской документации.»

Задача № 1.

В приемное отделение самостоятельно обратился мальчик 14 лет в сопровождении родителей с жалобами на боли в животе. Родители опасаются возможности острого аппендицита. Детского хирургического отделения в больнице нет.

1. Можно и нужно ли оказать помощь данному пациенту?
2. Каков должен быть объем помощи?

Задача № 1. Эталон ответа.

Пациент несовершеннолетний, поэтому оказание медицинской помощи в полном объеме возможно только в профильном стационаре. По месту обращения необходимо оказание неотложной помощи по жизненным показаниям. Внешне необходимости в ней нет, однако, чтобы в этом убедиться необходимо провести физикальное исследование пациента. Исследование должно выполняться в присутствии родителей и после получения их письменного согласия. При отсутствии показаний к неотложным лечебным мероприятиям, пациент должен быть направлен к детскому хирургу или другому специалисту-педиатру для дальнейшего обследования и лечения.

Задача №2

Преподаватель поручил Вам сопроводить пациента на рентгенологическое исследование. По дороге обратно больной потребовал у Вас медицинскую карту для ознакомления с результатами исследования, говоря что имеет на это право в соответствии с Законом об охране здоровья РФ.

Как поступить?

Задача №2. Эталон ответа.

Действительно, в соответствии со статьей 19, п.5 Закона № 323-ФЗ пациент имеет право на предоставление информации, которая должна ему быть представлена в доступной форме. Это может сделать только те специалисты, которые смогут интерпретировать информацию проведенного исследования в контексте течения болезни данного пациента. Поэтому знакомство с материалами медицинской карты должно проводиться только в присутствии и при помощи лечащего врача или заведующего отделением.

Тема №2 «Асептика.»

Задача №1

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

Задача №1. Эталон ответа.

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

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

Тема №3 «Антисептика.»

Задача № 1.

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

Задача №1. Эталон ответа.

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

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

Тема №4 «Десмургия.»

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

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

Задача № 1.

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

Каков вероятный источник кровотечения? Как оказать пострадавшему неотложную помощь?

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача № 2.

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

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

Задача № 2. Эталон ответа.

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

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

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

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

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

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2.

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

Тема №8 «Виды местной анестезии.»

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2.

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

Тема №9 «Переломы и вывихи.»

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

Симптом «прилипшей пятки» в сочетании с ротацией конечности наружу у женщины старческого возраста с вероятным наличием остеопороза позволяют предположить наличие перелома шейки бедра. Дополнительными аргументами в пользу этого диагноза могут быть положительный симптом осевой нагрузки (болезненность при поколачивании по пятке) и укорочение конечности. Дальнейшая тактика зависит от возможности и согласия больной на оперативное лечение, которое в данной ситуации является методом выбора. После наложения транспортной иммобилизации больную следует доставить в стационар и госпитализировать в травматологическое отделение. Если наличие тяжелых сопутствующих заболеваний полностью исключают возможность операции, то следует наложить гипсовую повязку «деротационный сапожок» на 1,5-2 месяца, после чего активизировать больную с ходьбой на костылях. На время соблюдения постельного режима необходим тщательный уход, профилактика пролежней, пневмонии, инфекции мочевых путей, которые являются основными причинами смерти таких больных.

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

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

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

Задача № 1.

В приемное отделение доставлен пострадавший в ДТП мужчина 34 лет. При обследовании выявлена следующая патология: ЧМТ, сотрясение головного мозга, закрытый перелом правого бедра с угловым и боковым смещением, открытый оскольчатый перелом нижней трети левой большеберцовой кости. Состояние пострадавшего тяжелое, сознание ясное, заторможен, боли в пораженных конечностях умеренные. ЧДД 24 в мин., ЧСС 112 в мин., АД 85/40 мм рт.ст.

Сформулируйте предварительный диагноз. Раскройте патогенез острой сердечно-сосудистой недостаточности. Каковы основные мероприятия неотложной помощи?

Задача № 1. Эталон ответа.

Формулировка диагноза: «Политравма. ЧМТ, сотрясение головного мозга, закрытый перелом правого бедра с угловым и боковым смещением, открытый оскольчатый перелом нижней трети левой большеберцовой кости. Травматический шок 3 степени.» Острая сердечно-сосудистая недостаточность при травматическом шоке имеет два основных патогенетических механизма: потеря ОЦК и афферентная болевая импульсация. При ЧМТ возможны центральные механизмы депрессии кровообращения, но при легкой форме ЧМТ, каковой является сотрясение головного мозга, они не задействованы. Потеря ОЦК при механической травме реализуется вследствие кровопотери. Объем последней при закрытом переломе бедра составляет от одного до полутора литров. При открытых переломах кровопотеря может быть значительной за счет наружного кровотечения. Таким образом, у пострадавшего имеется массивная острая кровопотеря. Роль болевой им пульсации в патогенезе острой сердечно-сосудистой недостаточности более сложна. Афферентная импульсация активирует симпатoadреналовую систему, что приводит к генерализованному сосудистому спазму. В результате тканевой гипоксии развивается метаболический ацидоз, следствием которого становится вазоплегия и децентрализация кровообращения. Основными мероприятиями неотложной помощи являются обезболивание, восполнение ОЦК, проверка эффективности транспортной иммобилизации.

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

Тема №12 «Раны и раневой процесс.»

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

анестезии может оказаться крайне болезненным. Кроме того, необходимо рассмотреть вопрос об экстренной профилактике столбняка.

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

Тема №13 «Ожоги. Отморожения. Электротравма.»

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

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

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2

В хирургическое отделение поступила больная 62 лет, страдающая сахарным диабетом. На правой стопе отсутствует первый палец. На его месте имеется рана 5х6см, покрытая фибрином. В центре раны предлежит опил первой плюсневой кости серого цвета. Кожа вокруг раны с мощным ороговением и шелушением. Сахар крови 10,1 ммоль/л. Больной выполнена баллонная ангиопластика берцовых артерий, кровоток в дистальных отделах конечности восстановлен. Планируется резекция первой плюсневой кости, пластическое закрытие раны стопы. Как подготовить больную к операции?

Задача №2. Эталон ответа.

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

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

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

Тема №17 «Гнойная хирургия костей и суставов.»

Задача № 1.

В приемное отделение доставлен пациент 18 лет с жалобами на лихорадку и боли в области правого коленного сустава. Состояние средней тяжести, приближается к тяжелому. Болен пятью сутками. На фоне перенесенной ангины, после переохлаждения появилось общее недомогание, затем

нарастающая лихорадка с ознобами и боли в области правого коленного сустава. Температура тела 38,7°C. ЧСС 104 в мин., АД 110/55 мм рт.ст., ЧДД 24 в мин. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. Язык суховат Живот мягкий, безболезненный. Отправления в норме. На правой нижней конечности – незначительный мягкий отек. На бедре усилен рисунок подкожных вен. Сгибание и максимальное разгибание в коленном суставе умеренно болезненны. Надколенник не баллотирует. Пальпация и перкуссия его безболезненны. Перкуссия по надмышцелкам бедра умеренно болезненна. Осевая нагрузка на конечность незначительно болезненна. На рентгенограмме правого коленного сустава явных признаков патологии не обнаружено. Ваш предварительный диагноз? Что делать?

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2.

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

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

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

Формулировка диагноза: «Острый гнойный гонит слева. Параартикулярная глубокая флегмона (указать фасциальный футляр) глени. Сепсис». Диагноз сепсиса установлен на основании наличия очага инфекции и двух признаков SIRS: лихорадки выше 38°C и лейкоцитарной реакции выше

$12 \cdot 10^{12}/л$. Наличие этих признаков говорит о неблагоприятном течении заболевания, необходимости проанализировать и пересмотреть лечебную тактику.

Задача №2.

В ОРИТ находится пациентка 47 лет, прооперированная четыре дня назад по поводу ущемленной бедренной грыжи справа, осложненной флегмоной грыжевого мешка и разлитым гнойным перитонитом. Состояние тяжелое. Сознание спутанное. Боли в животе умеренные. Температура тела вечером $37,7^{\circ}C$, утром $37,4^{\circ}C$. ЧДД 24 в мин. при дыхании увлажненным кислородом через носовые катетеры, ЧСС 92 в мин., АД 120/65 мм рт.ст., суточный диурез 1200 мл, RBC- $3,02 \cdot 10^{12}/л$, WBC- $11,7 \cdot 10^9/л$, PLT- $90 \cdot 10^9/л$, общий белок 52 г/л, общий билирубин 27 мк/л, АЛТ 104Е/л, АСТ 130 Е/л, мочевины 14 ммоль/л, креатинин 115 мк/л. Сформулируйте диагноз. Ваши предложения по ведению больного?

Задача №2. Эталон ответа.

Формулировка диагноза: «Ущемленная бедренная грыжа справа. Флегмона грыжевого мешка. Разлитой гнойный перитонит. Тяжелый абдоминальный сепсис». Диагноз тяжелого сепсиса установлен на основании наличия очага инфекции и признаков СПОН: более чем двукратного повышения АЛТ и АСТ и снижения тромбоцитов ниже $100 \cdot 10^9/л$, депрессии сознания. Из признаков органной дисфункции также отмечается повышение креатинина до 115 мк/л, однако этот симптом не может быть трактован как признак СПОН (>280 мкмоль/л). Развитие СПОН указывает на явно неблагоприятное течение заболевания, требующее активных действий. Видимо имеется очаг инфекции, требующий хирургической санации. Также необходима интенсивная терапия органных дисфункций.

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

Задача № 1.

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2.

В хирургическом отделении на лечении находится пациент 63 лет страдающий сахарным диабетом. Два дня назад экстренно была выполнена ампутация голени по поводу влажной гангрены стопы. Швы на рану после ампутации не накладывались. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Активных жалоб практически не предъявляет. Температура тела $37,3^{\circ}C$. ЧСС 96 в мин., АД 110/65 мм рт.ст., ЧДД 28 в мин. Культи голени и бедро до верхней трети отечны,

кожные покровы бледные, не напряжены, безболезненные, крепитация при пальпации не определяется. Активные движения в коленном суставе отсутствуют, в тазобедренном – резко ограничены, но безболезненные. На перевязке – отделяемое из раны скудное, серозное, зловонное. Мышцы культы голени серо-коричневого цвета, при манипуляциях в ране – распадаются на отдельные волокна. Чувствительность в ране отсутствует. Ваш предварительный диагноз? Что делать?

Задача №2. Эталон ответа.

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

Тема №20 «Основы онкологии.»

Задача №1.

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

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

Задача № 1. Эталон ответа.

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

Задача №2.

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

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

Задача №2. Эталон ответа.

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

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

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

1. Титульный лист.
2. Паспортная часть.
3. Жалобы, предъявляемые больным.
4. История настоящего заболевания.
5. История жизни.
6. Аллергологический анамнез.
7. Трансфузиологический анамнез.
8. Перенесенные ранее заболевания, травмы и операции.
9. Семейный анамнез и данные о наследственности.
10. Экспертный анамнез.
11. Общий вид больного.
12. Кожные покровы.
13. Слизистые оболочки (полости рта, конъюнктив).
14. Подкожная клетчатка.
15. Опорно-двигательный аппарат.
16. Нервная система.
17. Органы дыхания.
18. Органы кровообращения.
19. Органы пищеварения.
20. Органы мочевого выделения.
21. Эндокринная система.
22. Status specialis (localis).
23. Предварительный диагноз.
24. План дополнительных методов исследования.
25. Клинический диагноз.
26. Показания к операции (предоперационный эпикриз) и протокол операции.
27. Дневник.
28. Эпикриз (общее заключение).

4. Организация СРС

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

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

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: факультет, кафедра, учебный и методический отделы, преподаватель, библиотека, электронная информационно-образовательная среда ВУЗа и сам обучающийся.

5. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Общая хирургия. Хирургические болезни»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
	СРС (по видам учебных занятий) 60	
1.	Виды хирургической помощи. Организация хирургического отделения. Деонтология в хирургии. Ведение медицинской документации.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
2.	Асептика.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни

3.	Антисептика.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
4.	Десмургия.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
5.	Кровотечения. Остановка кровотечения. Острая кровопотеря.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
6.	Переливание крови и ее компонентов. Кровезаменители.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
7.	Общие вопросы анестезиологии. Компоненты общей анестезии. Виды наркоза.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
8.	Виды местной анестезии.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
9.	Переломы и вывихи.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
10.	Травмы головы, груди и живота. Синдром длительного сдавления.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
11.	Общие вопросы реаниматологии. Травматический шок. Понятие о шоках другой этиологии. Сердечно-легочная реанимация	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
12.	Раны и раневой процесс.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
13.	Ожоги. Отморожения. Электротравма.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
14.	Хирургическая операция. Предоперационный и послеоперационный периоды.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
15.	Методика обследования хирургических больных. Курация. Представление истории болезни.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
16.	Гнойные заболевания мягких тканей: фурункул, карбункул, рожа, абсцесс, флегмона, гидраденит. Мастит. Лимфаденит и лимфангоит.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
17.	Гнойная хирургия костей и суставов.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
18.	Хирургический сепсис. Гнойные заболевания кисти.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
19.	Анаэробная инфекция. Специфическая хирургическая инфекция.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
20.	Основы онкологии.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
	СРС по промежуточной аттестации 34	Подготовка к экзамену
	СРС (ИТОГО) 94	

6. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Общая хирургия. Хирургические болезни»

Для оценки рефератов:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы

реферата количество литературных источников.

Для оценки решения ситуационной задачи:

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

Для оценки написания учебной истории болезни:

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

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине «Общая хирургия. Хирургические болезни»

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

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

– освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем и компетенциями в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по дисциплине **«Общая хирургия. Хирургические болезни»**

– планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.

– самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.

– выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

студент может:

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

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

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

2. Методические рекомендации для студентов по отдельным формам самостоятельной работы.

С первых же сентябрьских дней на студента обрушивается громадный объем информации, которую необходимо усвоить. Нужный материал содержится не только в лекциях (запомнить его – это только малая часть задачи), но и в учебниках, книгах, статьях. Порой возникает необходимость привлекать информационные ресурсы Интернет, ЭИОС, ЭБС и др. ресурсы.

Система вузовского обучения подразумевает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто: если в школе ежедневный контроль со стороны учителя заставлял постоянно и систематически готовиться к занятиям, то в вузе вопрос об уровне знаний вплотную встает перед студентом только в период сессии. Такая ситуация оборачивается для некоторых соблазном весь семестр посвятить свободному времяпрепровождению («когда будет нужно – выучу!»), а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

Работа с книгой.

При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.

Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.

Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.

Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).

При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.

Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.

Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при перечитывании записей лучше запоминались.

Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.

Различают два вида чтения; первичное и вторичное. *Первичное* - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого слова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения.

Задача *вторичного* чтения - полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).

Правила самостоятельной работы с литературой.

Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к следующим:

- Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться; «не старайтесь запомнить все, что вам в ближайшее время не понадобится, – советует студенту и молодому ученому Г. Селье, – запомните только, где это можно отыскать» (Селье, 1987. С. 325).
- Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...).
- Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень сэкономить время).
- Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.
- При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...
- Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).
- Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это

очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).

- Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью словаря, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чудом» начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая эта работа или нет...

- «Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро... Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном», – советует Г. Селье (Селье, 1987. – С. 325-326).

- Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того насколько осознанно читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста:**

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения:**

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь.

Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;
3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного.

Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

Методические рекомендации по составлению конспекта:

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

Практические занятия.

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

Самопроверка.

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или

пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

Консультации

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

Подготовка к экзаменам и зачетам.

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

Правила подготовки к зачетам и экзаменам:

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).
- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.
- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.
- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше продемонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).

- Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательно аргументированные точки зрения.

Правила написания научных текстов (рефератов):

- Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и.
- Важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.
- Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями.
- Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).
- Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.
- Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.

Далее можно взять что-то из МР по дисциплине, относящееся к конкретным видам СРС на данной дисциплине

3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Общая хирургия. Хирургические болезни»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
	СРС (по видам учебных занятий) 60	
1	Виды хирургической помощи. Организация хирургического отделения. Деонтология в хирургии. Ведение медицинской документации.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
2	Асептика.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
3	Антисептика.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
4	Десмургия.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
5	Кровотечения. Остановка кровотечения. Острая кровопотеря.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
6	Переливание крови и ее компонентов. Кровезаменители.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
7	Общие вопросы анестезиологии. Компоненты общей анестезии. Виды наркоза.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
8	Виды местной анестезии.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
9	Переломы и вывихи.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
10	Травмы головы, груди и живота. Синдром длительного сдавления.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
11	Общие вопросы реаниматологии. Травматический шок. Понятие о шоках другой этиологии. Сердечно-легочная реанимация	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
12	Раны и раневой процесс.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
13	Ожоги. Отморожения. Электротравма.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
14	Хирургическая операция. Предоперационный	Написание рефератов, решение ситуационных

	и послеоперационный периоды.	задач, написание учебной истории болезни
15	Методика обследования хирургических больных. Курация. Представление истории болезни.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
16	Гнойные заболевания мягких тканей: фурункул, карбункул, рожа, абсцесс, флегмона, гидраденит. Мастит. Лимфаденит и лимфангоит.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
17	Гнойная хирургия костей и суставов.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
18	Хирургический сепсис. Гнойные заболевания кисти.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
19	Анаэробная инфекция. Специфическая хирургическая инфекция.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
20	Основы онкологии.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание учебной истории болезни
	СРС по промежуточной аттестации 34	Подготовка к экзамену
	СРС (ИТОГО) 94	

4. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Общая хирургия. Хирургические болезни»

Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

Оценка	Критерии оценки
Зачтено	Выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.
Не зачтено	Выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы