

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ**
Учреждение образования
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор
учреждения образования
«Белорусский
государственный
медицинский университет»
И.Н.Мороз
2020



**ПАСПОРТ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СТАНЦИИ
ОБЪЕКТИВНОГО СТРУКТУРИРОВАННОГО
КЛИНИЧЕСКОГО ЭКЗАМЕНА (ОСКЭ)**

«Пункция плевральной полости»

Специальность: 1-79 01 01 Лечебное дело

МИНСК 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

№ п/п	Раздел паспорта	
1.	Уровень измеряемой подготовки.....	4
2.	Проверяемый практический навык.....	4
3.	Продолжительность работы станции.....	4
4.	Информация для организации работы станции.....	4
4.1.	Рабочее место члена экзаменационной комиссии.....	4
4.2.	Рабочее место вспомогательного персонала.....	4
4.3.	Рабочее место экзаменуемого.....	5
5.	Информация по обеспечению работы станции	5
5.1.	Расходные материалы.....	5
5.2.	Симуляционное оборудование.....	6
6.	Перечень ситуаций (сценариев) станции.....	6
7.	Информация для экзаменуемого.....	6
8.	Информация для экзаменаторов	11
9.	Медицинская документация	22
10.	Нормативные и методические материалы, использованные для создания паспорта (источники информации).....	22
11.	Критерии оценивания действий экзаменуемого (чек-лист).....	22
12.	Дефектная ведомость	23

Авторы:

1. **Кондратенко Г.Г.**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий 1-й кафедрой хирургических болезней учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»
2. **Куделич О.А.**, кандидат медицинских наук, доцент 1-й кафедры хирургических болезней учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»
3. **Карман А.Д.**, кандидат медицинских наук, доцент 1-й кафедры хирургических болезней учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»
4. **Пландовский А.В.**, кандидат медицинских наук, доцент 1-й кафедры хирургических болезней учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»

1. Уровень измеряемой подготовки

Студенты лечебного факультета, завершившие обучение по программе 6 курса учебной дисциплины «Хирургические болезни» для специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело».

Целесообразно заранее объявить экзаменуемым о необходимости приходить на экзамен в спецодежде (хирургический костюм или медицинский халат, сменная обувь, медицинская шапочка и маска).

2. Проверяемый практический навык

Диагностика гидро- и пневмоторакса, выполнение плевральной пункции при гидро- и пневмотораксе.

3. Продолжительность работы станции (таблица 1)

Общая продолжительность – 10 минут.

Физическая продолжительность – 8 минут.

Таблица 1. Продолжительность работы станции

Действия экзаменуемого	Время начала действия	Время окончания действия	Продолжительность действия
Ознакомление с заданием (брифинг)	0 сек	1 мин	1 мин
Работа на станции	1 мин	9 мин	8 мин
Окончание работы на станции	9 мин	10 мин	1 мин

4. Информация для организации работы станции

Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

4.1. Рабочее место члена экзаменационной комиссии (таблица 2)

Таблица 2. Рабочее место члена экзаменационной комиссии

№ п/п	Перечень оборудования	Количество
1	Стол рабочий (рабочая поверхность)	по количеству экзаменаторов
2	Стул	по количеству экзаменаторов
3	Чек-листы в бумажном виде	по количеству экзаменуемых
4	Шариковая ручка	по количеству экзаменаторов

4.2. Рабочее место вспомогательного персонала (таблица 3)

Таблица 3. Рабочее место вспомогательного персонала

№ п/п	Перечень оборудования	Количество
-------	-----------------------	------------

1	Стол рабочий для вспомогательного персонала, управляющего симуляционным оборудованием	1 шт.
2	Стул для вспомогательного персонала, управляющего симуляционным оборудованием	1 шт.
3	Персональный компьютер, управляющий симуляционным оборудованием/блок управления	1 шт.
4	Микрофон	1 шт.

4.3. Рабочее место экзаменуемого

Целесообразно заранее объявить студентам о необходимости приходить на экзамен в медицинской спецодежде (костюм, халат, шапка) со сменной обувью. Рекомендуется подготовить для него:

1. Стерильные перчатки (в соответствии с размером рук) - 1 пару
2. Маска медицинская – 1 шт.

5. Информация по обеспечению работы станции

Помещение, имитирующее операционную комнату, обязательно должно включать мебель и оборудование (таблица 4).

Таблица 4. Перечень мебели, медицинского и прочего оборудования

№ п/п	Мебель и медицинское оборудование	Количество
1	Столик инструментальный	1 шт.
2	Каталка (кушетка) для размещения симулятора пациента	1 шт.
3	Настенные часы с секундной стрелкой	1 шт.
4	Лоток медицинский (почкообразный или прямоугольный)	1 шт.
6	Контейнер для сбора отходов класса А объемом 10 литров	1 шт.
7	Контейнер для сбора отходов класса Б объемом 10 литров	1 шт.
8	Контейнер для дезинфекции инструментов	1 шт.

5.1. Расходные материалы (таблица 5)

Таблица 5. Перечень расходных материалов из расчета на 1 попытку

№ п/п	Перечень расходных материалов	Количество (на 1 попытку)
1	Раствор антисептика для обработки рук (имитация)	5 мл.
2	Перчатки медицинские	1 пара
3	Шприцы с иглами 25 G различных объемов (2, 5, 10 мл)	3 шт
4	Шприц Жане 100 мл	1 шт.
5	Стерильные марлевые салфетки	10 шт.
6	Марлевые шарики	10 шт.
7	Переходная резиновая трубка	1 шт.
8	Зажим	1 шт.
9	Пинцет хирургический	1 шт.
10	Игла для плевральной пункции	1 шт.

5.2. Симуляционное оборудование (таблица 6)

Таблица 6. Симуляционное оборудование

Перечень симуляционного оборудования	Техническая характеристика симуляционного оборудования
Симулятор пациента	<ul style="list-style-type: none">– Наличие автоматической модели физиологии человека– Реалистичность анатомических отношений между поверхностью кожи, мышцами, ребрами и легкими– Наличие области имитации гидро- и пневмоторакса для отработки навыка выполнения плевральной пункции и/или дренирования

Членам экзаменационной комиссии, студентам и вспомогательному персоналу важно заранее сообщить об особенностях модели симулятора и принципах работы на нем.

6. Перечень ситуаций (сценариев) станции (таблица 7)

Таблица 7. Перечень ситуаций (сценариев) станции

Сценарий (№ п/п)	Оценочный лист (чек-лист)	Ситуация
1	01	Спонтанный пневмоторакс
2	01	Закрытая травма грудной клетки, осложненная левосторонним пневмотораксом
3	01	Закрытая травма грудной клетки, осложненная гемотораксом слева
4	01	Закрытая травма грудной клетки, осложненная левосторонним гемопневмотораксом
5	01	Пневмоторакс после пункции левой подключичной вены
6	01	Левосторонний гидроторакс при хронической сердечной недостаточности в стадии декомпенсации
7	01	Острый панкреатит, тяжелое течение. Левосторонний плеврит
8	01	Рак прямой кишки. Метастатический плеврит слева. Метастазы в печень
9	01	Парапневмонический абсцесс легкого слева. Левосторонний пиопневмоторакс

7. Информация для экзаменуемого (для всех сценариев)

Вы врач-хирург. Все действия, которые Вы будете проводить, необходимо прокомментировать. Необходимо определить ведущий клинический синдром, провести дифференциальную диагностику данного состояния, сформулировать клинический диагноз и выполнить необходимые лечебные мероприятия.

Сценарий № 1.

Вы – врач-хирург больницы скорой медицинской помощи. В приёмный покой больницы бригадой СМП доставлен мужчина 24 лет с жалобами на боль в левой половине

грудной клетки, чувство нехватки воздуха, одышку. Ранее ничем не болел. Выше перечисленные жалобы появились внезапно 2 часа назад.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное – ортопноэ. Температура тела 36,8 С°. При осмотре левая половина грудной клетки слегка отстаёт в акте дыхания. Аускультативно дыхание на этой стороне резко ослаблено, перкуторно — тимпанит. ЧД 22 в мин. Сердечные тоны глухие, ритм правильный. АД 120/80 мм рт.ст. Пульс 90 уд/мин. Живот пальпаторно мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет.

По Вашему запросу может быть предоставлена дополнительная медицинская документация (общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей).

В вашем распоряжении медикаменты и инструменты, представленные на инструментальном столике. Если вы считаете, что какие-либо назначения может/должна выполнить медицинская сестра приемного покоя, то вы можете попросить ее о помощи.

Все действия, которые Вы будете производить самостоятельно, необходимо озвучивать. Ваша задача:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите рентгенологический синдром.
3. Если это необходимо, проведите хирургическую манипуляцию.
4. Интерпретируйте данные проведенной манипуляции.
5. Сформулируйте диагноз.

Сценарий № 2.

Вы – врач-хирург больницы скорой медицинской помощи. В приёмный покой больницы бригадой СМП доставлен мужчина 50 лет с жалобами на сильную боль в области левой половины грудной клетки, усиливающуюся при вдохе. Со слов пострадавшего, около часа назад получил сильный удар бревном по левой половине грудной клетки при разгрузке лесовоза.

Объективно: состояние средней степени тяжести. ЧД 20 в мин. Сердечные тоны глухие, ритм правильный. АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 100 уд/мин. Больной занимает вынужденное положение, полусидя наклонившись влево и опирается на руки. При вдохе отмечает боль в левой половине грудной клетки. На передней поверхности грудной клетки слева обширный кровоподтек и припухлость овальной формы. При пальпации грудной клетки отмечается крепитация костных отломков в проекции III-го и IV-го ребер по задней подмышечной линии, болезненность усиливается. Аускультативно дыхание на этой стороне резко ослаблено, перкуторно — тимпанит. Живот пальпаторно мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет.

По Вашему запросу может быть предоставлена дополнительная медицинская документация (общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей). В вашем распоряжении медикаменты и инструменты, представленные на инструментальном столике. Если вы считаете, что какие-либо назначения может/должна выполнить медицинская сестра приемного покоя, то вы можете попросить ее о помощи.

Все действия, которые Вы будете производить самостоятельно, необходимо озвучивать. Ваша задача:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите рентгенологический синдром.
3. Если это необходимо, проведите хирургическую манипуляцию.
4. Интерпретируйте данные проведенной манипуляции.
5. Сформулируйте диагноз.

Сценарий № 3.

Вы – врач-хирург больницы скорой медицинской помощи. В приёмный покой больницы бригадой СМП доставлен мужчина 55 лет с жалобами на сильную боль в левой половине грудной клетки, кашель, слабость, головокружение. Выяснено, что во время драки сильно ударился грудью о выступ железных ворот.

Объективно: состояние тяжелое, возбужден, испытывает чувство страха смерти. Пульс 100 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 90/60 мм рт. ст. Отмечается одышка, ЧД 22 в минуту. Кожные покровы бледно-цианотичные, влажные. Пальпаторно - резкая локальная болезненность в проекции V-го и VI-го ребер по задней подмышечной линии слева, там же припухлость, кровоподтек и крепитация, напоминающая “хруст снега”. Отмечается притупление перкуторного звука ниже уровня V ребра слева, при аускультации - отсутствие дыхательных шумов слева. Живот пальпаторно мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет.

По Вашему запросу может быть предоставлена дополнительная медицинская документация (общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей).

В вашем распоряжении медикаменты и инструменты, представленные на инструментальном столике. Если вы считаете, что какие-либо назначения может/должна выполнить медицинская сестра приемного покоя, то вы можете попросить ее о помощи.

Все действия, которые Вы будете производить самостоятельно, необходимо озвучивать. Ваша задача:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите рентгенологический синдром.
3. Если это необходимо, проведите хирургическую манипуляцию.
4. Интерпретируйте данные проведенной манипуляции.
5. Сформулируйте диагноз.

Сценарий № 4.

Вы – врач-хирург больницы скорой медицинской помощи. В приёмный покой больницы бригадой СМП доставлен мужчина 25 лет. Пострадавший не справился с управлением, и его автомобиль врезался на высокой скорости в фонарный столб. Молодой человек оказался зажат в машине между рулем и сидением. Спасатели МЧС извлекали пострадавшего в течение 30 минут.

При поступлении: пострадавший зафиксирован на жестком транспортном щите, на шею надет фиксирующий транспортный шейный корсет. В момент осмотра жалуется на сильные боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе, одышку, общую слабость.

Общее состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные, цианотичные, кожа покрыта липким потом. Грудная клетка асимметричная, левая половина отстаёт в акте дыхания. Определяются множественные ссадины на левой боковой поверхности грудной клетки. Пальпация левой половины грудной клетки вызывает резкую болезненность, определяется костная крепитация в местах V-VIII ребер и подкожная крепитация в виде «хруста снега». Пальпация правой половины – без особенностей. При перкуссии слева в нижних отделах – укорочение и притупление перкуторного звука, выше – тимпанит, справа - легочный звук; границы сердца в пределах нормы. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритмичные, над правым легким - везикулярное дыхание, над левым – дыхание практически не проводится. Пульс -100 ударов в 1 минуту, АД – 100/75 мм. рт. ст., ЧД – 24 в минуту.

По Вашему запросу может быть предоставлена дополнительная медицинская документация (общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей).

В вашем распоряжении медикаменты и инструменты, представленные на инструментальном столике. Если вы считаете, что какие-либо назначения может/должна выполнить медицинская сестра приемного покоя, то вы можете попросить ее о помощи.

Все действия, которые Вы будете производить самостоятельно, необходимо озвучивать. Ваша задача:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите рентгенологический синдром.
3. Если это необходимо, проведите хирургическую манипуляцию.
4. Интерпретируйте данные проведенной манипуляции.
5. Сформулируйте диагноз.

Сценарий № 5.

Пожилая женщина потеряла сознание в поликлинике. Бригадой скорой медицинской помощи, после оказания первичной медицинской помощи, предпринята безуспешная попытка установить центральный катетер в левую подключичную вену, после чего состояние пациентки стало быстро ухудшаться. Срочно доставлена в приемный покой ближайшей клиники.

Общее состояние тяжелое. Кожа и видимые слизистые покрыты липким потом. При пальпации в левой надключичной области определяется подкожная крепитация в виде «хруста снега». Пальпация правой половины – без особенностей. При перкуссии слева в верхних отделах – тимпанит, справа - легочный звук; границы сердца в пределах нормы. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритмичные, над правым легким - везикулярное дыхание, над левым – дыхание в верхних отделах не проводится. Пульс -108 ударов в 1 минуту, АД – 110/75 мм. рт. ст., ЧД – 22 в минуту.

Живот пальпаторно мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет.

По Вашему запросу может быть предоставлена дополнительная медицинская документация (общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей).

В вашем распоряжении медикаменты и инструменты, представленные на инструментальном столике. Если вы считаете, что какие-либо назначения может/должна выполнить медицинская сестра приемного покоя, то вы можете попросить ее о помощи.

Все действия, которые Вы будете производить самостоятельно, необходимо озвучивать. Ваша задача:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите рентгенологический синдром.
3. Если это необходимо, проведите хирургическую манипуляцию.
4. Интерпретируйте данные проведенной манипуляции.
5. Сформулируйте диагноз.

Сценарий № 6.

Вы – врач-хирург больницы скорой медицинской помощи. Мужчина, 65 лет, направлен в приемное отделение хирургического стационара с жалобами на боль в грудной клетке, постепенно нарастающую одышку, отеки на нижних конечностях, общую слабость. Страдает ишемической болезнью сердца в течение 20 лет, по поводу чего систематически получает кардиотропную терапию. Настоящее ухудшение в течение 3 недель, когда стал отмечать учащение приступов загрудинных болей после физической нагрузки, одышку в покое, увеличение отеков на нижних конечностях в вечернее время.

Объективно: состояние тяжелое. Положение вынужденное – ортопноэ. Температура тела 36,8 С. При осмотре отмечается пульсация шейных вен. В области носогубного треугольника и под ногтевыми пластинками пальцев кистей рук отмечается синюшность. Левая половина грудной клетки слегка отстаёт в акте дыхания. Перкуторно

слева отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации в легких слева дыхание резко ослаблено. ЧД 26 в мин. Сердечные тоны глухие, ритм правильный. АД 170/100 мм рт.ст. Пульс 100 уд/мин. Живот пальпаторно мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

По Вашему запросу может быть предоставлена дополнительная медицинская документация (общий анализ крови, исследование выпота, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей).

В вашем распоряжении медикаменты и инструменты, представленные на инструментальном столике. Если вы считаете, что какие-либо назначения может/должна выполнить медицинская сестра приемного покоя, то вы можете попросить ее о помощи.

Все действия, которые Вы будете производить самостоятельно, необходимо озвучивать. Ваша задача:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите рентгенологический синдром.
3. Если это необходимо, проведите хирургическую манипуляцию.
4. Интерпретируйте данные проведенной манипуляции.
5. Сформулируйте диагноз.

Сценарий № 7.

Вы – врач-хирург больницы скорой медицинской помощи. У пациента, находящегося в стационаре по поводу острого панкреатита, на 10-е сутки появились жалобы на постепенно нарастающую одышку, общую слабость.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Пульс 90 в минуту. АД 115/75 мм рт. ст. Отмечается одышка, ЧД 25 в минуту. Кожные покровы бледно-цианотичные. Перкуторно - притупление звука ниже уровня V ребра слева, при аускультации - отсутствие дыхательных шумов, справа – без особенностей. Живот пальпаторно мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перитонеальных симптомов нет.

По Вашему запросу может быть предоставлена дополнительная медицинская документация (общий анализ крови, исследование выпота, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей).

В вашем распоряжении медикаменты и инструменты, представленные на инструментальном столике. Если вы считаете, что какие-либо назначения может/должна выполнить медицинская сестра приемного покоя, то вы можете попросить ее о помощи.

Все действия, которые Вы будете производить самостоятельно, необходимо озвучивать. Ваша задача:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите рентгенологический синдром.
3. Если это необходимо, проведите хирургическую манипуляцию.
4. Интерпретируйте данные проведенной манипуляции.
5. Сформулируйте диагноз.

Сценарий № 8.

Вы – врач-хирург больницы скорой медицинской помощи. В приемное отделение обратилась женщина 70 лет с жалобами на тупые боли постоянного характера в левой половине грудной клетки, одышку, общую слабость. Болеет около года. Сначала появились боли связанные с дыханием в левом боку, затем боли стали постоянными, появилась одышка, которая постепенно нарастает, слабость. Два года назад перенесла экстирпацию прямой кишки по поводу рака.

Объективно. Питание снижено. ЧД 28 в минуту. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Межреберные промежутки слева сглажены. Перкуторно справа звук

ясный легочный, слева – сзади от середины лопатки притупление, переходящее в абсолютную тупость с косой верхней границей, идущей от позвоночника вверх к заднеподмышечной линии и затем вперед вниз. Аускультативно справа дыхание везикулярное, слева – в нижних отделах дыхание не прослушивается Живот пальпаторно мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перитонеальных симптомов нет.

По Вашему запросу может быть предоставлена дополнительная медицинская документация (общий анализ крови, исследование выпота, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей).

В вашем распоряжении медикаменты и инструменты, представленные на инструментальном столике. Если вы считаете, что какие-либо назначения может/должна выполнить медицинская сестра приемного покоя, то вы можете попросить ее о помощи.

Все действия, которые Вы будете производить самостоятельно, необходимо озвучивать. Ваша задача:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите рентгенологический синдром.
3. Если это необходимо, проведите хирургическую манипуляцию.
4. Интерпретируйте данные проведенной манипуляции.
5. Сформулируйте диагноз.

Сценарий № 9.

Вы – врач-хирург больницы скорой медицинской помощи. К Вам доставлен пациент, у которого на 3-й неделе амбулаторного лечения левосторонней нижнедолевой пневмонии внезапно появились боли в груди слева, усилились кашель и одышка, температура повысилась до 39⁰С.

Объективно. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Межреберные промежутки слева сглажены. ЧД 26 в минуту. Перкуторно справа звук ясный легочный, слева – сзади от середины лопатки притупление, переходящее в абсолютную тупость, над ней – тимпанит. Аускультативно справа дыхание везикулярное, слева – дыхание не прослушивается Живот пальпаторно мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет.

По Вашему запросу может быть предоставлена дополнительная медицинская документация (общий анализ крови, исследование выпота, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей).

В вашем распоряжении медикаменты и инструменты, представленные на инструментальном столике. Если вы считаете, что какие-либо назначения может/должна выполнить медицинская сестра приемного покоя, то вы можете попросить ее о помощи.

Все действия, которые Вы будете производить самостоятельно, необходимо озвучивать. Ваша задача:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите рентгенологический синдром.
3. Если это необходимо, проведите хирургическую манипуляцию.
4. Интерпретируйте данные проведенной манипуляции.
5. Сформулируйте диагноз.

8. Информация для экзаменаторов

8.1 Описание сценария №1 «Спонтанный пневмоторакс» для экзаменационной комиссии.

(не выдается аккредитуемому)

От студента ожидается, что он проведет осмотр грудной клетки слева, сформулирует предположительный диагноз.

Студент может запросить общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей, которые ему необходимо предоставить. Внимание: без запроса не передаются!

Студент должен определить рентгенологический синдром: скопление воздуха в левой плевральной полости.

Затем указать хирургическую манипуляцию – плевральную пункцию во II межреберье слева по среднеключичной линии.

Выполнить плевральную пункцию на манекене по следующему алгоритму:

- Идентифицировал пациента, взял согласие на манипуляцию
- Обработал руки перед началом осмотра и надел смотровые перчатки
- Осмотрел пациента, акцентируя внимание на левую половину грудной клетки
- Подготовил необходимые для пункции плевральной полости принадлежности
- Определил место пункции – II межреберье слева по среднеключичной линии
- Обработал антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболит место пункции 0,5% раствором новокаина
- Выполнил пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщил, что получил шприце (воздух при пневмотораксе)

Назначил контрольную рентгенографию грудной клетки.

Сформулировал заключительный диагноз: Спонтанный пневмоторакс слева.

8.2 Описание сценария №2 «Закрытая травма грудной клетки, осложненная левосторонним пневмотораксом» для экзаменационной комиссии.

(не выдается аккредитуемому)

От студента ожидается, что он проведет осмотр грудной клетки слева, сформулирует предположительный диагноз.

Студент может запросить общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей, которые ему необходимо предоставить. Внимание: без запроса не передаются!

Студент должен определить рентгенологический синдром: скопление воздуха в левой плевральной полости.

Затем указать хирургическую манипуляцию – плевральную пункцию во II межреберье слева по среднеключичной линии.

Выполнить плевральную пункцию на манекене по следующему алгоритму:

- Идентифицировал пациента, взял согласие на манипуляцию
- Обработал руки перед началом осмотра и надел смотровые перчатки
- Осмотрел пациента, акцентируя внимание на левую половину грудной клетки

- Подготовил необходимые для пункции плевральной полости принадлежности
- Определил место пункции – II межреберье слева по среднеключичной линии
- Обработал антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболит место пункции 0,5% раствором новокаина
- Выполнил пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщил, что получил шприце (воздух при пневмотораксе)

Назначил контрольную рентгенографию грудной клетки.

Сформулировал заключительный диагноз: Закрытая травма грудной клетки: перелом 6-7 ребер слева, пневмоторакс слева.

8.3 Описание сценария №3 «Закрытая травма грудной клетки, осложненная гемотораксом слева» для экзаменационной комиссии. (не выдается аккредитуемому)

От студента ожидается, что он проведет осмотр грудной клетки слева, сформулирует предположительный диагноз.

Студент может запросить общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей, которые ему необходимо предоставить. Внимание: без запроса не передаются!

Определит рентгенологический синдром: скопление жидкости в левой плевральной полости и место перелома ребер.

Укажет хирургическую манипуляцию – плевральную пункцию в VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.

Выполнит плевральную пункцию на манекене по следующему алгоритму:

- Идентифицировал пациента, взял согласие на манипуляцию
- Обработал руки перед началом осмотра и надел смотровые перчатки
- Осмотрел пациента, акцентируя внимание на левую половину грудной клетки
- Подготовил необходимые для пункции плевральной полости принадлежности
- Определил место пункции – VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.
- Обработал антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболит место пункции 0,5% раствором новокаина
- Выполнил пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщил, что получил шприце (жидкость при гидротораксе)

Назначил контрольную рентгенографию грудной клетки.

Сформулировал заключительный диагноз: Закрытая травма грудной клетки: перелом 6-7 ребер слева, гемоторакс слева.

8.4 Описание сценария №3 «Закрытая травма грудной клетки, осложненная гемопневмотораксом» для экзаменационной комиссии.

(не выдается аккредитуемому)

От студента ожидается, что он проведет осмотр грудной клетки слева, сформулирует предположительный диагноз.

Студент может запросить общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей, которые ему необходимо предоставить. Внимание: без запроса не передаются!

Определит рентгенологический синдром: скопление жидкости и воздуха в левой плевральной полости и место перелома ребер.

Укажет хирургическую манипуляцию – плевральную пункцию во II межреберье слева по среднеключичной линии или в VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.

Выполнит плевральную пункцию на манекене по следующему алгоритму:

- Идентифицировал пациента, взял согласие на манипуляцию
- Обработал руки перед началом осмотра и надел смотровые перчатки
- Осмотрел пациента, акцентируя внимание на левую половину грудной клетки
- Подготовил необходимые для пункции плевральной полости принадлежности
- Определил место пункции – II межреберье слева по среднеключичной линии или VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.
- Обработал антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболит место пункции 0,5% раствором новокаина
- Выполнил пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщил, что получил шприце (воздух при пневмотораксе и жидкость при гидротораксе)

Назначил контрольную рентгенографию грудной клетки.

Сформулировал заключительный диагноз: Закрытая травма грудной клетки: перелом 5-8 ребер, гемопневмоторакс слева.

8.5 Описание сценария №5 «Пневмоторакс после пункции левой подключичной вены» для экзаменационной комиссии.

(не выдается аккредитуемому)

От студента ожидается, что он проведет осмотр грудной клетки слева, сформулирует предположительный диагноз.

Студент может запросить общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей, которые ему необходимо предоставить. Внимание: без запроса не передаются!

Студент должен определить рентгенологический синдром: скопление воздуха в левой плевральной полости.

Затем указать хирургическую манипуляцию – плевральную пункцию во II межреберье слева по среднеключичной линии.

Выполнить плевральную пункцию на манекене по следующему алгоритму:

- Идентифицировал пациента, взял согласие на манипуляцию

- Обработал руки перед началом осмотра и надел смотровые перчатки
- Осмотрел пациента, акцентируя внимание на левую половину грудной клетки
- Подготовил необходимые для пункции плевральной полости принадлежности
- Определил место пункции – II межреберье слева по среднеключичной линии
- Обработал антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболил место пункции 0,5% раствором новокаина
- Выполнил пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщил, что получил шприце (воздух при пневмотораксе)

Назначил контрольную рентгенографию грудной клетки.

Сформулировать заключительный диагноз: Пневмоторакс после пункции левой подключичной вены.

8.6 Описание сценария №6 «Левосторонний гидроторакс при хронической сердечной недостаточности в стадии декомпенсации» для экзаменационной комиссии.

(не выдается аккредитуемому)

От студента ожидается, что он проведет осмотр грудной клетки слева, сформулирует предположительный диагноз.

Студент может запросить общий анализ крови, исследование выпота, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей, которые ему необходимо предоставить. Внимание: без запроса не передаются!

Определит рентгенологический синдром: скопление жидкости в левой плевральной полости.

Укажет хирургическую манипуляцию – плевральную пункцию в VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.

Выполнит плевральную пункцию на манекене по следующему алгоритму:

- Идентифицировал пациента, взял согласие на манипуляцию
- Обработал руки перед началом осмотра и надел смотровые перчатки
- Осмотрел пациента, акцентируя внимание на левую половину грудной клетки
- Подготовил необходимые для пункции плевральной полости принадлежности
- Определил место пункции – VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.
- Обработал антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболил место пункции 0,5% раствором новокаина
- Выполнил пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщил, что получил шприце (жидкость при гидротораксе)

Назначил контрольную рентгенографию грудной клетки.

Сформулировать заключительный диагноз: Левосторонний гидроторакс при хронической сердечной недостаточности в стадии декомпенсации.

8.7 Описание сценария №7 «Острый панкреатит, тяжелое течение. Левосторонний плеврит» для экзаменационной комиссии.

(не выдается аккредитуемому)

От студента ожидается, что он проведет осмотр грудной клетки слева, сформулирует предположительный диагноз.

Студент может запросить общий анализ крови, исследование выпота, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей, которые ему необходимо предоставить. Внимание: без запроса не передаются!

Определит рентгенологический синдром: скопление жидкости в левой плевральной полости.

Укажет хирургическую манипуляцию – плевральную пункцию в VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.

Выполнит плевральную пункцию на манекене по следующему алгоритму:

- Идентифицировал пациента, взял согласие на манипуляцию
- Обработал руки перед началом осмотра и надел смотровые перчатки
- Осмотрел пациента, акцентируя внимание на левую половину грудной клетки
- Подготовил необходимые для пункции плевральной полости принадлежности
- Определил место пункции – VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.
- Обработал антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболит место пункции 0,5% раствором новокаина
- Выполнил пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщил, что получил шприце (жидкость при гидротораксе)

Назначил контрольную рентгенографию грудной клетки.

Сформулировать заключительный диагноз: Острый панкреатит, тяжелое течение. Левосторонний плеврит.

8.8 Описание сценария №8 «Рак прямой кишки. Метастатический плеврит слева» для экзаменационной комиссии.

(не выдается аккредитуемому)

От студента ожидается, что он проведет осмотр грудной клетки слева, сформулирует предположительный диагноз.

Студент может запросить общий анализ крови, исследование выпота, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей, которые ему необходимо предоставить. Внимание: без запроса не передаются!

Определит рентгенологический синдром: скопление жидкости в левой плевральной полости.

Укажет хирургическую манипуляцию – плевральную пункцию в VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.

Выполнит плевральную пункцию на манекене по следующему алгоритму:

- Идентифицировал пациента, взял согласие на манипуляцию
- Обработал руки перед началом осмотра и надел смотровые перчатки
- Осмотрел пациента, акцентируя внимание на левую половину грудной клетки
- Подготовил необходимые для пункции плевральной полости принадлежности
- Определил место пункции – VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.
- Обработал антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболит место пункции 0,5% раствором новокаина
- Выполнил пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщил, что получил шприце (жидкость при гидротораксе).

Назначил контрольную рентгенографию грудной клетки.

Сформулировать заключительный диагноз: Рак прямой кишки. Состояние после хирургического лечения. Прогрессирование опухолевого процесса. Метастатический плеврит слева. Метастазы в печень.

8.9 Описание сценария №9 «Парапневмонический абсцесс левого легкого. Левосторонний пиопневмоторакс» для экзаменационной комиссии.

(не выдается аккредитуемому)

От студента ожидается, что он проведет осмотр грудной клетки слева, сформулирует предположительный диагноз.

Студент может запросить общий анализ крови, исследование выпота, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей, которые ему необходимо предоставить. Внимание: без запроса не передаются!

Определит рентгенологический синдром: скопление жидкости и воздуха в левой плевральной полости.

Укажет хирургическую манипуляцию – плевральную пункцию во II межреберье слева по среднеключичной линии и в VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.

Выполнит плевральную пункцию на манекене по следующему алгоритму:

- Идентифицировал пациента, взял согласие на манипуляцию
- Обработал руки перед началом осмотра и надел смотровые перчатки
- Осмотрел пациента, акцентируя внимание на левую половину грудной клетки
- Подготовил необходимые для пункции плевральной полости принадлежности
- Определил место пункции – II межреберье слева по среднеключичной линии и VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.

- Обработал антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболит место пункции 0,5% раствором новокаина
- Выполнил пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщил, что получил шприце (воздух при пневмотораксе и жидкость при гидротораксе)

Назначил контрольную рентгенографию грудной клетки.

Сформулировать заключительный диагноз: Параневмонический абсцесс левого легкого. Левосторонний пиопневмоторакс.

8.10 Дополнительная информация для членов комиссии

1. Пневмоторакс – это скопление воздуха между париетальным и висцеральным листками плевры. Причина пневмоторакса – повреждения легких, бронхов.

Классификация пневмоторакса:

По объему воздуха в плевральной полости пневмотораксы делят на:

- малый - легкое сдавлено на 1/3 объема.
- средний - легкое сдавлено на половину объема.
- большой - легкое сдавлено более чем на половину объема.
- тотальный - коллапс всего легкого.

По происхождению:

1. Травматический.

Травматический пневмоторакс возникает в результате закрытых (без повреждения целостности кожных покровов) или открытых (огнестрельных, ножевых) травм грудной клетки, ведущих к разрыву легкого.

2. Спонтанный.

По распространению:

1. Односторонний.

2. Двусторонний.

При одностороннем пневмотораксе происходит частичное либо полное спадение правого или левого легкого, при двустороннем – поджатие обоих легких. Развитие двустороннего пневмоторакса может вызывать критическое нарушение дыхательной функции и может привести к гибели пациента в короткие сроки.

По наличию осложнений:

1. Осложненный (плевритом, кровотечением, медиастинальной и подкожной эмфиземой).
2. Неосложненный.

По сообщению с внешней средой:

1. Закрытый.

2. Открытый.

3. Напряженный (клапанный) – см Рис.1

При закрытом пневмотораксе сообщения полости плевры с окружающей средой не происходит, и объем попавшего в плевральную полость воздуха не увеличивается. Клинически имеет самое легкое течение, незначительное количество воздуха может рассасываться самостоятельно.

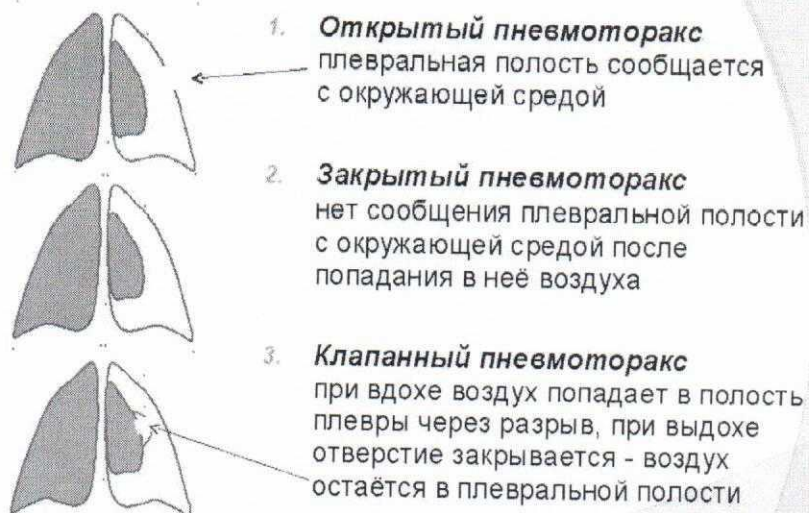


Рис. 1. Виды пневмоторакса

Открытый пневмоторакс характеризуется наличием дефекта в стенке грудной клетки, через который происходит свободное сообщение полости плевры с внешней средой. При вдохе воздух поступает в плевральную полость, а при выдохе выходит через дефект в висцеральной плевре. Давление в плевральной полости становится равным атмосферному, что приводит к частичному коллапсу легкого и выключению его из дыхания.

При напряженном пневмотораксе формируется клапанная структура, пропускающая воздух в плевральную полость в момент вдоха и препятствующая его выходу в окружающую среду на выдохе, при этом объем воздуха в полости плевры постепенно нарастает. Клапанный пневмоторакс характеризуется следующими признаками: положительным внутриплевральным давлением (больше атмосферного), приводящим к выключению легкого из дыхания; раздражением нервных окончаний плевры, вызывающим развитие плевропульмонального шока; стойким смещением органов средостения, ведущим к нарушению их функции и сдавлению крупных сосудов; острой дыхательной и сердечной недостаточностью.

Подкожная эмфизема.

Это скопление воздуха в подкожной клетчатке грудной стенки, распространяющегося на другие области тела. Является патогномичным симптомом повреждения легкого. Подкожная эмфизема может быть разных размеров - от небольшого участка, который определяется только пальпаторно, до выраженной, при которой воздух распространяется вверх на голову и шею и вниз вплоть до мошонки.

Эмфизема средостения. Это скопление воздуха в клетчатке средостения. Возникает при повреждении трахеи, главных бронхов, пищевода, травмах грудной клетки.

Методика выполнения плевральной пункции при напряженном пневмотораксе

Пункцию производят при помощи иглы или, предпочтительнее, тонкого стилет-катетера. Типичным местом для пункции является II межреберье по среднеключичной линии или III – IV межреберье по средней подмышечной линии, однако, точку пункции следует определять только после полипозиционного рентгеновского исследования, которое позволяет уточнить локализацию спаек и наибольших скоплений воздуха (Рис.2).

Пункция выполняется в положении лежа на спине, рука на этой стороне поднята вверх, согнута и заложена под голову. Перед вколом иглы выполняют смещение кожи указательным пальцем левой руки, чтобы после извлечения иглы не было прямого канала

в мягких тканях. После местной анестезии пункционной иглой, соединенной с шприцем через резиновую трубочку длиной около 10 см, прокалывают кожу в намеченной точке, а затем плавно продвигают ее через мягкие ткани межреберья ориентируясь на верхний край нижележащего ребра до ощущения свободной полости. После прокола плевры оттягивают поршень шприца для заполнения его отсасываемым воздухом. Перед отсоединением шприца для его опорожнения накладывают зажим на резиновую трубку, чтобы в плевральную полость не проник воздух.

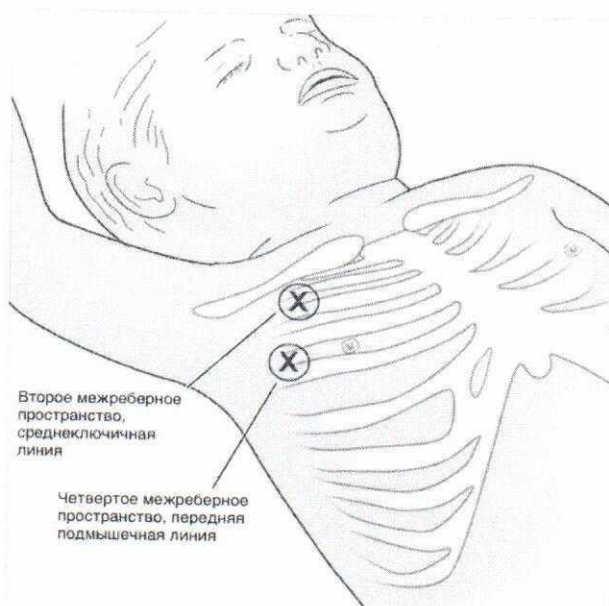


Рис. 2. Точки для выполнения плевральной пункции

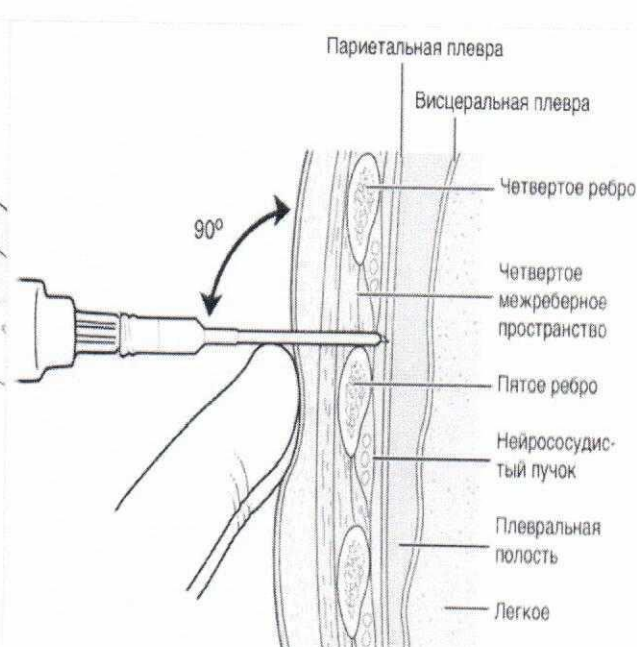


Рис. 3. Анатомические структуры при торакоцентезе

2. Синдромом плеврального выпота (ПВ) называют клинический симптомокомплекс, характеризующийся накоплением в плевральной полости жидкости, имеющей различное происхождение и свойства.

Классификация синдрома ПВ:

В зависимости от характера патологического процесса в плевральной полости различают:

- гидроторакс – накопление в плевральной полости трансудата (жидкости невоспалительного происхождения) или жидкости неизвестных свойств и происхождения;
- экссудативный плеврит – воспалительный процесс в плевре, сопровождающийся накоплением в плевральной полости экссудата (жидкости воспалительного происхождения);
- эмпиема плевры (пиоторакс) – гнойный воспалительный процесс плевры, который сопровождается накоплением в плевральной полости гноя;
- гемоторакс – накопление в плевральной полости крови (чаще всего при травмах грудной клетки, оперативных вмешательствах);
- хилоторакс – накопление в плевральной полости лимфы (при травмах грудного лимфатического протока или опухолях средостения).

Разделение по биохимическому составу ПВ (Рис.4):

- экссудативные плевриты (синоним: истинные плевриты);
- трансудативные плевриты (синоним: ПВ).

Характеристики ПВ	Транссудат	Экссудат
Цвет	Серозный – бледно-желтый Гнойный – желто-зеленый Геморрагический – розовый Гнилостный – бурый Хилезный – белесоватый	Бледно-желтый
Прозрачность	Серозный – прозрачный Остальные – мутные	Прозрачный, опалесцирует
Запах	Отсутствует При гнилостном – зловонный	Отсутствует
Относительная плотность	<1,015	>1,015
Содержание белка	<30 г/л	>30 г/л
Реакция Ривальта	Отрицательная	Положительная
Соотношение содержания белка: выпот/сыворотка	<0,5	≥0,5
Активность ЛДГ ПВ	<1,6 ммоль /л · ч	>1,6 ммоль/л · ч
Соотношение активности ЛДГ: выпот/сыворотка	<0,6	>0,6
Содержание глюкозы	>3,33 ммоль/л	<3,33 ммоль/л
Соотношение холестерина выпот/сыворотка	<0,3	>0,3
Соотношение холинэстеразы выпот/сыворотка	<0,6	>0,6

Рис. 4. Основные отличия транссудата и экссудата

Классификация ПВ с учетом локализации и распространенности:

- односторонние (правосторонний, левосторонний);
- двусторонние;
- ограниченные;
- распространенные;
- субтотальные;
- тотальные.

Ограниченные плевриты бывают свободными или осумкованными. В последнем случае плевриты подразделяют согласно их локализации:

- верхушечный;
- паракостальный;
- костодиафрагмальный;
- наддиафрагмальный;
- парамедиастинальный;
- междолевой.

Классификация по длительности существования ПВ:

- острые;
- подострые (затяжные);
- хронические.

Методика выполнения плевральной пункции при синдроме плеврального выпота

Больного усаживают на перевязочный стол; туловище его должно быть согнуто, а рука на стороне прокола приподнята. Типичным местом для пункции является VIII межреберье по задней подмышечной линии, однако, точку пункции следует определять только после полипозиционного рентгеновского исследования, которое позволяет уточнить локализацию спаек и наибольших скоплений воздуха. Диагностическую пункцию выполняют при помощи толстой иглы длиной 6—8 см.

После местной анестезии левой рукой врач фиксирует кожу, оттягивая ее по ребру книзу, а правой рукой производит вкол иглы непосредственно над верхним краем ребра. Иглу проводят на глубину 3-4 см строго по этому краю ребра, избегая этим возможности повреждения межреберного сосудисто-нервного пучка. Необходимо иметь в виду, что игла может пройти над выпотом в ткань легкого или проникнуть через реберно-диафрагмальный синус в брюшную полость. Чтобы избежать таких осложнений, необходимо сразу после прокола грудной стенки направить иглу несколько кверху, параллельно куполу диафрагмы. Если экссудат не появляется, делают повторный прокол в новом месте - выше или ниже. Убедившись, что игла находится в полости, присоединяют шприц и приступают к удалению содержимого. Для отсасывания больших скоплений экссудата пользуются 100-граммовым шприцем Жане или аппаратом для активной вакуум аспирации. На иглу насаживают переходную металлическую канюлю и присоединяют к ней резиновую трубку длиной 15—20 см, которую в свою очередь соединяют со шприцем или другим отсасывающим аппаратом. При отсоединении шприца от резиновой трубки последнюю сдавливают зажимом Кохера, чтобы в полость плевры не проникал воздух.

9. Медицинская документация

Заключение рентгенографии органов грудной клетки, данные УЗИ органов брюшной полости, результаты ОАК и анализ плеврального выпота для каждого сценария предоставляются в бумажном виде.

10. Нормативные и методические материалы, использованные для создания паспорта (источники информации)

1. Приказ Учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» от 30.01.2020 N 50 «О подготовке к проведению объективного структурированного клинического экзамена».
2. Кондратенко, Г.Г. Диагностические и лечебные пункции в хирургии : учеб.-метод. пособие / Кондратенко Г.Г., Куделич О.А., Карман А.Д. – Минск : БГМУ, 2016. – 27 с.
3. Симуляционный тренинг по малоинвазивной хирургии: лапароскопия, эндоскопия, гинекология, травматология-ортопедия и артроскопия. Ред. акад. Кубышкин В.А., проф. Свистунов А.А., Горшков М.Д. — М.: РОСОМЕД, 2017. — 216 с.: ил.
4. Санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в этих организациях» утвержден постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.07.2017 № 73.

11. Критерии оценивания действий экзаменуемого

В оценочном листе проводится отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения экзаменуемым.

- «Да» – действие было проведено – 1 балл;
- «Нет» – действие не было проведено – 0 баллов;

За правильное выполнение каждого действия (критерия соответствия) в чек-листе выставляется 1 балл, за неправильное выполнение действия в чек-листе выставляется 0 баллов. Положительная отметка выставляется студенту, набравшему не менее 7 баллов.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ

Специальность: хирургические болезни

Дата _____ Номер кандидата _____

Номер сценария _____

№	Действие	Критерий оценки	Отметка о выполнении Да – 1 Нет – 0
1	Идентифицировать пациента, взять письменное согласие	Сказал	да нет
2	Обработать руки перед началом осмотра, надеть перчатки	Выполнил	да нет
3	Осмотреть левую половину грудной клетки	Выполнил	да нет
4	Запросить рентгенограмму грудной клетки и сформулировать рентгенологический синдром	Сказал	да нет
5	Определить хирургическую манипуляцию (плевральную пункцию) и подготовить необходимые для дренирования плевральной полости принадлежности	Выполнил	да нет
6	Определить место пункции – VIII межреберье слева по задней подмышечной линии (гидроторакс) и II межреберье по средней подмышечной линии (пневмоторакс)	Выполнил	да нет
7	Обработать антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболить место пункции 0,5% раствором новокаина	Выполнил	да нет
8	Выполнить пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщить, что получил шприце (жидкость при гидротораксе, воздух при пневмотораксе)	Выполнил	да нет
9	Назначить контрольную рентгенографию грудной клетки	Выполнил	да нет
10	Сформулировать заключительный диагноз	Сказал	да нет
ФИО члена АК _____		Подпись _____	
Отметка о внесении в базу (ФИО) _____			

В случае демонстрации экзаменуемым не внесенных в пункты оценочного листа (чек-листа) важных действий или небезопасных, или ненужных действий, необходимо зафиксировать эти действия в дефектной ведомости (**раздел 12**) по данной станции, а в оценочный лист (чек-лист) экзаменуемого внести только количество совершенных нерегламентированных и небезопасных действий.

12. Дефектная ведомость

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»				
Станция «Пункция плевральной полости»				
№	Список нерегламентированных и небезопасных действий, отсутствующих в чек-листе	Номер экзаменуемого	Дата	Подпись члена экзаменационной комиссии
№	Список дополнительных	Номер	Дата	Подпись члена

	действий, имеющих клиническое значение, не отмеченных в чек-листе	экзаменуемого		экзаменационной комиссии

Дополнительные замечания к организации станции в следующий эпизод экзамена


Ф.И.О. члена _____ Подпись _____

Рекомендовано 1-й кафедрой хирургических болезней учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» протокол № 13 от 24. 02 2020г.

Заведующий 1-й кафедрой
хирургических болезней,
профессор, д.м.н.

 Г.Г.Кондратенко

Профессор 1-й кафедры
хирургических болезней, д.м.н.

 И.Н.Игнатович

Профессор 1-й кафедры
хирургических болезней, д.м.н.

 А.А.Татур

Доцент 1-й кафедры
хирургических болезней, к.м.н.

 В.Л.Казущик

Доцент 1-й кафедры
хирургических болезней, к.м.н.

 С.В.Якубовский

Доцент 1-й кафедры
хирургических болезней, к.м.н.

 А.В.Пландовский

Доцент 1-й кафедры
хирургических болезней, к.м.н.

 А.И.Протасевич

Доцент 1-й кафедры
хирургических болезней, к.м.н.

 П.С.Неверов