




МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Дальневосточный федеральный университет»
(ДФУ)

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

«СОГЛАСОВАНО»


Руководитель ОП
«Травматология и ортопедия»

 Золотов А.С.

«14» января 2021 г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Департамента ординатуры и
непрерывного медицинского образования

 Бондарь Г.Н.

«14» января 2021 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ
«Травма грудной клетки, травма брюшной полости»
Специальность 31.08.66 «Травматология и ортопедия»
Форма подготовки: очная

курс 1 семестр 2.
лекции 2 часа.
практические занятия 18 часов.
лабораторные работы не предусмотрены.
всего часов аудиторной нагрузки 20 часов.
самостоятельная работа 88 часов.
реферативные работы (0).
контрольные работы (0).
зачет 2 семестр.
экзамен не предусмотрено

Рабочая программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки РФ от 25.08.2014 № 1043.

Рабочая программа дисциплины обсуждена на заседании Департамента ординатуры и непрерывного медицинского образования. Протокол № 1 от «14» января 2021 г.
Директор Департамента ординатуры и непрерывного медицинского образования д.м.н., профессор, Бондарь Г.Н.

Составители: д.м.н., профессор Золотов А.С.

Оборотная сторона титульного листа РПУД

I. Рабочая программа пересмотрена на заседании Департамента:

Протокол от «_____» _____ 20__ г. № _____

Заведующий департаментом _____
(подпись) (И.О. Фамилия)

II. Рабочая программа пересмотрена на заседании Департамента:

Протокол от «_____» _____ 20__ г. № _____

Заведующий департаментом _____
(подпись) (И.О. Фамилия)

Аннотация к рабочей программе дисциплины «Травма грудной клетки, травма брюшной полости»

Дисциплина «Травма грудной клетки, травма брюшной полости» предназначена для ординаторов, обучающихся по образовательной программе «Травматология и ортопедия», входит в вариативную часть учебного плана и является дисциплиной по выбору.

При разработке рабочей программы учебной дисциплины использованы Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации) по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия, учебный план подготовки ординаторов по профилю 31.08.66 Травматология и ортопедия.

Общая трудоемкость дисциплины составляет 72 часа, 2 зачетные единицы. Учебным планом предусмотрены лекционные занятия (2 часа), практические занятия (24 часа), самостоятельная работа (82 часа)

Цель курса:

Клиническая подготовка ординаторов, необходимая для последующей самостоятельной врачебной деятельности, овладение основами обследования, диагностики, консервативного и оперативного лечения, реабилитации больных с патологией костно-мышечной системы.

Задачи:

1. Формирование клинического мышления врача-травматолога-ортопеда.
2. Подготовить врача-специалиста по травматологии и ортопедии к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациента, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

3. Подготовить врача-специалиста по травматологии и ортопедии, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по профилю специальности, общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.

Для успешного изучения дисциплины «Травма грудной клетки, травма брюшной полости» у обучающихся должны быть сформированы следующие предварительные компетенции:

ОК-4 способностью действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения;

ОК-7 готовностью использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций;

ОПК-9 способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач;

ПК-5 готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания;

ПК-6 способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра;

ПК-9 готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;

ПК-11 готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

В результате изучения данной дисциплины у обучающихся формируются следующие универсальные и профессиональные компетенции:

Код и формулировка компетенции	Этапы формирования компетенции	
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;	Знает	Взаимосвязь функциональных систем организма и уровня их регуляции
	Умеет	Находить взаимосвязь клинических симптомов с патологическими изменениями в органах и системах и их функций.
	Владеет	Основами клинического мышления для установления причинно-следственных связей при различной патологии
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знает	Закономерности течения патологических процессов, связанных с травмами грудной клетки, и их осложнениями, нуждающихся в хирургическом лечении
	Умеет	Применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки, связанные с травмами грудной клетки, и их осложнениями, нуждающихся в хирургическом лечении
	Владеет	Знаниями с целью установления диагноза и проведения необходимого лечения при травмах грудной клетки, и их осложнениями, нуждающихся в хирургическом лечении
ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании ортопедической медицинской помощи	Знает	Общие и специальные методы исследования в основных разделах травматологии и ортопедии, современные хирургические технологии и оборудование для диагностики травм грудной клетки, и их осложнений, нуждающихся в хирургическом лечении
	Умеет	Определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента;
	Владеет	Объемом оперативных вмешательств и манипуляций в экстренной и плановой хирургии в соответствии с квалификационной характеристикой при травмах грудной клетки, и их осложнениях, нуждающихся в хирургическом лечении;

I. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ КУРСА

(2 часа)

Раздел 1. Повреждения грудной клетки и брюшной полости (2 часа).

Тема 1. Общие вопросы травматического повреждения грудной клетки и брюшной полости (2 часа).

Механизм травмы. Классификация. Патофизиология. Методы обследования больного с повреждением грудной клетки и брюшной полости. Основные принципы лечения больных с повреждениями грудной клетки и брюшной полости.

II. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ КУРСА

(24 часа)

Раздел 1. Повреждение грудной клетки (12 часов)

Занятие 1. Закрытые повреждения грудной клетки (1 час).

1. Сотрясения грудной клетки. Ушиб грудной клетки. Сдавления грудной клетки. Перелом грудины. Единичные переломы ребер. Множественные переломы ребер. «Клапанные» или «панельные» переломы ребер. «Разбитая» грудная клетка. Простой пневмоторакс.

2. Клапанный пневмоторакс. Напряженный пневмоторакс. Эмфизема средостения. Простой гемоторакс. Нарастающий гемоторакс. Свернувшийся гемоторакс. Инфицированный гемоторакс. Хилогемоторакс и хилопневмоторакс. Гемопневмоторакс. Ушиб сердца.

Занятие 2. Осложнения закрытых повреждений грудной клетки (1 час).

1. Травматический шок. Кровотечения и острая ишемия. Смещения и сдавления средостения. Сдавления легкого. Ушиб легкого. Разрыв легкого и бронха. Внутрилегочная гематома.

2. Обтурационный ателектаз. Компрессионный ателектаз. Констрикционный ателектаз. Дисателектаз. Разрыв диафрагмы. Разрыв пищевода. Синдром Мендельсона. Пневмония. Абсцесс легкого.

Занятие 3. Диагностика и дифференциальная диагностика закрытых повреждений грудной клетки (2 часа).

1. Клиническая диагностика. Рентгенография. Рентгеноскопия. Латерорентгеноскопия. Компьютерная томография и МРТ.

2. Ультразвуковая диагностика. Торакоцентез. Радиоизотопная диагностика. Плевральная пункция. Бронхоскопия, бронхография, плеврография.

Занятие 4. Лечение закрытых повреждений грудной клетки (2 часа).

1. Восстановление проходимости дыхательных путей. Обезболивание. Иммобилизация и способы транспортировки. Новокаиновая блокада (межмышечная, область перелома, паравертебральная, вагосипатическая по А.В. Вишневному, ретроплевральная по Ю.Б. Шапоту, перидуральная). Дренаж плевральной полости (пассивный дренаж по Бюлау, активный дренаж, лепестковый дренаж по методу ин-та им. Склифосовского).

2. Фиксация грудной клетки при оскольчатых, клапанных и панельных переломах ребер и «разбитой» грудной клетке. Остеосинтез ребер. Скелетное вытяжение. Иммобилизация шинами (типа Витюгова). Фиксация спицами по С.Л.Бечику. Показания и противопоказания к торакотомии. Типичная торакотомия. Послеоперационное ведение.

3. Бронхоскопия, лаваж бронхиального дерева, вибромассаж.

Занятие 5. Открытые повреждения грудной клетки (2 часа).

1. Непроницающие ранения грудной клетки. Проницающие ранения грудной клетки. Клапанный пневмоторакс. Гемоторакс. Гемопневмоторакс. Повреждения легкого. Повреждение межреберной артерии. Повреждение

трахеи и бронхов. Повреждение перикарда и сердца, тампонада сердца. Повреждения пищевода. Повреждения диафрагмы. Повреждения грудного лимфатического протока. Повреждения грудного отдела аорты. Торакоабдоминальные ранения. Механизм.

2. Особенности клинического течения. Диагностика и принципы лечения. Огнестрельные повреждения грудной клетки. Механизм. Классификация. Диагностика. Особенности первичной хирургической обработки. Типичная торакотомия. Дренажирование плевральной полости и средостения.

Занятие 6. Осложнения открытых повреждений грудной клетки (2 часа).

1. Флегмоны грудной (клетки) стенки. Остеомиелит ребер и грудины. Гнойный медиастинит. Гнойный плеврит. Эмпиема плевры (острая, хроническая, септическая, гнилостная). Бронхиальный свищ. Абсцесс легкого. Свернувшийся инфицированный гемоторакс.

2. Кровотечение наружное и внутриплевральное. Жировая эмболия. Травматический шок. Диффузная и мешковидная аневризмы сердца. Диафрагмальная грыжа. Аррозивное кровотечение. Профилактика и лечение осложнений открытых повреждений грудной клетки.

Занятие 7. Сочетанные и комбинированные повреждения грудной клетки (2 часа).

1. Механизм. Особенности патофизиологии. Клиника. Диагностика с выделением доминирующего повреждения.

2. Определение тактики и плана консервативного и оперативного лечения. Реабилитация больных с повреждениями грудной клетки.

Раздел 2. Повреждения органов брюшной полости (12 часов).

Занятие 1. Закрытые повреждения живота (2 часа).

1. Ушибы брюшной стенки.

2. Повреждения паренхиматозных органов.

3. Повреждение желудочно-кишечного тракта (непроникающие и проникающие, внебрюшинные и внутрибрюшинные).

Занятие 2. Ранения живота (2 часа).

1. Ранения живота.
2. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Непроникающие ранения.
4. Проникающие ранения без повреждения внутренних органов и с повреждением внутренних органов.
5. Хирургическая тактика, лечение больных с проникающими ранениями живота.

Занятие 3 Осложнение повреждений органов брюшной полости (2 часа).

1. Осложнение повреждений органов брюшной полости.
2. Диагностика, лечение.
3. Нагноение и флегмоны раны брюшной стенки.

Занятие 4 Осложнение повреждений органов брюшной полости (2 часа).

1. Осложнение повреждений органов брюшной полости.
2. Диагностика, лечение.
3. Перитонит.
4. Кровотечение.
5. Киста поджелудочной железы.

Занятие 5 Осложнение повреждений органов брюшной полости (2 часа).

1. Осложнение повреждений органов брюшной полости.
2. Диагностика, лечение.
3. Поддиафрагмальный абсцесс.
4. Кишечные свищи.
5. Эвентрация.
6. Динамическая и функциональная непроходимость кишечника.

Занятие 6 Реабилитация больных с повреждением органов брюшной полости (2 часа).

1. Показания и противопоказания к занятиям лечебной физкультурой в послеоперационном периоде после операций на органах брюшной полости.

2. Лечебная физическая культура в послеоперационном периоде при хирургическом лечении органов брюшной полости.

3. Комплекс упражнений лечебной гимнастики на 2-3-й день после операции на органах пищеварения.

4. Комплекс упражнений в диафрагмальном дыхании для мышц брюшного пресса на 4-5-й день после операции на органах пищеварения.

5. Особенности методики лечебной физкультуры в послеоперационном периоде в зависимости от характера заболевания.

6. Массаж и физиотерапия после лапаротомии.

III. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Травма грудной клетки, травма брюшной полости» представлено в Приложении 1 и включает в себя:

- план-график выполнения самостоятельной работы по дисциплине;
- характеристика заданий для самостоятельной работы студентов и методические рекомендации по их выполнению;
- требования к представлению и оформлению результатов самостоятельной работы;
- критерии оценки выполнения самостоятельной работы.

IV. КОНТРОЛЬ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ

№ п / п	Контролируемые модули/ разделы / темы дисциплины	Коды и этапы формирования компетенций	Оценочные средства - наименование	
			текущий контроль	промежуточная аттестация

	Раздел 1. Повреждение грудной клетки	УК-1 ПК-5 ПК-6	Знает	опрос	Зачет Вопросы 1-11
			Умеет	Тестирование реферат	Зачет Вопросы 1-11
			Владеет	Ситуационны е задачи	Зачет Вопросы 1-11
	Раздел 2. Повреждения органов брюшной полости	УК-1 ПК-5 ПК-6	Знает	опрос	Зачет Вопросы 12-17
			Умеет	Тестирование реферат	Зачет Вопросы 12-17
			Владеет	Ситуационны е задачи	Зачет Вопросы 12-17

Контрольные и методические материалы, а также критерии и показатели, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы представлены в Приложении 2.

V. СПИСОК УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Основная литература

1. Общая хирургия: учебник для вузов / В.К. Гостищев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 727 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:781572&theme=FEFU>

2. Диагностика и одноэтапное хирургическое лечение больных с нестабильными переломами грудопоясничного отдела позвоночника: учебное пособие для врачей: учебное пособие для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей / Е.П. Костив, Р.Е.

Костив; Тихоокеанский государственный медицинский университет.
Владивосток Медицина ДВ, 2013. – 75 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:697029&theme=FEFU>

3. Травматология и ортопедия: учебник / под ред. Н.В. Корнилова. – 3-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592 с.

http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=Geotar:/usr/vtls/ChamoHome/visualizer/data_geotar/geotar.xml.part1502..xml&theme=FEFU

4. Справочник врача скорой и неотложной медицинской помощи / А.Н. Инькова, Е.Г. Кадиева. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2013. – 574 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:779744&theme=FEFU>

5. Мишинькин П.Н. Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Мишинькин П.Н., Неганова А.Ю.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— 159 с.— Режим доступа:

<http://www.iprbookshop.ru/8212> .— ЭБС «IPRbooks», по паролю

6. Есипов В.К. Кровотечение и методы его остановки. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотери [Электронный ресурс]/ Есипов В.К., Курлаев П.П.— Электрон. текстовые данные.— Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2012.— 57 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21821> .— ЭБС «IPRbooks», по паролю

7. Сафронов А.А. Травма груди [Электронный ресурс]: методические указания для студентов/ Сафронов А.А.— Электрон. текстовые данные.— Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2010.— 27 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/31857> .— ЭБС «IPRbooks», по паролю

Дополнительная литература

1. Атлас торакальной хирургии / Марк К. Фергюсон ; пер. с англ. Под ред. М.И. Перельмана, О.О. Ясногородского. Москва ГЭОТАР-Медиа 2009 - 302 с <http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:781254&theme=FEFU>

2. Магомедов Р.А. Прецизионные пункционные исследования при хирургических заболеваниях органов брюшной полости [Электронный ресурс]: монография/ Магомедов Р.А.— Электрон. текстовые данные.— Калуга: Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского, 2013.— 186 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/32838> .— ЭБС «IPRbooks», по паролю

3. Лечение болезней печени, почек, мочевого пузыря, желчевыводящих и мочевыводящих путей [Электронный ресурс]/ — Электрон. текстовые данные.— М.: РИПОЛ классик, 2010.— 256 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/37611> .— ЭБС «IPRbooks», по паролю

4. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : учебник . В 2 т. : т. 1 / В.И. Сергиенко, Э.А. Петросян, И.В. Фраучи ; под ред. Ю.М. Лопухина Москва ГЭОТАР-Медиа 2014 - 831 с. <http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:781308&theme=FEFU>

5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : учебник . В 2 т. : т. 2 / В.И. Сергиенко, Э.А. Петросян, И.В. Фраучи ; под ред. Ю.М. Лопухина Москва ГЭОТАР-Медиа 2014- 589 с. <http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:781312&theme=FEFU>

Электронные ресурсы

1. <http://www.xn--b1afkidmfaflnm6k.xn--p1ai/> - Первостольник.рф - Фармацевтический сайт
2. <http://vladmedicina.ru> Медицинский портал Приморского края
3. <http://www.rosminzdrav.ru> Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации
4. <http://meduniver.com> Медицинский сайт о различных сферах медицины

Перечень информационных технологий и программного обеспечения

1. Использование программного обеспечения MS Office Power Point
2. Использование программного обеспечения MS Office 2010

3. Использование видеоматериалов сайта <http://www.youtube.com>

VI. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

Целью проведения практических занятий является закрепление полученных ординаторами на лекциях знаний, моделирование практических ситуаций, а также проверка эффективности самостоятельной работы ординаторов.

Практическое занятие обычно включает устный опрос слушателей по вопросам семинарских занятий. При этом выявляется степень владения ординаторами материалом лекционного курса, базовых учебников, знание актуальных проблем и текущей ситуации в современном образовательном пространстве. Далее выявляется способность ординаторов применять полученные теоретические знания к решению практического или задачи.

Подготовку к практическому занятию целесообразно начинать с повторения материала лекций. При этом следует учитывать, что лекционный курс лимитирован по времени и не позволяет лектору детально рассмотреть все аспекты изучаемого вопроса. Следовательно, требуется самостоятельно расширять познания как теоретического, так и практического характера. В то же время, лекции дают хороший ориентир ординатору для поиска дополнительных материалов, так как задают определенную структуру и логику изучения того или иного вопроса.

В ходе самостоятельной работы ординатору в первую очередь надо изучить материал, представленный в рекомендованной кафедрой и/или преподавателем учебной литературе и монографиях. Следует обратить внимание ординаторов на то обстоятельство, что в библиотечный список включены не только базовые учебники, но и более углубленные источники по каждой теме курса. Последовательное изучение предмета позволяет ординатора сформировать устойчивую теоретическую базу.

Важной составляющей частью подготовки к практическому занятию

является работа ординаторов с научными и аналитическими статьями, которые публикуются в специализированных периодических изданиях. Они позволяют расширить кругозор и получить представление об актуальных проблемах, возможных путях их решения и/или тенденциях в исследуемой области.

В качестве завершающего шага по подготовке к практическому занятию следует рекомендовать ординатору ознакомиться с результатами научных исследований, соответствующих каждой теме.

VII. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Симуляционный центр Школы биомедицины:

Компьютерный класс на 21 место. моноблоки HP 3420 AIO;

мультимедийный проектор OptimaEX542I – 1 шт; аудио усилитель QVC RMX 850 – 1 шт; колонки – 1 шт; ноутбук; ИБП – 1 шт; настенный экран; микрофон – 1 шт. сетевое оборудование, с подключением в Интернет.



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«Дальневосточный федеральный университет»
(ДВФУ)

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ
РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ**
по дисциплине «Травма грудной клетки, травма брюшной полости»
специальность 31.08.66 Травматология и ортопедия

Форма подготовки очная

**Владивосток
2021**

План-график выполнения самостоятельной работы по дисциплине

№ п/п	Дата/сроки выполнения	Вид самостоятельной работы	Примерные нормы времени на выполнение (час)	Форма контроля
1	2-6 неделя	Реферат (обзор современной отечественной и иностранной литературы)	24	Реферат
2	7-8 неделя	Презентация по теме реферата	14	Презентация
3	9-15 неделя	Реферат (обзор современной отечественной и иностранной литературы)	24	Реферат
4	16-17 неделя	Презентация по теме реферата	14	Презентация
5	18 неделя	Подготовка к зачету	6	Зачет

Темы докладов и рефератов

1. Повреждения грудной стенки и органов груди. Классификация травмы груди: Закрытая травма. Открытая травма.
2. Синдром нарушения функции сердца и легких при травме грудной клетки
3. Синдромы патологического содержимого в плевральной полости (пневмоторакс и гемоторакс).
4. Пневмоторакс. Клиника. Первая помощь. Лечение.
5. Гемоторакс. Клиника. Первая помощь. Лечение.

6. Ушиб легкого. Синдром шокового легкого. Синдром влажного легкого. Лечение ушиба легких
7. Сотрясение груди. Ушиб и разрыв сердца. Клиника. Диагностика. Первая помощь. Лечение.
8. Открытые повреждения груди. Непроницающие ранения груди. Проникающие ранения груди.
9. Последствия травмы груди. Непосредственные. Ближайшие.
10. Травма живота. Закрытая. Открытая. Степень тяжести.
11. Закрытая травма живота без повреждения внутренних органов. Клиника. Первая помощь. Лечение.
12. Закрытая травма живота с повреждением внутренних органов. Клиника. Первая помощь. Лечение.
13. Непроницающая открытая травма живота. Диагностика. Неотложная помощь. Лечение.
14. Проникающая открытая травма живота. Диагностика. Неотложная помощь. Лечение.
15. Опасности травмы живота. Повреждение почек. Диагностика. Неотложная помощь. Лечение.
16. Опасности травмы живота. Внутрибрюшной разрыв мочевого пузыря. Диагностика. Неотложная помощь. Лечение.
17. Опасности травмы живота. Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря. Диагностика. Неотложная помощь. Лечение.
18. Огнестрельные ранения грудной клетки. Особенности. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь. Лечение.
19. Огнестрельные ранения живота. Особенности. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь. Лечение.
20. Повреждение паренхиматозных органов при травме живота. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь. Лечение.

Методические рекомендации по написанию и оформлению реферата

Реферат – творческая деятельность ординатора, которая воспроизводит в своей структуре научно–исследовательскую деятельность по решению теоретических и прикладных проблем в определённой отрасли научного знания. В силу этого курсовая работа является важнейшей составляющей учебного процесса в высшей школе.

Реферат, являясь моделью научного исследования, представляет собой самостоятельную работу, в которой ординатор решает проблему теоретического или практического характера, применяя научные принципы и методы данной отрасли научного знания. Результат данного научного поиска может обладать не только субъективной, но и объективной научной новизной, и поэтому может быть представлен для обсуждения научной общественности в виде научного доклада или сообщения на научно-практической конференции, а также в виде научной статьи.

Реферат выполняется под руководством научного руководителя и предполагает приобретение навыков построения делового сотрудничества, основанного на этических нормах осуществления научной деятельности. Целеустремлённость, инициативность, бескорыстный познавательный интерес, ответственность за результаты своих действий, добросовестность, компетентность – качества личности, характеризующие субъекта научно-исследовательской деятельности, соответствующей идеалам и нормам современной науки.

Реферат – это самостоятельная учебная и научно-исследовательская деятельность ординатора. Научный руководитель оказывает помощь консультативного характера и оценивает процесс и результаты деятельности. Он предоставляет примерную тематику реферативных работ, уточняет совместно с ординатором проблему и тему исследования, помогает спланировать и организовать научно-исследовательскую деятельность, назначает время и минимальное количество консультаций. Научный

руководитель принимает текст реферата на проверку не менее чем за десять дней до защиты.

Традиционно сложилась определенная структура реферата, основными элементами которой в порядке их расположения являются следующие:

1. Титульный лист.
2. Задание.
3. Оглавление.
4. Перечень условных обозначений, символов и терминов (если в этом есть необходимость).
5. Введение.
6. Основная часть.
7. Заключение.
8. Библиографический список.
9. Приложения.

На титульном листе указываются: учебное заведение, выпускающая кафедра, автор, научный руководитель, тема исследования, место и год выполнения реферата.

Название реферата должно быть по возможности кратким и полностью соответствовать ее содержанию.

В оглавлении (содержании) отражаются названия структурных частей реферата и страницы, на которых они находятся. Оглавление целесообразно разместить в начале работы на одной странице.

Наличие развернутого введения – обязательное требование к реферату. Несмотря на небольшой объем этой структурной части, его написание вызывает значительные затруднения. Однако именно качественно выполненное введение является ключом к пониманию всей работы, свидетельствует о профессионализме автора.

Таким образом, введение – очень ответственная часть реферата. Начинаться должно введение с обоснования актуальности выбранной темы. В применении к реферату понятие «актуальность» имеет одну особенность.

От того, как автор реферата умеет выбрать тему и насколько правильно он эту тему понимает и оценивает с точки зрения современности и социальной значимости, характеризует его научную зрелость и профессиональную подготовленность.

Кроме этого во введении необходимо вычленить методологическую базу реферата, назвать авторов, труды которых составили теоретическую основу исследования. Обзор литературы по теме должен показать основательное знакомство автора со специальной литературой, его умение систематизировать источники, критически их рассматривать, выделять существенное, определять главное в современном состоянии изученности темы.

Во введении отражаются значение и актуальность избранной темы, определяются объект и предмет, цель и задачи, хронологические рамки исследования.

Завершается введение изложением общих выводов о научной и практической значимости темы, степени ее изученности и обеспеченности источниками, выдвижением гипотезы.

В основной части излагается суть проблемы, раскрывается тема, определяется авторская позиция, в качестве аргумента и для иллюстраций выдвигаемых положений приводится фактический материал. Автору необходимо проявить умение последовательного изложения материала при одновременном его анализе. Предпочтение при этом отдается главным фактам, а не мелким деталям.

Реферат заканчивается заключительной частью, которая так и называется «заключение». Как и всякое заключение, эта часть реферата выполняет роль вывода, обусловленного логикой проведения исследования, который носит форму синтеза накопленной в основной части научной информации. Этот синтез – последовательное, логически стройное изложение полученных итогов и их соотношение с общей целью и конкретными задачами, поставленными и сформулированными во введении.

Именно здесь содержится так называемое «выводное» знание, которое является новым по отношению к исходному знанию. Заключение может включать предложения практического характера, тем самым, повышая ценность теоретических материалов.

Итак, в заключении реферата должны быть: а) представлены выводы по итогам исследования; б) теоретическая и практическая значимость, новизна реферата; в) указана возможность применения результатов исследования.

После заключения принято помещать библиографический список использованной литературы. Этот список составляет одну из существенных частей реферата и отражает самостоятельную творческую работу автора реферата.

Список использованных источников помещается в конце работы. Он оформляется или в алфавитном порядке (по фамилии автора или названия книги), или в порядке появления ссылок в тексте письменной работы. Во всех случаях указываются полное название работы, фамилии авторов или редактора издания, если в написании книги участвовал коллектив авторов, данные о числе томов, название города и издательства, в котором вышла работа, год издания, количество страниц.

Методические рекомендации для подготовки презентаций

Для подготовки презентации рекомендуется использовать: PowerPoint, MS Word, Acrobat Reader, LaTeX-овский пакет beamer. Самая простая программа для создания презентаций – Microsoft PowerPoint. Для подготовки презентации необходимо обработать информацию собранную при написании реферата.

Последовательность подготовки презентации:

1. Четко сформулировать цель презентации.
2. Определить каков будет формат презентации: живое выступление (тогда, сколько будет его продолжительность) или электронная рассылка (каков будет контекст презентации).
3. Отобрать всю содержательную часть для презентации и выстроить

логическую цепочку представления.

4. Определить ключевые моменты в содержании текста и выделить их.

5. Определить виды визуализации (картинки) для отображения их на слайдах в соответствии с логикой, целью и спецификой материала.

6. Подобрать дизайн и форматировать слайды (количество картинок и текста, их расположение, цвет и размер).

7. Проверить визуальное восприятие презентации.

К видам визуализации относятся иллюстрации, образы, диаграммы, таблицы. Иллюстрация – представление реально существующего зрительного ряда. Образы – в отличие от иллюстраций – метафора. Их назначение – вызвать эмоцию и создать отношение к ней, воздействовать на аудиторию. С помощью хорошо продуманных и представляемых образов, информация может надолго остаться в памяти человека. Диаграмма – визуализация количественных и качественных связей. Их используют для убедительной демонстрации данных, для пространственного мышления в дополнение к логическому. Таблица – конкретный, наглядный и точный показ данных. Ее основное назначение – структурировать информацию, что порой облегчает восприятие данных аудиторией.

Практические советы по подготовке презентации

– печатный текст + слайды + раздаточный материал готовятся отдельно;

– слайды – визуальная подача информации, которая должна содержать минимум текста, максимум изображений, несущих смысловую нагрузку, выглядеть наглядно и просто;

– текстовое содержание презентации – устная речь или чтение, которая должна включать аргументы, факты, доказательства и эмоции;

– рекомендуемое число слайдов 17-22;

– обязательная информация для презентации: тема, фамилия и инициалы выступающего; план сообщения; краткие выводы из всего сказанного; список использованных источников;

– раздаточный материал – должен обеспечивать ту же глубину и охват, что и живое выступление: люди больше доверяют тому, что они могут унести с собой, чем исчезающим изображениям, слова и слайды забываются, а раздаточный материал остается постоянным осязаемым напоминанием; раздаточный материал важно раздавать в конце презентации; раздаточный материалы должны отличаться от слайдов, должны быть более информативными.

Критерии оценки реферата.

Изложенное понимание реферата как целостного авторского текста определяет критерии его оценки: новизна текста; обоснованность выбора источника; степень раскрытия сущности вопроса; соблюдения требований к оформлению.

Новизна текста: а) актуальность темы исследования; б) новизна и самостоятельность в постановке проблемы, формулирование нового аспекта известной проблемы в установлении новых связей (межпредметных, внутрипредметных, интеграционных); в) умение работать с исследованиями, критической литературой, систематизировать и структурировать материал; г) явленность авторской позиции, самостоятельность оценок и суждений; д) стилевое единство текста, единство жанровых черт.

Степень раскрытия сущности вопроса: а) соответствие плана теме реферата; б) соответствие содержания теме и плану реферата; в) полнота и глубина знаний по теме; г) обоснованность способов и методов работы с материалом; е) умение обобщать, делать выводы, сопоставлять различные точки зрения по одному вопросу (проблеме).

Обоснованность выбора источников: а) оценка использованной литературы: привлечены ли наиболее известные работы по теме исследования (в т.ч. журнальные публикации последних лет, последние статистические данные, сводки, справки и т.д.).

Соблюдение требований к оформлению: а) насколько верно оформлены ссылки на используемую литературу, список литературы; б) оценка грамотности и культуры изложения (в т.ч. орфографической, пунктуационной, стилистической культуры), владение терминологией; в) соблюдение требований к объёму реферата.

Рецензент должен четко сформулировать замечание и вопросы, желательно со ссылками на работу (можно на конкретные страницы работы), на исследования и фактические данные, которые не учёл автор.

Рецензент может также указать: обращался ли ординатор к теме ранее (рефераты, письменные работы, творческие работы, олимпиадные работы и пр.) и есть ли какие-либо предварительные результаты; как выпускник вёл работу (план, промежуточные этапы, консультация, доработка и переработка написанного или отсутствие чёткого плана, отказ от рекомендаций руководителя).

Ординатор представляет реферат на рецензию не позднее чем за неделю до защиты. Рецензентом является научный руководитель. Опыт показывает, что целесообразно ознакомить ординатора с рецензией за несколько дней до защиты. Оппонентов назначает преподаватель из числа ординаторов. Для устного выступления ординатору достаточно 10-20 минут (примерно столько времени отвечает по билетам на экзамене).

Оценка 5 ставится, если выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована ее актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка 4 – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в

суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка 3 – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка 2 – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Оценка 1 – реферат ординатором не представлен.



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«Дальневосточный федеральный университет»
(ДВФУ)

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине «Травма грудной клетки, травма брюшной полости»
Специальность 31.08.66 Травматология и ортопедия
Форма подготовки очная

Владивосток
2021

Вопросы для оценки предварительных компетенций

1. Назовите жизнеугрожающие последствия при травме груди
2. В чем отличие механизмов возникновения напряженного и открытого пневмоторакса.
3. Какие патофизиологические изменения объясняют тяжелое состояние раненого с открытым пневмотораксом?
4. Чем отличаются мероприятия по устранению открытого пневмоторакса на этапах первой, доврачебной и первой врачебной помощи?
5. Какие мероприятия медицинской помощи проводятся при устранении напряженного пневмоторакса на этапах оказания первой врачебной помощи и квалифицированной хирургической помощи?
6. Почему передний реберный клапаннаиболее часто сопровождается летальным исходом?
7. Какие огнестрельные раны груди можно не подвергать ПХО?
8. Назовите критерии продолжающегося внутриплеврального кровотечения?
9. У раненого в грудь выявлена триада Бека. Какие симптомы она включает и о чем свидетельствует?
10. Какие клинические признаки позволяют диагностировать торакоабдоминальное ранение?
11. Какие клинические признаки позволяют диагностировать торакоабдоминальное ранение?
12. Перечислите абсолютные и относительные признаки проникающего характера ранения живота.
13. Какие синдромы характеризуют повреждения внутренних органов при закрытой травме живота? Признаком повреждения какого органа является гематурия?
14. Почему запрещено вправление внутренних органов живота при оказании медицинской помощи таким раненым?

15. Каким группам раненым в живот выполняют операции в срочном и неотложном порядке на этапе квалифицированной медицинской помощи?

16. Назовите особенности выполнения ПХО огнестрельных проникающих ран живота.

17. Перечислите основные виды послеоперационных осложнений у раненых в живот с повреждением внутренних органов.

Оценочные средства для текущей аттестации

Контрольные тесты предназначены для ординаторов, изучающих курс «Травма грудной клетки, травма брюшной полости».

При работе с тестами ординатору предлагается выбрать один вариант ответа из трех – четырех предложенных. В то же время тесты по своей сложности неодинаковы. Среди предложенных имеются тесты, которые содержат несколько вариантов правильных ответов. Ординатору необходимо указать все правильные ответы.

Тесты рассчитаны как на индивидуальное, так и на коллективное их решение. Они могут быть использованы в процессе и аудиторных занятий, и самостоятельной работы. Отбор тестов, необходимых для контроля знаний в процессе промежуточной аттестации производится каждым преподавателем индивидуально.

Результаты выполнения тестовых заданий оцениваются преподавателем по пятибалльной шкале для выставления аттестации или по системе «зачет» – «не зачет». Оценка «отлично» выставляется при правильном ответе на более чем 90% предложенных преподавателем тестов. Оценка «хорошо» – при правильном ответе на более чем 70% тестов. Оценка «удовлетворительно» – при правильном ответе на 50% предложенных ординатору тестов.

Примеры вопросов тестового контроля

1. Экспираторная одышка характерна для

- 1) неполной обструкции дыхательных путей инородным телом
- 2) бронхоспазма
- 3) острой сердечной недостаточности
- 4) аллергического отека верхних дыхательных путей

2. Стридорозное дыхание характеризуется

- 1) затруднением дыхания только в фазу вдоха
- 2) затруднением дыхания только в фазу выдоха

- 3) затруднением дыхания в фазы вдоха и выдоха
- 4) частым дыханием с периодами апноэ

3. Шоковый индекс Алговера – это

- 1) отношение пульса к систолическому артериальному давлению,
- 2) отношение пульса к диастолическому артериальному давлению
- 3) разница между систолическим и диастолическим давлением
- 4) отношение пульса к среднему артериальному давлению

4. В норме шоковый индекс Алговера равен

- 1) 0,5-0,7
- 2) 1,0-1,2
- 3) 1,5-2,0
- 4) 2,2-2,5

5. Что характерно для наружного клапанного /напряженного/ пневмоторакса?

- 1) эмфизема мягких тканей области раны;
- 2) баллотирование средостения;
- 3) сдавление легкого противоположной стороны;
- 4) смещение средостения в сторону спавшегося легкого;
- 5) смещение средостения в противоположную сторону.

6. Что характерно для наружного открытого пневмоторакса?

- 1) спадение легкого на стороне повреждения;
- 2) спадение легкого на поврежденной стороне;
- 3) баллотирование средостения;
- 4) смещение средостения в сторону повреждения;
- 5) смещение средостения в противоположную сторону.

7. Общими симптомами гемоторакса являются:

- 1) одышка

- 2) ограничение дыхательных экскурсий грудной клетки
- 3) перкуторная тупость на стороне поражения
- 4) ослабление дыхательных шумов
и голосового дрожания на стороне поражения
- 5) бледность кожных покровов
- 6) прогрессирующее падение АД
- 7) тахикардия

Выберите комбинацию ответов

- а) 1, 2, 3
- б) 2, 3, 5
- в) 5, 6, 7
- г) 3, 4, 7
- д) 3, 5, 6

8. Назовите фазы шока:

- 1) обморок, коллапс;
- 2) начальная, промежуточная, терминальная;
- 3) молниеносная, острая;
- 4) эректильная, терминальная;
- 5) эректильная, торпидная.

9. Для торпидной фазы шока не характерно:

- 1) понижение артериального давления;
- 2) цианоз лица;
- 3) похолодание конечностей;
- 4) слабый пульс;
- 5) поверхностное дыхание.

10. Для травматического шока нехарактерно:

- 1) ацидоз;
- 2) алкалоз;
- 3) гиперкалиемия;

- 4) гипонатриемия;
- 5) гипохлоремия.

11. Шоковый индекс Алговера – это отношение:

- 1) систолического давления к диастолическому;
- 2) диастолического давления к систолическому;
- 3) частоты пульса к частоте дыхания;
- 4) частоты дыхания к частоте пульса;
- 5) частоты пульса к систолическому давлению.

12. В норме шоковый индекс Алговера равен:

- 1) 0,5;
- 2) 1,0;
- 3) 1,5;
- 4) 2,0;
- 5) 2,5.

13. Тактика при переломах ребер без повреждения органов грудной клетки

- 1) обезболивание, транспортировка в полусидячем положении
- 2) обезболивание, транспортировка в положении лежа
- 3) наложение окклюзионной повязки
- 4) наложение транспортной шины

14. Показаниями торакотомии при ранениях грудной клетки являются все перечисленные, кроме:

- 1) открытого пневмоторакса
- 2) ранения сердца
- 3) продолжающегося кровотечения в плевральную полость
- 4) закрытого пневмоторакса
- 5) свернувшегося гемоторакса

15. Причиной ложно-абдоминального синдрома при сочетанной травме является:

- 1) перелом грудины и травма органов средостения

- 2) вывих тазобедренного сустава
- 3) травма груди с переломом ребер в средне-нижней зоне
- 4) ушиб шейно-грудного отдела позвоночника
- 5) чрезвертельный перелом бедра

16. К понятию хирургической обработки раны относится

- 1) смазывание краев раны йодом, наложение повязки,
- 2) введение внутримышечно антибиотиков
- 3) промывание раны, введение в мягкие ткани антибиотиков
- 4) удаление из раны инородных тел, обработка раны антисептиками,

дренирование ран

5) рассечение и иссечение раны, удаление сгустков крови, дренирование раны, восстановительная операция

17. К отсроченной хирургической обработке относится обработка, произведенная после травмы через

- 1) 12-18 ч;
- 2) 24-48 ч;
- 3) 49-72 ч;
- 4) 73-96 ч;
- 5) 97-120 ч

18. При сдавлении мягких тканей в почках имеют место следующие патологические изменения

- 1) выраженные изменения в дистальных извитых канальцах
- 2) выраженные изменения в восходящих петлях Генле
- 3) забитость кровяными цилиндрами из миоглобина канальцев
- 4) правильно б) и в)
- 5) все ответы правильны

19. При закрытой травме брюшной полости с разрывом мочевого пузыря наиболее информативным методом исследования является:

- 1) обзорная рентгенография брюшной полости;
- 2) лапароскопия;

- 3) контрастная цистография;
- 4) ирригоскопия;
- 6) общий анализ мочи.

20. Назовите фазы шока:

- 1) обморок, коллапс;
- 2) начальная, промежуточная, терминальная;
- 3) молниеносная, острая;
- 4) эректильная, терминальная;
- 5) эректильная, торпидная.

21. Для торпидной фазы шока не характерно:

- 1) понижение артериального давления;
- 2) цианоз лица;
- 3) похолодание конечностей;
- 4) слабый пульс;
- 5) поверхностное дыхание.

22. Для травматического шока нехарактерно:

- 1) ацидоз;
- 2) алкалоз;
- 3) гиперкалиемия;
- 4) гипонатриемия;
- 5) гипохлоремия.

23. Какой степени тяжести травматического шока соответствует состояние: частота дыхания – 30–32 в минуту, пульс – 110–120 ударов в минуту, артериальное давление — 90–80 /50–40 мм рт. ст.?

- 1) легкой;
- 2) средней;
- 3) тяжелой;
- 4) предагональной.

24. Подкожная эмфизема указывает на повреждение

- 1) сердца

- 2) легкого
- 3) глотки
- 4) пищевод

25. Причиной ложно-абдоминального синдрома при сочетанной травме является:

- б) перелом грудины и травма органов средостения
- 7) вывих тазобедренного сустава
- 8) травма груди с переломом ребер в средне-нижней зоне
- 9) ушиб шейно-грудного отдела позвоночника
- 10) чрезвертельный перелом бедра

26. К понятию хирургической обработки раны относится

- б) смазывание краев раны йодом, наложение повязки,
- 7) введение внутримышечно антибиотиков
- 8) промывание раны, введение в мягкие ткани антибиотиков
- 9) удаление из раны инородных тел, обработка раны антисептиками,

дренирование ран

10) рассечение и иссечение раны, удаление сгустков крови, дренирование раны, восстановительная операция

27. К отсроченной хирургической обработке относится обработка, произведенная после травмы через

- б) 12-18 ч;
- 7) 24-48 ч;
- 8) 49-72 ч;
- 9) 73-96 ч;
- 10) 97-120 ч

Ситуационная задача №1. Больной Н. 27 лет, поступил в госпиталь в крайне тяжелом состоянии 25 мая 1942 года, на 3 день после ранения груди осколком гранаты.

В области третьего межреберья слева рана величиной 1x1 под струпом. Отмечается одышка, цианоз, одутловатость лица. Температура 39°C, пульс 120 ударов в 1 мин., аритмичный, слабого наполнения. Артериальное давление 90 и 60 мм. рт. ст. На рентгенограмме определяются симптомы гидроперикарда. Лейкоцитоз 14000, резкий сдвиг влево.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите на возникшее осложнение.
3. Проведите внутрипунктовую сортировку в военно-полевом госпитале.
4. Составьте план лечения.

Ситуационная задача №2. В приемный покой доставлен мужчина 48лет с жалобами на слабость, головокружение, умеренные боли в левом подреберье. Из анамнеза известно, что 12ч назад он упал с лестницы и ударился левой реберной дугой. Накануне поступления был обморок. Больной лежит в вынужденном положении. Изменение положения тела усиливает боли в животе. Кожные покровы бледные. Пульс-120ударов в минуту. Артериальное давление-90/50мм рт.ст. Дыхание поверхностное. Пальпаторно отмечают умеренное напряжение мышц брюшной стенки, притупление перкуторного звука в левом подреберье и отлогих местах живота. Гемоглобин крови-98гг.

Ваши предположительный диагноз и тактика?

Ситуационная задача №3. В приемный покой доставлен молодой мужчина, с закрытой травмой грудной клетки справа. Кожные покровы бледные. Пульс-100ударов в минуту. Артериальное давление-110/65 мм рт.ст. Отмечаются болезненность крепитация костных отломков в проекции VIII, IX и X ребер справа по среднеподмышечной линии. Перкуторно справа в нижних отделах определяется тупой звук, дыхание не прослушивается (в

положении больного сидя). На рентгенограмме, кроме переломов указанных ребер, дополнительно выявлена интенсивная тень с горизонтальным уровнем до границы VII ребра.

Ваши диагноз и тактика?

Ситуационная задача №4. Больной 34-лет жалуется на "пронизывающую" боль в правой половине грудной клетки. Боли появились внезапно около часа назад во время очередного приступа кашля. Больной лежит на правом боку. Кожные покровы бледные. Легкий акроцианоз. Дыхание поверхностное, 28 в мин. Температура тела 36,7 С. Артериальное давление-120/85 мм рт.ст. Справа над легкими дыхание не прослушивается, перкуторно определяется коробочный звук. Живот мягкий, безболезненный.

Ваш предположительный диагноз? Как Вы поступите с больным?

Ситуационная задача №5. Патрульным нарядом милиции вызвана машина скорой помощи. Прибыв на место происшествия, Вы обнаружили лежащего на спине мужчину, у которого в грудной клетке в VI межреберье слева по передне-подмышечной линии торчит нож. Сознание пострадавшего помрачено, контакт практически невозможен. Зрачки узкие, пульс-120 ударов в мин., определяется только на крупных артериях. Артериальное давление-70/40 мм рт. ст. Дыхание слева резко ослаблено.

Как поступите с торчащим в ране ножом? Какую помощь Вы окажите пострадавшему?

Ситуационная задача №6. Пострадавший ранен пулей в грудь справа. Появился значительный кашель с кровянистой мокротой, нарастающая одышка. Кожные покровы цианотичны. Холодный пот. Дыхание значительно затруднено. Пульс 120 в минуту. На уровне 3-го ребра справа по средней ключичной линии имеется рана размером 1x1 см, у нижнего угла правой лопатки вторая рана размером 2,5x2,0 см. Подкожная эмфизема распространяется на шею, лицо, живот. Глаза открыть не может из-за эмфиземы век. Перкуторно сердечная тупость значительно смещена влево.

Ваш предположительный диагноз? Какой должна быть лечебная тактика?

Ситуационная задача № 7. Пострадавший ранен осколком снаряда в грудь. Дыхание затруднено. Одышка. Кровохарканье. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 110 в минуту. На уровне 4 ребра по боковой поверхности правой половины грудной клетки имеется рана размером 3х4 см, которая в момент вдоха присасывает воздух. При кашле из-под повязки выделяется пенная кровь.

Ваш предположительный диагноз? Какой должна быть лечебная тактика?

Ситуационная задача №8. Раненый Д. 20 лет, при взрыве получил сильный удар в области правой половины грудной клетки крупным отломком бетонной стены. Доставлен на МПП в тяжелом состоянии. Жалобы на резкие боли, ощущение нехватки воздуха. Выраженный цианоз. Дыхание поверхностное до 36 в мин. Пульс 110 уд. в мин., ритмичный, АД = 140/100. Перкуторно-звук справа с коробочным оттенком. Дыхание резко ослаблено. Притупление в реберно-диафрагмальном синусе. При аускультации выслушивается " хруст снега ", пальпаторно - тестоватая консистенция грудной стенки и крепитация газа в мягких тканях. Отмечается западение на входе грудной стенки между передней и задней подмышечными линиями на уровне 3 и 4 межреберий.

Ваш предположительный диагноз? Какой должна быть лечебная тактика?

Оценочные средства для промежуточной аттестации

Вопросы к зачету

1. Классификация пневмотораксов, механизм дыхания при различных видах пневмоторакса. Оказание первой врачебной и квалифицированной мед. помощи.
2. Признаки продолжающегося кровотечения в плевральную полость - гемоторакс. Особенности мед. сортировки, оказания мед. помощи и эвакуации пострадавших с продолжающимся внутриплевральным кровотечением.
3. Объем и характер оказания мед. мероприятий пострадавшим с осложненными повреждениями грудной клетки на этапе первой врачебной помощи.
4. Закрытые повреждения грудной клетки с нарушением ее каркасности: множественные, окончатые (флотирующие) переломы ребер. Оказание неотложной мед. помощи, способы восстановления механизма дыхания.
5. Огнестрельные ранения груди: закрытый, открытый и клапанный пневмотораксы. Клиника, диагностика и оказание помощи на этапах эвакуации.
6. Гемоторакс. Классификация, клиника, диагностика. Признаки продолжающегося кровотечения. Тактика лечения гемотораксов. Оказание помощи и лечение на этапах медицинской эвакуации.
7. Закрытые повреждения груди: ушибы, переломы ребер. Механизмы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
8. Понятие о «рёберном клапане», патогенетические механизмы этого явления. Оказание помощи и лечение на этапах медицинской эвакуации.
9. Повреждения печени и селезенки. Диагностика: клиническая, рентгенологическая, инструментальная. Оказание помощи на этапах эвакуации

10. Ушиб легкого. Осложнения. Диагностика: клиническая, рентгенологическая, инструментальная. Оказание помощи на этапах эвакуации.

11. Повреждение органов средостенья при ранении грудной клетки. Диагностика: клиническая, рентгенологическая, инструментальная. Оказание помощи на этапах эвакуации

12. Признаки проникающего ранения живота, особенности первичной хирургической обработки ран брюшной стенки. Мед. сортировка.

13. Ведущие клинические проявления повреждения полых органов брюшной полости, особенности оказания мед. помощи на ЭМЭ

14. Закрытые повреждения живота: классификация, особенности клинического течения в зависимости от характера повреждений. Диагностика: клиническая, рентгенологическая, инструментальная. Оказание помощи на этапах эвакуации.

15. Повреждения почек, мочевого пузыря и уретры: виды. Диагностика: клиническая, рентгенологическая, инструментальная. Оказание помощи на этапах эвакуации

16. Проникающие ранения брюшной полости. Развитие патологического процесса в зависимости от характера повреждений. Клиника, диагностика, оказание помощи на этапах эвакуации

17. Повреждения печени и селезенки. Диагностика: клиническая, рентгенологическая, инструментальная. Оказание помощи на этапах эвакуации