

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 25.08.2025 11:13:43
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР

_____ Е.В. Коновалова

11 июня 2025 г., протокол УМС № 5

Хирургические болезни

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Кардиологии**

Учебный план о310802-Анестез-24-1.plx
31.08.02 Анестезиология-реаниматология

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **3 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 108
в том числе:
аудиторные занятия 58
самостоятельная работа 50

Виды контроля в семестрах:
зачеты 1

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		Итого	
Неделя	16 2/6			
Вид занятий	уп	рп	уп	рп
Лекции	4	4	4	4
Практические	54	54	54	54
Итого ауд.	58	58	58	58
Контактная работа	58	58	58	58
Сам. работа	50	50	50	50
Итого	108	108	108	108

Программу составил(и):

к.м.н., доцент, Баишев Сергей Николаевич

Рабочая программа дисциплины

Хирургические болезни

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - по специальности 31.08.02
Анестезиология-реаниматология (приказ Минобрнауки России от 02.02.2022 г. № 95)

составлена на основании учебного плана:

31.08.02 Анестезиология-реаниматология

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 11.06.2025 протокол № 5.

Рабочая программа утверждена на заседании УМС МИ 24.04.2025 протокол № 8

Председатель УМС, к.м.н., ст. преподаватель Е.А. Васильева

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры кардиологии 21.04.2025 протокол № 9

Зав. кафедрой к.м.н., доцент И.А. Урванцева

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Формирование у обучающихся фундаментальных знаний теоретических основ хирургических болезней. Формирование у обучающихся умений и навыков применения полученных знаний при оказании медицинской помощи по профилю "анестезиология-реаниматология" вне медицинской организации, в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В.ДВ.01
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Для успешного освоения дисциплины необходимы предшествующие знания по дисциплинам:
2.1.2	"Нормальная анатомия", "Топографическая анатомия", "Патологическая анатомия", "Нормальная физиология", "Патологическая физиология", "Микробиология", "Биохимия", "Фармакология", "Терапия внутренних болезней", "Общая хирургия", "Анестезиология и реаниматология".
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Производственная (клиническая) практика
2.2.2	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
2.2.3	Производственная (научно - исследовательская работа) практика

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ПК-1.1: Проводит обследование пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "анестезиология-реаниматология" вне медицинской организации	

ПК-1.2: Назначает лечение при заболеваниях и (или) состояниях, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "анестезиология-реаниматология" вне медицинской организации, контролирует его эффективность и безопасность	
---	--

ПК-2.1: Проводит обследование пациента с целью определения операционно-анестезиологического риска, установление диагноза органной недостаточности	
--	--

ПК-2.2: Назначает анестезиологическое пособие пациенту, контролирует его эффективность и безопасность; проводит искусственное замещение, поддержание и восстановление временно и обратимо нарушенных функций организма, при состояниях, угрожающих жизни пациента	
--	--

ПК-2.3: Проводит профилактику развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента	
--	--

ПК-2.4: Назначает мероприятия медицинской реабилитации и контролирует их эффективность	
---	--

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
-----	--------

3.1.1	- комплекс мероприятий при хирургических заболеваниях, направленный на сохранение и укрепление здоровья и включающий в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленный на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
3.1.2	- порядок проведения профилактических медицинских осмотров в хирургии, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;
3.1.3	- основные способы применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у хирургических пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
3.2	Уметь:
3.2.1	- осуществить комплекс мероприятий при хирургических заболеваниях, направленный на сохранение и укрепление здоровья и включающий в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленный на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
3.2.2	- оценить данные профилактических медицинских осмотров в хирургии и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;
3.2.3	- оценить влияние природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов на хирургических пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
3.3	Владеть:
3.3.1	- методологией применения комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
3.3.2	- оценкой данных профилактических медицинских осмотров в хирургии и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;
3.3.3	- оценкой влияния природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов на хирургических пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)						
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Примечание
	Раздел 1. Общие вопросы хирургических болезней					
1.1	Общие принципы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации хирургических заболеваний /Лек/	1	2	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	
1.2	Общие принципы диагностики хирургических заболеваний. Общие принципы лечения хирургических заболеваний. Общие принципы профилактики хирургических заболеваний /Пр/	1	6	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	Устный опрос Тестовый контроль

1.3	Общие принципы реабилитации хирургических заболеваний /Ср/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	
1.4	Особенности профилактических и реабилитационных мероприятий в специализированных областях хирургии /Лек/	1	2	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	
1.5	Особенности профилактических и реабилитационных мероприятий в общей хирургии. Особенности профилактических и реабилитационных мероприятий в гнойной хирургии. Особенности профилактических и реабилитационных мероприятий в эндокринной хирургии /Пр/	1	6	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	Устный опрос Тестовый контроль
1.6	Особенности профилактических и реабилитационных мероприятий в сердечно-сосудистой хирургии /Ср/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	
	Раздел 2. Частные вопросы хирургических болезней					
2.1	Язвенная болезнь, желчнокаменная болезнь, хирургические аспекты воспаления поджелудочной железы /Пр/	1	8	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	Устный опрос Тестовый контроль
2.2	Язвенная болезнь, желчнокаменная болезнь, хирургические аспекты воспаления поджелудочной железы /Ср/	1	6	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	

2.3	Хирургическое лечение заболеваний толстой кишки /Пр/	1	8	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	Устный опрос Тестовый контроль
2.4	Хирургическое лечение заболеваний толстой кишки /Ср/	1	6	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	
2.5	Болезни щитовидной железы и надпочечников /Пр/	1	8	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	Устный опрос Тестовый контроль
2.6	Болезни щитовидной железы и надпочечников /Ср/	1	6	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	
2.7	Хирургическая инфекция. Хирургические осложнения сахарного диабета. Диабетическая гнойная остеоартропатия /Пр/	1	6	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	Устный опрос Тестовый контроль
2.8	Хирургическая инфекция. Хирургические осложнения сахарного диабета. Диабетическая гнойная остеоартропатия /Ср/	1	8	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	

2.9	Острая непроходимость магистральных артериальных сосудов /Пр/	1	6	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	Устный опрос Тестовый контроль
2.10	Острая непроходимость магистральных артериальных сосудов /Ср/	1	8	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	
2.11	Хирургические аспекты болезней сердца /Пр/	1	6	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	Устный опрос Тестовый контроль
2.12	Хирургические аспекты болезней сердца /Ср/	1	8	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	
	Раздел 3. Зачет					
3.1	Разделы 1-2 /Зачёт/	1	0	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ПК-2.3 ПК-2.4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12	Устный опрос

5. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

5.1. Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации

Представлены отдельным документом

5.2. Оценочные материалы для диагностического тестирования

Представлены отдельным документом

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко	Хирургические болезни. Том 1 / Савельев В.С. ; Кириенко А.И. — Moscow : ГЭОТАР-Медиа, 2014. — Хирургические болезни. В 2 т. Том 1 [Электронный ресурс] : учебник	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014, <URL:http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431313.html>.	1
Л1.2	под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко	Хирургические болезни. Том 2 / Савельев В.С. ; Кириенко А.И. — Moscow : ГЭОТАР-Медиа, 2014. — Хирургические болезни. В 2 т. Том 2 [Электронный ресурс] : учебник	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014, <URL:http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431320.html>.	1
Л1.3	С. А. Сумин, К. Г. Шаповалов	Анестезиология-реаниматология : учебник для подготовки кадров высшей квалификации : для использования в образовательном процессе образовательных организаций, реализующих программы высшего образования по специальности 31.08.02 "Анестезиология и реаниматология" (уровень подготовки кадров высшей квалификации) : в 2 т. Т.1.	Москва : Медицинское информационное агентство, 2018	25
Л1.4	С. А. Сумин, К. Г. Шаповалов	Анестезиология-реаниматология : учебник для подготовки кадров высшей квалификации : для использования в образовательном процессе образовательных организаций, реализующих программы высшего образования по специальности 31.08.02 "Анестезиология и реаниматология" (уровень подготовки кадров высшей квалификации) : в 2 т. Т.2.	Москва : Медицинское информационное агентство, 2018	25

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Сумин С. А.	Неотложные состояния: рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для студентов медицинских вузов	Москва: Медицинское информационное агентство, 2013	5
Л2.2	под ред. М. И. Кузина	Хирургические болезни / Кузин М.И. — Moscow : ГЭОТАР-Медиа, 2014. — Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014, <URL:http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433713.html>.	1

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	под общ. ред. В. В. Дарвина	Практические навыки по хирургии [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие	Сургут : Издательство СурГУ, 2006, https://elib.surgu.ru/fulltext/books/87910.	1
Л3.2	Кириенко А.И., Шулуто А.М., Семиков В.И. и др	Хирургические болезни : Гриф Минобрнауки России. / Кириенко А.И. ; Шулуто А.М. ; Семиков В.И. — Moscow : ГЭОТАР-Медиа, 2011. — Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011, <URL:http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420393.html>.	1
Л3.3	Под ред. А.Ф. Черноусова	Хирургические болезни : Гриф Минобрнауки России. / Черноусов А.Ф. — Moscow : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012, <URL:http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421161.html>.	1
Л3.4	Корнилов Т.А.	Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебное пособие	Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2019, http://www.iprbookshop.ru/79691.html. — ЭБС «IPRbooks»	1

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
ЛЗ.5	Селезнева Т.Д.	Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебное пособие	Саратов: Научная книга, 2019, http://www.iprbookshop.ru/81088.html . — ЭБС «IPRbooks»	1

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Электронная библиотека диссертаций
Э2	АРБИКОН
Э3	Евразийская патентная информационная система
Э4	Государственная публичная научно-техническая библиотека Сибирского отделения РАН
Э5	Единое окно доступа к образовательным ресурсам – информационная система
Э6	КиберЛенинка – научная электронная библиотека
Э7	Российская национальная библиотека
Э8	PubMedCentral
Э9	Medline
Э10	База данных ВИНТИ
Э11	Консультант студента. Электронная библиотека медицинского ВУЗа.
Э12	Научная библиотека СурГУ

6.3.1 Перечень программного обеспечения

6.3.1.1 Операционная система Microsoft Windows, пакет прикладных программ Microsoft Office.

6.3.2 Перечень информационных справочных систем

6.3.2.1 Гарант - информационно-правовой портал. <http://www.garant.ru>

6.3.2.2 КонсультантПлюс - надежная правовая поддержка. <http://www.consultant.ru>

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа №224, оснащена: комплект специализированной учебной мебели, маркерная доска, комплект (переносной) мультимедийного оборудования — ноутбук, проектор, проекционный экран, персональные компьютеры – 25 шт. Количество посадочных мест - 48 Используемое программное обеспечение: Microsoft Windows, пакет прикладных программ Microsoft Office. Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.
7.2	Учебная аудитория УК-63/21 для проведения занятий практического типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации на базе БУ «Сургутская городская клиническая больница», оснащена: комплект специализированной учебной мебели, маркерная доска, комплект мультимедийного оборудования — ноутбук, проектор, проекционный экран. Количество посадочных мест – 10 Используемое программное обеспечение: Microsoft Windows, пакет прикладных программ Microsoft Office. Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.

7.3	Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, на базе БУ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая больница», оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат искусственной вентиляции легких, прикроватный монитор с центральной станцией и автоматическим включением сигнала тревоги, регистрирующий электрокардиограмму, артериальное давление, частоту сердечных сокращений, частоту дыхания, насыщение гемоглобина кислородом, концентрацию углекислого газа в выдыхаемой смеси, температуру тела (два датчика), с функцией автономной работы, портативный электрокардиограф с функцией автономной работы, электроэнцефалограф, портативный аппарат искусственной вентиляции легких для транспортировки, дефибрилятор с функцией синхронизации, ингалятор, портативный пульсоксиметр, автоматический дозатор лекарственных веществ шприцевой, инфузомат, мобильная реанимационная тележка, переносной набор для оказания реанимационного пособия, отсасыватель послеоперационный, аппарат для быстрого размораживания и подогрева свежемороженой плазмы, аппарат для подогрева кровезаменителей и растворов, аквадистиллятор, аппарат для быстрого размораживания плазмы, аппарат для плазмафереза, аппарат для цитафереза, быстрозамораживатель для плазмы крови, весы медицинские (для взвешивания крови и ее компонентов), весы-помешиватели, весы для уравнивания центрифужных стаканов, камера теплоизоляционная низкотемпературная для хранения свежемороженой плазмы, комплект оборудования для глицеринизации и деглицеринизации эритроцитов, комплект оборудования для замораживания и хранения клеток крови при сверхнизкой температуре, кресло донорское, плазмоекстрактор (автоматический или механический (ручной)), система инактивации вирусов в плазме крови, термостат для хранения тромбоцитов (в комплекте с тромбомиксером), устройства для запаивания трубок, контейнеры для заготовки и хранения крови, центрифуга рефрижераторная напольная, анализатор для определения портативный, весы-помешиватели для взятия крови (мобильные) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.
7.4	Аудитории симуляционно-тренингового аккредитационного центра № 1 Б, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, лабораторными инструментами и расходными материалами: телемотор, синтомед, ANATOMAGE 4. Интерактивный комплекс – 3D Патанатомия, advancedVenepunctureArm, Limbs&ThingsLtd, тренажер для проведения инъекций, тренажер для отработки проведения пункции и дренажа грудной клетки, тренажер измерения АД, BT-CEAB2, BTIncSeoulbranch, UN/DGN-Vault, Honglian. Z990, Honglian. тонометр, фонендоскоп, пульсоксиметр, негатоскоп, SAMII, ExcellusTecnologies, аускультативный манекен, PAT, ExcellusTecnologies, Аускультативный манекен Система аускультации у постели больного SimulScore, тренажер абдоминального пациента, Limbs&Things, клинический тренажер для обследования мужского таза Limbs&Things,
7.5	NursingBaby, тренажер для обучения навыкам ухода и лечения ряда пациентов стационарного отделения для новорожденных NursingKid, тренажер для отработки навыков по уходу и лечению ряда стационарных пациентов детского возраста, усовершенствованный бедфордский манекен женский/мужской Adam, Rouilly, тренажер катетеризации мочевого пузыря Limbs&ThingsLtd, симулятор для отработки навыков зондового кормления, KokenCo, SimBaby, Laerdal, манекен новорожденного ребенка для отработки навыков реанимации новорожденных, ResusciBaby, Laerdal, тренажер для обучения технике СЛР и спасения детей, манекен удушья ребенка Adam, Rouilly, манекен удушья взрослого Adam, Rouilly, BT-CPEA, BTIncSeoulbranch, SaveManAdvance, KokenCo, Ltd, тренажер Труман-Травма, симулятор сердечно-легочной реанимации (СЛР) SHERPA, компьютерный робот-симулятор Аполлон, CAE Healthcare, компьютерный робот-симулятор СимМэн 3G, макет автомобиля скорой медицинской помощи, ПО "Зарница", манекен-тренажер 15 отведений ЭКГ, Nasco/Simulaid. Набор накладных муляжей для имитации ран и кровотечений Nasco/Simulaid, фантом-симулятор люмбальной пункции, KyotoKagakuCo, Ltd, педиатрический манекен-имитатор для обучения люмбальной пункции. LT00310. LM-027, тренажер для постановки клизмы. Перевозочные средства, медицинская мебель, расходные материалы - в количестве достаточном для освоения умений и навыков, предусмотренных профессиональной деятельностью, индивидуально. Библиотека результатов лабораторных и инструментальных исследований: Роли для стандартизированных пациентов. Библиотека ситуационных задач. Библиотека клинических сценариев. Библиотека оценочных листов.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Код, направление подготовки	31.08.02 Анестезиология-реаниматология
Направленность (профиль)	Анестезиология-реаниматология
Форма обучения	Очная
Кафедра-разработчик	Кардиологии
Выпускающая кафедра	Кардиологии

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

Этап: проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине

Раздел 1. Общие вопросы хирургических болезней

Вопросы для устного опроса

1. Общие принципы диагностики хирургических заболеваний.
2. Общие принципы лечения хирургических заболеваний.
3. Общие принципы профилактики хирургических заболеваний.
4. Особенности профилактических и реабилитационных мероприятий в общей хирургии.
5. Особенности профилактических и реабилитационных мероприятий в гнойной хирургии.
6. Особенности профилактических и реабилитационных мероприятий в эндокринной хирургии.

Тестовый контроль

001. Хронические процессы в печени и внепеченочных желчных путях проявляются:

- 1) снижением содержания аланиновой трансферазы
 - 2) снижением содержания аспарагиновой трансферазы
 - 3) диспротеинемией
 - 4) жировой дистрофией
 - 5) белковой дистрофией
- а) верны все ответы
б) правильно 1, 2 и 3
в) правильно 2, 3 и 4
г) правильно 1, 2 и 5
д) **правильно 3, 4 и 5**

002. Для выраженного нарушения функции печени при механической желтухе характерно:

- 1) увеличение содержания холестерина
- 2) гипопротейнемия
- 3) увеличения содержания фибриногена
- 4) нарушение обмена Ca^{++}

5) снижение уровня щелочной фосфатазы

а) правильно 1, 2

б) правильно 2, 3

в) правильно 2, 4

г) правильно 1, 5

д) все ответы правильны

003. Для больных механической желтухой характерны изменения центральной гемодинамики в виде:

1) снижения ударного объема

2) увеличения минутного объема

3) увеличения работы левого желудочка

4) увеличения общего периферического сопротивления

5) увеличения объема циркулирующей крови

а) правильно 1, 2 и 3

б) правильно 1, 3 и 5

в) правильно 1, 3 и 4

г) правильно 2, 3 и 5

д) правильно 3, 4 и 5

004. Главной причиной регургитации при наркозе

может быть все перечисленное, кроме

а) повышения внутрижелудочного и внутрибрюшного давления

б) функциональная неполноценность кардиального жома

в) гипоксия от обструкции дыхательных путей

г) прекураризация перед вводным наркозом

005. Тонус кардиального жома снижается от следующих препаратов, кроме

а) барбитуратов, кетамина

б) теофиллина, никотина

в) изопротеренола

г) эдрофония, прозерина

006. Профилактика регургитации при “полном желудке” состоит

1) из введения желудочного зонда за 5 мин до вводного наркоза

2) из оставления желудочного зонда на период вводного наркоза

3) из положения Тренделенбурга

4) из приема Селлика

5) из гипервентиляции O₂ в период вводного наркоза с помощью маски

6) из прекураризации 5 мг тубокурарина

7) из интубации в период начавшейся фибрилляции мышц живота

8) из интубации трубкой с манжеткой

а) верно все

б) верно 1, 4, 6, 8

в) верно 1, 5, 7, 8

г) верно 2, 4, 5, 7

д) верно 4, 5

007. Снижение защитного рефлекса с гортани наступает под влиянием следующих факторов, кроме

а) кетамина

б) гексенала

в) НЛА

г) местной контактной анестезии

д) повышения вагальных рефлексов (Ф.К.Коркин, Л.Х.Куперман, 1985)

008.Предоперационная подготовка перед экстренным оперативным вмешательством по поводу острого деструктивного холецистита должна длиться в среднем

а) 1-2 ч

б) до 6 ч

в) до 12 ч

г) 1 сутки

д) до 2 суток

009.В предоперационную подготовку больным острым холециститом и механической желтухой включают:

1) спазмолитики

2) реопрепараты

3) кристаллоиды

4) сердечные гликозиды

5) ингибиторы протеаз

а) верны все

б) верно все, кроме 1

в) верно все, кроме 2

г) верно все, кроме 3

д) верно все, кроме 4

010.На основании комплексного обследования больному 60 лет поставлен диагноз:

острый холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха.Начата консервативная терапия:

1) внутривенное введение кристаллоидов

2) внутривенное введение реопрепаратов

3) подкожное введение морфина

4) спазмолитики

5) антибиотики

а) верны все

б) верно все, кроме 1

в) верно все, кроме 2

г) верно все, кроме 3

д) верно все, кроме 5

011.Через сутки у больного с острым холециститом состояние ухудшилось, усилились боли в правом подреберье,

появились симптомы раздражения брюшины. Увеличилась билирубинемия.

Пульс - 60 ударов в минуту. АД - 90/60 мм рт. ст. Решено больного оперировать.Премедикация:

1) атропин

2) морфин

3) дроперидол

4) димедрол

5) преднизолон

а) правильно 1, 2 и 3

б) правильно 2, 3 и 4

в) правильно 1, 4 и 5

г) правильно 1, 3 и 4

д) правильно 1, 2 и 5

012.В качестве вводного наркоза у больного острым холециститом целесообразны:

1) альтезин

2) кетамин

- 3) барбитураты
- 4) седуксен
- 5) смесь Шейна - Ашмана
- а) верны все
- б) верно все, кроме 1
- в) верно все, кроме 2
- г) верно все, кроме 3
- д) **верно все, кроме 5**

013. Поддерживающую анестезию $N_2O + O_2$ достаточно осуществлять:

- 1) фторотаном
- 2) кетаминотаном с седуксеном
- 3) фентанилом
- 4) фентанилом с дроперидолом
- 5) альтезином
- а) правильно 1, 2 и 3
- б) правильно 1, 4 и 5
- в) правильно 2, 3 и 4
- г) правильно 2, 3 и 5
- д) **правильно 3, 4 и 5**

014. Недеполяризующие мышечные релаксанты при операциях по поводу механической желтухи:

- 1) требуют обязательной декураризации
- 2) можно применять только при достаточном диурезе
- 3) имеет место замедление их гидролиза
- 4) имеет место ускорение их гидролиза
- 5) имеет место уменьшение времени выведения их метаболитов из организма
- а) **правильно 1, 2 и 3**
- б) правильно 1, 2 и 4
- в) правильно 1, 3 и 5
- г) правильно 1, 4 и 5
- д) правильно 2, 4 и 5

015. Наиболее опасными в плане развития инфарктоподобных состояний в послеоперационном периоде

у больных механической желтухой и холециститом являются

- а) 1-е сутки
- б) 2-е сутки
- в) **3-и сутки**
- г) 6-е сутки
- д) 8-е сутки

016. Основными звеньями патогенеза острого панкреатита и панкреонекроза являются:

- 1) увеличение давления в протоке поджелудочной железы
- 2) попадание панкреатического секрета в ткань железы
- 3) активация трипсина
- 4) активация калликреиногена
- 5) протеолиз
- 6) гиповолемия
- 7) эндогенная токсемия
- а) **верны все**
- б) верно все, кроме 1, 2
- в) верно все, кроме 3

г) верно все, кроме 4, 5

д) верно все, кроме 6, 7

017.Изменение периферической и центральной гемодинамики

при остром панкреатите и панкреонекрозе происходит под влиянием:

1) калликрейна

2) трипсина

3) каллидина

4) гистамина

5) брадикинина

а) правильно 1, 2 и 3

б) правильно 1, 3 и 4

в) правильно 1, 4 и 5

г) правильно 2, 3 и 5

д) правильно 3, 4 и 5

018.Первая фаза токсемии при остром панкреатите характеризуется:

1) отеком железы

2) жировым некрозом

3) развитием химического перитонита

4) гипердинамическим характером нарушения гемодинамики

5) снижением объема циркулирующей крови

а) верно все

б) верно все, кроме 2

в) верно все, кроме 3

г) верно все, кроме 4

д) верно все, кроме 5

019.Для острого панкреатита характерными изменениями в крови являются:

1) гиперкалиемия

2) гиперкальциемия

3) гипернатриемия

4) гипохлоремия

5) диспротеинемия

а) правильно 1, 2

б) правильно 1 и 5

в) правильно 2 и 5

г) правильно 3 и 4

д) правильно 4 и 5

020.Нарушения в системе гемостаза при остром панкреатите могут проявляться:

1) гиперкоагуляцией

2) гипокоагуляцией

3) коагулопатией потребления

4) фибринолизом

5) ДВС-синдромом

а) верно все

б) верно, кроме 1

в) верно, кроме 2

г) верно, кроме 4

д) верно, кроме 5

021.Одним из тяжелых проявлений токсемии при остром панкреатите

является дыхательная недостаточность, которая развивается в результате:

- 1) нарушения фильтрационной способности легких
- 2) нарушения вентиляции
- 3) нарушения кровотока
- 4) нарушения соотношения вентиляция/перфузия
- 5) нарушение диффузии газов через альвеолярную мембрану

а) верно все

- б) верно все, кроме 1
- в) верно все, кроме 3
- г) верно все, кроме 4
- д) верно все, кроме 5

022. Основными задачами интенсивной терапии острого панкреатита являются:

- 1) коррекция гиповолемии
- 2) дезинтоксикация
- 3) обезболивание
- 4) коррекция водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния

а) верно все

- б) верно все, кроме 1
- в) верно все, кроме 2
- г) верно все, кроме 3
- д) верно все, кроме 4

023. Антитрипсиновым эффектом обладает

- а) полиглюкин
- б) реополиглюкин
- в) ореоглюман
- г) гемодез**
- д) альбумин

024. Антиспастическое действие на желчные и панкреатические протоки оказывает

- а) витамин А
- б) витамин С
- в) витамин В₁**
- г) витамин В₂
- д) витамин В₆

025. Гипотензивный эффект брадикинина купирует

- а) витамин В₁
- б) витамин В₆**
- в) панангин
- г) полиглюкин
- д) реополиглюкин

026. При сохраненном диурезе больному панкреонекрозом за сутки в среднем надо перелить жидкости

- а) до 1 л
- б) 1-3 л
- в) 3-5 л
- г) 6-8 л**
- д) до 15 л

027. Для коррекции электролитных нарушений больным острым панкреатитом целесообразно назначение:

- 1) препаратов K^{+}
- 2) препаратов Ca^{++}
- 3) препаратов, содержащий M^{++}
- 4) препаратов Na^{+}

а) верно все

- б) верно все, кроме 1
- в) верно все, кроме 2
- г) верно все, кроме 3
- д) верно все, кроме 4

028. Безуспешность лечения ДВС-синдрома гепарином при панкреонекрозе объясняется тем, что

- а) гепарин не угнетает активность гиалуронидазы
- б) гепарин не блокирует биосинтез тромбина
- в) гепарин не повышает активность липопротеиновой липазы

г) гепарин не вызывает блок протеаз

029. Болевой синдром при остром холецистите рационально купировать

- а) морфином
- б) промедолом**
- в) фентанилом
- г) дроперидолом
- д) виадрилом

030. В премедикацию больным панкреонекрозом включают:

- 1) атропин
- 2) промедол
- 3) морфин
- 4) дроперидол
- 5) димедрол

а) верны все

б) верно все, кроме 2

в) верно все, кроме 3

г) верно все, кроме 4

д) верно все, кроме 5

031. Для проведения вводного наркоза у больного острым панкреатитом и панкреонекрозом можно использовать:

- 1) кетамин
- 2) виадрил
- 3) альтезин
- 4) седуксен
- 5) гексенал

а) верны все

б) верно все, кроме 2

в) верно все, кроме 3

г) верно все, кроме 4

д) верно все, кроме 5

032. Для проведения поддерживающей анестезии во время операции

по поводу острого панкреатита и панкреонекроза возможно использование:

- 1) НЛА
- 2) атаралгезина
- 3) ингаляционной анестезии этраном

- 4) ингаляционной анестезии эфиром
- 5) эпидуральной анестезии в качестве компонента общей анестезии
- а) верно все, кроме 1
- б) верно все, кроме 2
- в) верно все, кроме 3
- г) верно все, кроме 4**
- д) верно все, кроме 5

033. У больных, оперируемых по поводу панкреонекроза, не рекомендуется применение:

- 1) миорелаксина
- 2) дитилина
- 3) павудона
- 4) тубарина
- 5) ардуана
- а) правильны 1, 2, 3
- б) правильны 1, 2, 5
- в) правильны 2, 3, 4
- г) правильны 2, 4, 5
- д) правильны 3, 4, 5**

034. Искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) у больных острым панкреатитом следует проводить в режиме

- а) нормовентиляции
- б) легкой гипервентиляции**
- в) выраженной гипервентиляции
- г) умеренной гипервентиляции

035. Гипергликемия при остром панкреатите обусловлена:

- 1) относительной недостаточностью инсулина
- 2) поражением островков Лангерганса
- 3) усилением действия глюкагона
- 4) неспособностью тканей к утилизации инсулина
- 5) выраженной активностью гистидина
- а) правильны 1, 2
- б) правильны 2, 3**
- в) правильны 2, 4
- г) правильны 2, 5
- д) правильны 3, 4

036. Во второй фазе токсемии при панкреонекрозе наблюдается олигурия

- а) преренальная
- б) ренальная**
- в) постренальная

037. В первой фазе токсемии при панкреонекрозе наблюдается олигурия

- а) преренальная**
- б) ренальная
- в) постренальная

038. Общая комбинированная анестезия с ИВЛ на фоне миорелаксации при проведении операций по поводу острого аппендицита показана:

- 1) больным, которым предстоит расширенная ревизия брюшной полости
- 2) больным с выраженным спаечным процессом в брюшной полости
- 3) больным с атипичным расположением отростка
- 4) тучным больным

5) больным с тяжелой сопутствующей патологией

а) верны все

б) верно все, кроме 2

в) верно все, кроме 3

г) верно все, кроме 4

д) верно все, кроме 5

039. Больному 30 лет предстоит операция по поводу острого аппендицита.

Заболел 24 часа назад, дважды была рвота, температура 38.9°C.

В анамнезе - ушивание прободной язвы желудка, эпилепсия.

Больной возбужден, жалуется на боли по всему животу. Живот вздут, болезненный при пальпации в правой подвздошной области.

Пульс - 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

АД - 140/90 мм рт. ст.

Частота дыхания - 26 в минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет.

Наиболее целесообразной анестезией будет

а) местная анестезия

б) масочная анестезия со спонтанным дыханием

в) внутривенная анестезия со спонтанным дыханием

г) эндотрахеальная комбинированная анестезия

д) электроанестезия

040. Перед подачей больного с признаками перитонита в операционную необходимо:

1) начать инфузионную анестезию

2) проконсультировать больного у невропатолога

3) определить группу крови и резус-фактор

4) ввести зонд в желудок

5) ввести катетер в мочевой пузырь

а) правильны 1, 2, 3

б) правильны 1, 3, 4

в) правильны 1, 4, 5

г) правильны 2, 3, 5

д) правильны 3, 4, 5

Ситуационные задачи

Задача №1

У больного наступило прободение длительно существующей язвы желудка. Доставлен в клинику через 2 часа после перфорации. Из анамнеза выяснено, что больной в последние месяцы сильно похудел. При ревизии обнаружена значительная инфильтрация краев язвы, местами края хрящевой плотности. Решить вопрос, имеется малигнизация язвы или нет, оказалось невозможным.

Какую следует предпринимать операцию? Почему?

Ответ

Больному необходимо выполнить субтотальную резекцию желудка в связи с тем, что нельзя исключить малигнизацию язвы.

Задача №2

У больного 35 лет, длительно страдающего язвенной болезнью, при поступлении в стационар диагностирована кровоточащая язва желудка. Общее состояние больного вполне удовлетворительное.

Какова дальнейшая тактика лечения данного больного?

Ответ

Учитывая продолжающееся кровотечение из язвы желудка, больному показано оперативное лечение в объеме резекции 2/3 желудка.

Раздел 2. Частные вопросы хирургических болезней

Вопросы для устного опроса

1. Язвенная болезнь, желчнокаменная болезнь.
2. Хирургические аспекты воспаления поджелудочной железы.
3. Хирургическое лечение заболеваний толстой кишки.
4. Болезни щитовидной железы.
5. Болезни надпочечников.
6. Хирургическая инфекция.
7. Хирургические осложнения сахарного диабета.
8. Диабетическая гнойная остеоартропатия.
9. Острая непроходимость магистральных артериальных сосудов.
10. Хирургические аспекты болезней сердца.

Тестовый контроль

001. В премедикацию у больного с диагнозом перитонит на операционном столе необходимо включить:

- 1) атропин
 - 2) седуксен
 - 3) промедол
 - 4) тубарин
 - 5) димедрол
- а) верны все**
- б) верно все, кроме 1
- в) верно все, кроме 2
- г) верно все, кроме 3
- д) верно все, кроме 4

002. Для проведения вводного наркоза у больного с перитонитом можно использовать:

- 1) барбитураты
 - 2) фторотан
 - 3) смесь Шейна - Ашмана
 - 4) альтезин
 - 5) седуксен
- а) верны все**
- б) верно все, кроме 2
- в) верно все, кроме 3
- г) верно все, кроме 4
- д) верно все, кроме 5

003. Для проведения основного наркоза у больного с перитонитом можно использовать:

- 1) барбитураты + N₂O с O₂
 - 2) фторотан
 - 3) смесь Шейна - Ашмана
 - 4) НЛА + N₂O с O₂
 - 5) атаралгезию + N₂O с O₂
- а) верно все, кроме 1**
- б) верно все, кроме 2

- в) верно все, кроме 3
- г) верно все, кроме 4
- д) верно все, кроме 5

004. Комбинированная анестезия с сохраненным спонтанным дыханием

может быть проведена при оперативных вмешательствах по поводу острого аппендицита:

- 1) у тучных больных
- 2) у пожилых больных
- 3) у больных с таким строением лица и шеи, которое затрудняет интубацию трахеи
- 4) у больных с тяжелой сопутствующей патологией органов дыхания
- 5) у больных с выраженными эндокринными заболеваниями

- а) правильны 1, 2
- б) правильны 1, 3
- в) правильны 2, 3**
- г) правильны 3, 4
- д) правильны 4, 5

005. У больных, ранее принимавших кортикостероиды, при аппендэктомии наиболее показано применение:

- а) фторотана с N_2O и O_2
- б) калипсола с N_2O и O_2
- в) виадрила с N_2O и O_2
- г) альтезина с N_2O и O_2**
- д) смеси Шейна - Ашмена

006. Реактивная фаза перитонита при прободении язвы желудка или 12-перстной кишки обусловлена

- а) гиперергической реакцией брюшины
- б) изменением реактивности организма
- в) проникновением кислого содержимого в брюшную полость**
- г) длительным раздражением блуждающего нерва
- д) гиповолемией

007. Токсическая фаза перитонита при прободении язвы желудка характеризуется:

- 1) брадикардией
 - 2) увеличением МОС
 - 3) снижением ОПС
 - 4) снижением работы левого желудочка
 - 5) одышкой
- а) правильны 1, 2
 - б) правильны 2, 3
 - в) правильны 3, 5
 - г) правильны 2, 5**
 - д) правильны 4, 5

008. Увеличение минутного объема сердца (МОС) во второй фазе перитонита обусловлено

- а) увеличением ударного объема
- б) увеличением ЧСС**
- в) увеличением работы левого желудочка
- г) снижением общего периферического сопротивления (ОПС)
- д) увеличением объема циркулирующей крови (ОЦК)

009. Для терминальной фазы перитонита, вызванного перфорацией язвы 12-перстной кишки, характерно:

- 1) токсическое поражение ЦНС

- 2) развитие функциональной мышечной непроходимости
- 3) развитие клиники ДВС-синдрома
- 4) развитие печеночно-почечной недостаточности
- 5) развитие иммунных процессов

а) верны все

- б) верно все, кроме 2
- в) верно все, кроме 3
- г) верно все, кроме 4
- д) верно все, кроме 5

010. В токсической и терминальной фазах перитонита

местные проявления со стороны живота могут быть неярко выражены, поэтому анестезиологу приходится дифференцировать перитонит:

- 1) от острого инфаркта миокарда
- 2) от пневмонии
- 3) от токсикоинфекции
- 4) от почечной и печеночной недостаточности
- 5) от желудочно-кишечного кровотечения

а) верно все

- б) верно все, кроме 1
- в) верно все, кроме 2
- г) верно все, кроме 4

д) верно все, кроме 5

011. Гиповолемия во второй фазе перитонита у больных с прободной язвой желудка развивается в результате:

- 1) рвоты
- 2) пропотевания жидкой части крови в просвет кишечника
- 3) пропотевания жидкой части крови в брюшную полость
- 4) скопления жидкости в стенке тонкой кишки
- 5) усиленного выделения гиперацидного желудочного сока

а) верно все

- б) верно все, кроме 1
- в) верно все, кроме 2
- г) верно все, кроме 4
- д) верно все, кроме 5

012. ДВС-синдром у больных с перфоративной язвой желудка развивается в результате:

- 1) увеличения вязкости крови
- 2) повреждения эпителиальных клеток
- 3) адгезии и агрегации форменных элементов крови
- 4) высвобождения коагулирующих факторов из тромбоцитов и эритроцитов
- 5) замедления микроциркуляции
- 6) нарушения проницаемости стенки микрососудов

а) верны все

- б) верно все, кроме 1
- в) верно все, кроме 2
- г) верно все, кроме 3, 4
- д) верно все, кроме 4, 5, 6

013. Элементами предоперационной подготовки больных с перфоративной язвой желудка и 12-перстной кишки, осложненной перитонитом, являются:

- 1) катетеризация центральной вены
- 2) контроль ЦВД
- 3) контроль диуреза
- 4) введение прессорных аминов
- 5) инфузионная терапия
- а) верно все, кроме 1
- б) верно все, кроме 2
- в) верно все, кроме 3
- г) верно все, кроме 4**
- д) верно все, кроме 5

014. Длительность предоперационной подготовки у больных в реактивной фазе перитонита в среднем равна

- а) не нуждается в подготовке
- б) 1-2 ч**
- в) 3-5 ч
- г) 6-7 ч
- д) 10-12 ч

015. В предоперационную подготовку больным в реактивной фазе перитонита, вызванного перфоративной язвой желудка, необходимо включать:

- 1) крупномолекулярные кровезаменители
- 2) кортикостероиды
- 3) кровь
- 4) препараты K^+
- 5) кардиотоники
- а) верны все, кроме 1
- б) верно все, кроме 2
- в) верно все, кроме 3**
- г) верно все, кроме 4
- д) верно все, кроме 5

016. В предоперационную подготовку больным в терминальной фазе перитонита, вызванного перфоративной язвой желудка, необходимо включать:

- 1) кровь
- 2) низкомолекулярные декстраны
- 3) крупно- и средномолекулярные декстраны
- 4) растворы электролитов
- 5) антибиотики
- а) верно все, кроме 1**
- б) верно все, кроме 2
- в) верно все, кроме 3
- г) верно все, кроме 4
- д) верно все, кроме 5

017. Для предотвращения трансапиллярной миграции, на каждый литр переливаемых жидкостей целесообразно вводить

- а) 100 мл крови
- б) 5 мл/кг препаратов желатина
- в) 100 мл альбумина**
- г) 10-60 мг кортикостероидов
- д) 40 мг допамина

018. Результат предоперационной подготовки больных перитонитом,

развивающимся в результате прободения язвы желудка или 12-перстной кишки, считается положительным, если:

- 1) центральное венозное давление достигло 20 мм вод. ст.
- 2) АД имеет тенденцию к повышению
- 3) диурез равен 0.8-1.2 мл/мин
- 4) ЧСС снизилась
- 5) ОЦК имеет тенденцию к увеличению

а) верно все, кроме 1

- б) верно все, кроме 2
- в) верно все, кроме 3
- г) верно все, кроме 4
- д) верно все, кроме 5

019. В премедикацию больным в реактивной форме перитонита можно включить:

- 1) наркотические анальгетики
- 2) холинолитики
- 3) транквилизаторы
- 4) антигистаминные препараты
- 5) антидеполяризующие мышечные релаксанты

а) верно все

- б) верно все, кроме 1
- в) верно все, кроме 2
- г) верно все, кроме 3
- д) верно все, кроме 5

020. В премедикацию больным в терминальной форме перитонита необходимо включать:

- 1) наркотические анальгетики
- 2) холинолитики
- 3) транквилизаторы
- 4) кортикостероиды
- 5) вазопрессоры

а) правильно 1, 2

б) правильно 2, 3

в) правильно 3, 4

г) правильно 2, 4

г) правильно 2, 5

021. Для профилактики регургитации при вводном наркозе

больным с перитонитом целесообразно выполнить следующие манипуляции (выбрать правильные и последовательные действия):

- 1) ввести желудочный зонд до наркоза
- 2) оставить зонд на период вводного наркоза
- 3) извлечь зонд перед началом вводного наркоза
- 4) внутривенно ввести атропин
- 5) создать возвышенное положение головного конца стола
- 6) дать кислород
- 7) выполнить прекураризацию антидеполяризующим миорелаксантом
- 8) фракционно вводить анестетик (барбитураты, калипсол)
- 9) ввести деполяризующий миорелаксант
- 10) одновременно осуществить усиленную масочную вентиляцию легких
- 11) выполнить прием Селика
- 12) интубировать при наличии миорелаксации жевательных мышц

и мышц шеи, не ожидая момента фибрилляции
и миорелаксации мышц брюшной стенки

- 13) раздуть манжетку
- 14) перевести больного на ИВЛ
- 15) ввести желудочный зонд повторно

а) верно все

б) верно все, кроме 2, 10

в) верно все, кроме 1, 10

г) верно только 1, 5, 6, 8, 10, 11

д) верно все, кроме 2, 10, 14, 15

022. Вводный наркоз больным с прободной язвой желудка и 12-перстной кишки предпочтительнее проводить:

- 1) кетамин
- 2) виадрилом
- 3) барбитуратами
- 4) фторотаном
- 5) эфиром

а) верно все

б) верно все, кроме 2

в) верно все, кроме 3

г) верно все, кроме 4

д) верно все, кроме 5

023. Вариантами основной анестезии при оперативных вмешательствах по поводу прободной язвы желудка и 12-перстной кишки могут быть:

- 1) N₂O + НЛА
- 2) N₂O + атаралгезия
- 3) кетамин + N₂O : O₂
- 4) альтезин + N₂O : O₂
- 5) виадрил + N₂O : O₂

а) верно все

б) верно все, кроме 1

в) верно все, кроме 2

г) верно все, кроме 4

д) верно все, кроме 5

024. Основным механизмом рвоты при кишечной непроходимости различной этиологии является:

- 1) раздражение блуждающего нерва
- 2) раздражение интерорецепторов внутренних органов брюшной полости и забрюшинного пространства

3) раздражение симпатической нервной системы

4) повышение давления в петлях кишки

5) интоксикация

а) правильно 1, 2

б) правильно 1, 3

в) правильно 3, 4

г) правильно 2, 5

д) правильно 2, 4

025. К нарушению микроциркуляции в стенке кишки при кишечной непроходимости приводит

- а) нарушение реасорбции
- б) интоксикация

в) повышение давления в петлях кишки

г) увеличение выделения альдостерона

026. При кишечной непроходимости наблюдаются следующие пути потери жидкости и электролитов:

- 1) увеличение желудочно-кишечной секреции
- 2) снижение реасорбции
- 3) рвота
- 4) одышка
- 5) повышение температуры тела, перспирация
- 6) секвестрация в просвет кишечника

а) верно все

б) верно все, кроме 1

в) верно все, кроме 2

г) верно все, кроме 4

д) верно все, кроме 5, 6

027. Потери K^+ при кишечной непроходимости происходит в результате:

- 1) увеличения желудочно-кишечной секреции
- 2) рвоты
- 3) задержки ионов Na^+ и Cl^-
- 4) нарушения микроциркуляции в стенке кишки
- 5) действия альдостерона

а) правильно 1, 2

б) правильно 1, 4

в) правильно 2, 3

г) правильно 3, 4

д) правильно 2, 5

028. Для кишечной непроходимости характерны изменения в показателях гемодинамики:

- 1) увеличение УО
- 2) снижение МО
- 3) снижение ОПС
- 4) увеличение АДср
- 5) увеличение ЧСС

а) правильно 1, 3

б) правильно 1, 4

в) правильно 2, 3

г) правильно 2, 5

д) правильно 3, 4

029. Механизмами, вызывающими паралитическую кишечную непроходимость, являются:

1) тормозная импульсация, поступающая к мускулатуре кишечника или к мышцам брыжеечных сосудов

- 2) нарушение функции центрального звена - отделов спинного и головного мозга
- 3) увеличение содержания в крови катехоламинов
- 4) увеличение содержания в крови стероидных гормонов
- 5) увеличение в крови биологически активных веществ

а) верно все

б) верно все, кроме 2

в) верно все, кроме 3

г) верно все, кроме 4

д) верно все, кроме 5

030. Наиболее опасными осложнениями (в анестезиологическом плане) при кишечной непроходимости являются:

- 1) аспирация
- 2) синдром Мендельсона
- 3) ДВС-синдром
- 4) надпочечниковая недостаточность
- 5) нарушение функции печени и почек
- 6) нарушение функции легких

а) верно все

- б) верно все, кроме 2
- в) верно все, кроме 3
- г) верно все, кроме 4
- д) верно все, кроме 5, 6

031. Основными задачами анестезиолога при ведении больного с ущемленной грыжей, являются:

- 1) борьба с болевым шоком
- 2) коррекция водно-электролитных нарушений
- 3) дезинтоксикационная терапия
- 4) профилактика аспирации
- 5) профилактика острой дыхательной недостаточности

а) верно все

- б) верно все, кроме 1
- в) верно все, кроме 3
- г) верно все, кроме 4
- д) верно все, кроме 5

032. Больная 50 лет, доставлена в больницу

с диагнозом правосторонняя ущемленная паховая грыжа.

Три дня назад в правой подвздошной области появилось

болезненное грыжевое выпячивание, которое вправить не удалось.

Состояние ухудшилось за сутки до поступления в больницу.

Трижды была рвота, температура - 38°C, усилились боли.

При осмотре - состояние тяжелое. Беспокойна.

Кожные покровы бледные, сухие, акроцианоз, язык сухой.

Частота дыхания - 26 в минуту, в легких дыхание равномерно ослаблено,

в нижних долях - сухие рассеянные хрипы.

Пульс - 104 удара в минуту, единичные экстрасистолы.

АД - 130/60 мм рт. ст.

Живот вздут, напряжен, перистальтика не прослушивается.

В правой подвздошной области имеется грыжевое выпячивание

тугоэластичной консистенции, резко болезненное при пальпации.

Симптом Щеткина - Блюмберга - положительный.

На рентгенограмме органов брюшной полости -

множество тонкокишечных уровней.

Диагностирована кишечная непроходимость

на почве ущемленной правосторонней грыжи.

Оптимальным методом анестезии является

- а) местная анестезия
- б) масочный наркоз
- в) местная анестезия с внутривенной анестезией

г) местная анестезия до рассечения грыжевых ворот с последующим эндотрахеальным наркозом

д) эндотрахеальный комбинированный наркоз

033. Для предупреждения аспирации необходимо:

- 1) ввести зонд в желудок
 - 2) удалить желудочный зонд перед проведением вводного наркоза
 - 3) провести вводный наркоз и интубацию трахеи, не удаляя желудочный зонд
 - 4) включить в премедикацию тубарин
 - 5) выполнить прием Селика
- а) верно все
б) верно все, кроме 2
в) верно все, кроме 3
г) верно все, кроме 4
д) верно все, кроме 5

034. В премедикацию необходимо включить:

- 1) атропин
 - 2) дроперидол
 - 3) промедол
 - 4) тубарин
 - 5) димедрол
- а) правильно 1, 2
б) правильно 1, 3
в) правильно 1, 4
г) правильно 1, 5
д) правильно 4, 5

035. Вводный наркоз может быть проведен:

- 1) барбитуратами
 - 2) кетамин
 - 3) альтезином
 - 4) седуксеном
 - 5) фторотаном
- а) верно все**
б) верно все, кроме 1
в) верно все, кроме 3
г) верно все, кроме 4
д) верно все, кроме 5

036. Вариантами основного наркоза в этом случае могут быть:

- 1) кетамин + N₂O : O₂
 - 2) N₂O : O₂ + атаралгезия
 - 3) N₂O : O₂ + НЛА
 - 4) N₂O : O₂ + фторотан
 - 5) N₂O : O₂ + эфир
- а) верно все**
б) верно все, кроме 1
в) верно все, кроме 2
г) верно все, кроме 3
д) верно все, кроме 4

037. В послеоперационном периоде у больных после грыжесечения наиболее часты и опасны осложнения со стороны:

- 1) органов дыхания
 - 2) почек
 - 3) печени
 - 4) надпочечников
 - 5) свертывающей системы крови
- а) правильно 1, 2
 - б) правильно 2, 3
 - в) правильно 3, 4
 - г) правильно 1, 3
 - д) **правильно 1, 5**

038. Больным, оперирующимся в плановом порядке по поводу грыжи, перед операцией необходимо проведение дополнительных исследований:

- 1) коагулограммы
 - 2) гормонального профиля
 - 3) ФВД
 - 4) основного обмена
 - 5) ЭКГ после нагрузки K^+
- а) правильно 1, 2
 - б) **правильно 1, 3**
 - в) правильно 1, 5
 - г) правильно 2, 4
 - д) правильно 3, 5

039. Для борьбы с парезами в послеоперационном периоде применяются:

- 1) ганглиолитики
 - 2) эпидуральная анестезия
 - 3) декомпрессия желудочно-кишечного тракта
 - 4) адренолитики
 - 5) паранефральная блокада
 - 6) электростимуляция
 - 7) прозерин
 - 8) клизмы
- а) верно все
 - б) **верно все, кроме 1**
 - в) верно все, кроме 2
 - г) верно все, кроме 4, 5
 - д) верно все, кроме 7, 8

040. Основной причиной нарушения питания у больных непроходимостью пищевода является голодание.

В предоперационном периоде улучшение состояния больного можно достичь за счет:

- 1) инфузии полиионных растворов
 - 2) растворов калия с глюкозой
 - 3) восполнением ОЦК коллоидными растворами
 - 4) введение белковых препаратов и калорийных смесей
 - 5) повторными гемотрансфузиями
- а) правильно 1, 3
 - б) правильно 2, 3
 - в) правильно 2, 5
 - г) правильно 3, 4
 - д) **правильно 4, 5**

041. При ожогах пищевода кислотами в остром периоде необходимо:

- 1) снятие болей и спазма
- 2) нормализация функции сердечно-сосудистой системы
- 3) обильное щелочное питье
- 4) нормализация водно-электролитного обмена
- 5) противовоспалительная терапия

а) верно все

б) верно 2, 3

в) верно 3, 4

г) верно 4

д) верно 4, 5

042. Развитию острой недостаточности дыхания в послеоперационном периоде способствуют

а) отсутствие периодических глубоких вдохов при ИВЛ

б) рефлекторные влияния с операционного поля

в) нефизиологические эффекты ИВЛ

г) гипокалиемия

д) неподвижное положение больного на операционном столе

043. При возникновении дыхательного ацидоза тактика анестезиолога включает

а) переливание гидрокарбоната натрия

б) проведение гипервентиляции по п/о контуру

в) уменьшение подачи наркотического вещества

г) внутривенное введение дыхательных аналептиков

044. Показателем гипергидратации является

а) гипертензия

б) устойчивое повышение ЦВД

в) отек легких

г) периферические отеки

045. Потеря воды организмом с избыточным выведением натрия наблюдается при всем перечисленном, кроме

а) осмотического диуреза

б) повышенной потливости

в) недостаточного потребления воды

г) повышенной секреции антидиуретического гормона

Ситуационные задачи

Задача №3

Больная 32 лет поступила по поводу некупирующегося приступа экспираторного удушья.

Приступы удушья в течение 15 лет, купировались ингаляциями в-стимуляторов. В течение последней недели лихорадка, кашель с выделением мокроты зеленоватого цвета, учащение приступов удушья. Принимала эуфиллин по 1 свече 3 раза в день и ингаляции сальбутамола до 6-8 раз в сутки. Последний приступ удушья продолжался более 8 часов.

Объективно: больная беспокойная, возбуждение, обильный пот, цианоз. ЧД – 30 в минуту, поверхностное, с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка бочкообразной формы, дыхание ослаблено, хрипов нет. АД – 120/70 мм.рт.ст. Пульс – 120 в минуту. Температура – 38⁰ С. РаСО₂ – 58 мм.рт.ст.; РаО₂ – 47 мм.рт.ст.; рН артериальной крови – 7.21; НСО₃ – 30 ммоль\л. Гематокрит – 55%. Лейкоцитов – 13000, нейтрофилов 85%. Масса тела – 60 кг.

- 1) Определите стадию астматического состояния, его вероятную причину, дайте характеристику газов крови и КЩС, гематокрита.

- 2) Назначьте бронхолитическую терапию на сутки (препараты, дозы, пути и частоту введения).
- 3) Назначьте дополнительное лечение с учетом лабораторных исследований.
- 4) Назначьте антибактериальную терапию.
- 5) Что делать при неэффективности лечения?

Ответ:

- 1) У больного имеется 2 стадия астматического состояния (немое легкое). Вероятным провоцирующим и поддерживающим фактором является бронхиальная инфекция (гнойная мокрота, лихорадка, нейтрофильный лейкоцитоз). Имеется гиперкапния, гипоксемия, ацидоз, сгущение крови.
- 2) Показаны большие дозы кортикостероидов: гидрокортизон 300 мг, затем по 200 мг каждые 3 часа в\в; эуфиллин 0,24% г в\в каждые 6 часов; алулент 0,6% мг в\в капельно.
- 3) Дополнительное лечение: увлажненный кислород через носовой катетер; 4% бикарбонат натрия 200 мл в\в каждые 6 часов до pH 7.3; 5% глюкоза 500 мл в\в под контролем центрального венозного давления.
- 4) Учитывая неизвестность возбудителя, целесообразно назначение антибиотиков широкого спектра с пролонгированным действием, например, вибрамицина (доксидина) 200 мг в\м 1 раз в сутки. Пенициллин не показан в связи с риском аллергии. Макролиды потенцируют действия эуфиллина и применяют с осторожностью.
- 5) Применить методы дыхательной реанимации (газовый наркоз, управляемая вентиляция, лаваш).

Задача №4

Больная 37 лет доставлена в стационар по скорой помощи внезапного приступа удушья и болей в груди, возникших среди полного здоровья. В прошлом было две беременности, закончившиеся нормальными родами. Обычное АД – 140\80 мм.рт.ст.

Объективно: одышка в покое – 32 в минуту, обильный пот, цианоз губ, акроцианоз. Температура – 36.8° С. В легких дыхание жесткое, с удлиненным выдохом, хрипов нет. Пульс – 100 в минуту. АД – 90\70 мм.рт.ст. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

При обследовании гинекологом обнаружена фиброма матки.

Варикозное расширение и уплотнение вен левой голени и бедра.

ЭКГ: ритм синусовый, правограмма S₁, Q_{III}, высокие и остроконечные R_{II}, III, a VF, отрицательные T в V₁₋₃.

- 1) Какова причина развития острой дыхательной недостаточности и гипотензии?
- 2) Как оценить изменения ЭКГ?
- 3) С чего начать лечение?
- 4) Методы контроля?

Ответ

- 1) ТЭЛА.
- 2) Острое легочное сердце.
- 3) С кислорода, гепарина, эуфиллина.
- 4) Свертываемость крови, АД, пульс, ЧД, газы крови.

Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине (зачет)

Проведение промежуточной аттестации происходит в виде зачета. Задания на зачете содержат 2 теоретических вопроса и 1 ситуационную задачу.

Задание для показателя оценивания дескриптора «Знает»	Вид задания
Сформулируйте развернутые ответы на следующие теоретические вопросы: 1. Общие принципы диагностики, хирургических заболеваний 2. Общие принципы лечения, хирургических заболеваний 3. Общие принципы профилактики и хирургических заболеваний 4. Общие принципы реабилитации хирургических заболеваний 5. Особенности профилактических и реабилитационных мероприятий в общей хирургии 6. Особенности профилактических и реабилитационных мероприятий в гнойной хирургии 7. Особенности профилактических и реабилитационных мероприятий в эндокринной хирургии 8. Особенности профилактических и реабилитационных мероприятий в сердечно-сосудистой хирургии 9. Язвенная болезнь 10. Желчнокаменная болезнь 11. Хирургические аспекты воспаления поджелудочной железы 12. Хирургическое лечение заболеваний толстой кишки 13. Болезни щитовидной железы 14. Болезни надпочечников 15. Хирургическая инфекция. 16. Хирургические осложнения сахарного диабета. 17. Диабетическая гнойная остеоартропатия 18. Острая непроходимость магистральных артериальных сосудов 19. Хирургические аспекты болезней сердца	Теоретический
Задание для показателя оценивания дескриптора «Умеет», «Владеет»	Вид задания
Задача №1 У больного наступило прободение длительно существующей язвы желудка. Доставлен в клинику через 2 часа после перфорации. Из анамнеза выяснено, что больной в последние месяцы сильно похудел. При ревизии обнаружена значительная инфильтрация краев язвы, местами края хрящевой плотности. Решить вопрос, имеется малигнизация язвы или нет, оказалось невозможным. Какую следует предпринимать операцию? Почему? Ответ Больному необходимо выполнить субтотальную резекцию желудка в связи с тем, что нельзя исключить малигнизацию язвы. Задача №2 У больного 35 лет, длительно страдающего язвенной болезнью, при поступлении в стационар диагностирована кровоточащая язва желудка. Общее состояние больного вполне удовлетворительное. Какова дальнейшая тактика лечения данного больного? Ответ Учитывая продолжающееся кровотечение из язвы желудка, больному показано	Практический

оперативное лечение в объеме резекции 2/3 желудка.

Задача №3

Больная 32 лет поступила по поводу некупирующегося приступа экспираторного удушья. Приступы удушья в течение 15 лет, купировались ингаляциями в-стимуляторов. В течение последней недели лихорадка, кашель с выделением мокроты зеленоватого цвета, учащение приступов удушья.

Принимала эуфиллин по 1 свече 3 раза в день и ингаляции сальбутамола до 6-8 раз в сутки. Последний приступ удушья продолжался более 8 часов.

Объективно: больная беспокойная, возбуждение, обильный пот, цианоз. ЧД – 30 в минуту, поверхностное, с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка бочкообразной формы, дыхание ослаблено, хрипов нет. АД – 120/70 мм.рт.ст. Пульс – 120 в минуту. Температура – 38° С.

РаСО₂ – 58 мм.рт.ст.; РаО₂ – 47 мм.рт.ст.; рН артериальной крови – 7.21; НСО₃ – 30 ммоль/л. Гематокрит – 55%. Лейкоцитов – 13000, нейтрофилов 85%. Масса тела – 60 кг.

- 6) Определите стадию астматического состояния, его вероятную причину, дайте характеристику газов крови и КЩС, гематокрита.
- 7) Назначьте бронхолитическую терапию на сутки (препараты, дозы, пути и частоту введения).
- 8) Назначьте дополнительное лечение с учетом лабораторных исследований.
- 9) Назначьте антибактериальную терапию.
- 10) Что делать при неэффективности лечения?

Ответ:

1) У больного имеется 2 стадия астматического состояния (немое легкое). Вероятным провоцирующим и поддерживающим фактором является бронхиальная инфекция (гнойная мокрота, лихорадка, нейтрофильный лейкоцитоз). Имеется гиперкапния, гипоксемия, ацидоз, сгущение крови.

2) Показаны большие дозы кортикостероидов: гидрокортизон 300 мг, затем по 200 мг каждые 3 часа в\в; эуфиллин 0,24% г в\в каждые 6 часов; алупент 0,6% мг в\в капельно.

3) Дополнительное лечение: увлажненный кислород через носовой катетер; 4% бикарбонат натрия 200 мл в\в каждые 6 часов до рН 7.3; 5% глюкоза 500 мл в\в под контролем центрального венозного давления.

4) Учитывая неизвестность возбудителя, целесообразно назначение антибиотиков широкого спектра с пролонгированным действием, например, вибрамицина (доксидиклина) 200 мг в\м 1 раз в сутки. Пенициллин не показан в связи с риском аллергии. Макролиды потенцируют действия эуфиллина и применяют с осторожностью.

5) Применить методы дыхательной реанимации (газовый наркоз, управляемая вентиляция, лаваш).

Задача №4

Больная 37 лет доставлена в стационар по скорой помощи внезапного приступа удушья и болей в груди, возникших среди полного здоровья. В прошлом было две беременности, закончившиеся нормальными родами. Обычное АД – 140/80 мм.рт.ст.

Объективно: одышка в покое – 32 в минуту, обильный пот, цианоз губ,

акроцианоз. Температура – 36.8° С. В легких дыхание жесткое, с удлиненным выдохом, хрипов нет. Пульс – 100 в минуту. АД – 90\70 мм.рт.ст. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

При обследовании гинекологом обнаружена фиброма матки.

Варикозное расширение и уплотнение вен левой голени и бедра.

ЭКГ: ритм синусовый, правограмма S₁, Q_{III}, высокие и остроконечные R_{II}, III, aVF, отрицательные T в V₁₋₃.

- 5) Какова причина развития острой дыхательной недостаточности и гипотензии?
- 6) Как оценить изменения ЭКГ?
- 7) С чего начать лечение?
- 8) Методы контроля?

Ответ

- 5) ТЭЛА.
- 6) Острое легочное сердце.
- 7) С кислорода, гепарина, эуфиллина.
- 8) Свертываемость крови, АД, пульс, ЧД, газы крови.

Задача №5

Больной 45 лет в течение 20 лет страдает хроническим бронхитом, в течение 10 лет приступы бронхиальной астмы. Час назад внезапно при кашле почувствовал резкую боль в правой половине грудной клетке и удушье.

Объективно: состояние тяжелое, положение вынужденное – больной сидит, тело покрыто холодным потом, кожные покровы цианотичны. Правая половина грудной клетки в дыхании не участвует, перкуторно справа тимпанит, голосовое дрожание ослаблено. Аускультативно: справа дыхание не прослушивается, слева жесткое, рассеянные базовые сухие хрипы. ЧД – 36 в минуту. Левая граница сердца определяется по средней подмышечной линии, тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 100 в минуту. АД – 85\60 мм.рт.ст. Печеночная тупость не определяется.

- 1) Какое осложнение произошло?
- 2) Метод исследования, подтверждающий данное осложнение?
- 3) Как объяснить развитие дыхательной недостаточности, падение артериального давления?
- 4) Тактика неотложной помощи?

Ответ

- 1) Спонтанный пневмоторакс.
- 2) Рентгенография органов грудной клетки.
- 3) Компрессионный ателектаз правого легкого, смещение средостения.
- 4) Десуффляция, вазопрессоры.