

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

Кафедра хирургических болезней

**УТВЕРЖДАЮ**

Проректор по учебной работе,  
председатель ЦКМС



Л.А. Мурашова

«16» марта 2023 г.

**Рабочая программа дисциплины**

**ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ**

для студентов V курса,

специальность

31.05.02 Педиатрия

форма обучения

очная

Рабочая программа дисциплины  
обсуждена на заседании кафедры  
21.12.2022 г. (протокол № 4)

Разработчик рабочей программы:

д.м.н., профессор

Сергеев Н.А.

Зав. кафедрой, д.м.н. Сергеев А.Н.

Тверь, 2023

**I. Внешняя рецензия** дана главным врачом Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Городская клиническая больница скорой медицинской помощи Шахматовым К.Л.

**Рабочая программа рассмотрена** на заседании профильного методического совета 09.02.2023 г. (протокол №2).

**Рабочая программа рекомендована к утверждению** на заседании центрального координационно-методического совета 16.03.2023 г. (протокол № 7)

## II. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности **31.05.02 Педиатрия**, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

### 1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является формирование у обучающихся общепрофессиональных компетенций для оказания квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами освоения дисциплины являются:

#### **медицинская деятельность:**

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- диагностика неотложных состояний;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;
- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

#### **организационно-управленческая деятельность:**

- ведение медицинской документации;
- соблюдение основных требований информационной безопасности.

#### **научно-исследовательская деятельность:**

- анализ научной литературы и официальных статистических обзоров, участие в проведении статистического анализа и публичное представление полученных результатов;
- участие в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области здравоохранения по диагностике, лечению, медицинской реабилитации и профилактике.

## 2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Индикатор достижения	Планируемые результаты обучения
<b>ОПК-4.</b> Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления	ИОПК – 4.1 Применяет медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи	<b>Знать:</b> - показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях. <b>Уметь:</b> - применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, при наиболее распространенных заболеваниях.

<p>диагноза</p>	<p>ИОПК– 4.2 Владеет алгоритмом применения медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач</p> <p>ИОПК– 4.3 Обосновывает выбор использования медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач</p>	<p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками применения медицинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи, при наиболее распространенных заболеваниях.</li> </ul> <p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методику сбора анамнез жизни и заболеваний, жалоб у взрослых пациентов (их законных представителей);</li> <li>- клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у взрослых пациентов (их законных представителей);</li> <li>- применять методы осмотра и физикального обследования взрослых и интерпретировать их результаты.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у взрослых пациентов (их законных представителей);</li> <li>- навыками осмотра и физикального обследования взрослых.</li> </ul> <p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья и диагностики наиболее распространенных заболеваний;</li> <li>- медицинские показания к проведению исследований.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- составлять план проведения дополнительных лабораторных и инструментальных исследований</li> </ul>
-----------------	--	---

	<p>ИОПК-4.4 Оценивает результаты использования инструментальных методов обследования при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины</p>	<p>и консультаций врачей-специалистов у взрослых в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- направлять взрослых на дополнительные лабораторные и инструментальные исследования и консультации к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p><b>Владеть:</b></p> <p>- навыками использования дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, консультаций врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p><b>Знать:</b></p> <p>- правила интерпретации результатов исследований;</p> <p>- международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).</p> <p><b>Уметь:</b></p> <p>- интерпретировать результаты дополнительных лабораторных и инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов;</p> <p>- формулировать диагноз заболеваний.</p> <p><b>Владеть:</b></p>
--	--	--

<p><b>ОПК-7.</b> Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности</p>	<p><b>ИОПК-7.1</b> Умеет применять лекарственные препараты и медицинские изделия для лечения патологических заболеваний и состояний</p> <p><b>ИОПК-7.2</b> Умеет использовать современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>- навыками установления диагноза в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).</p> <p><b>Знать:</b></p> <p>- методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях.</p> <p><b>Уметь:</b></p> <p>- разрабатывать план лечения взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p><b>Владеть:</b></p> <p>- навыками назначения медикаментозного и немедикаментозного лечения при наиболее распространенных заболеваниях.</p> <p><b>Знать:</b></p> <p>- группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний, механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению.</p> <p><b>Уметь:</b></p> <p>- разрабатывать план лечения взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицин-</p>
--	---	--

	<p>ИОПК-7.3 Владеет методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины</p> <p>ИОПК-7.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма</p>	<p>ской помощи.</p> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками назначения лечения взрослых с наиболее распространёнными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.</li> </ul> <p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-методы контроля эффективности применения лекарственных препаратов.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- осуществлять контроль эффективности применения лекарственной терапии.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками контроля эффективности лечения.</li> </ul> <p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьёзные и непредвиденные.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками осуществления контроля безопасности лечения.</li> </ul>
--	---	---

## 2. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы

Учебная дисциплина «Госпитальная хирургия» входит в Обязательную часть Блока 1 ОПОП специалитета. Содержательно она закладывает основы знаний и практических умений в работе с больными, страдающими атипично протекающими хирургическими заболеваниями.

Данная дисциплина – это финальный этап изучения основных заболеваний хирургического профиля в соответствии с принципом их распределения по органной патологии. За время обучения студенты должны совершенствовать свои знания и приобретенные компетенции по изученным разделам хирургии, ознакомиться с атипично протекающими хирургическими заболеваниями. В рамках данной дисциплины проводится изучение абдоминальной и сосудистой хирургии.

Госпитальная хирургия непосредственно связана со следующими дисциплинами: анатомия человека, топографическая анатомия и оперативная хирургия, общая хирургия, акушерство и гинекология, факультетская хирургия. Преподавание дисциплины основано на современных представлениях об этиологии и патогенезе хирургических заболеваний; классификации; принципах и методах их диагностики, а также способах профилактики и лечения (консервативного, оперативного) больных, соответствующих принципам доказательной медицины.

В процессе изучения дисциплины «Госпитальная хирургия» расширяются знания, навыки и компетенции, необходимые для успешной профессиональной деятельности врача.

Требования к «входным» знаниям обучающегося, необходимым для успешного освоения дисциплины:

- Знать анатомо-физиологические особенности взрослого человека.
- Знать основы топографической анатомии и оперативной хирургии.
- Знать основы общей хирургии.
- Знать курс факультетской хирургии.

Перечень дисциплин и практик, усвоение которых необходимо обучающимися для изучения госпитальной хирургии:

- Анатомия  
Разделы: анатомия груди, живота, кровеносных сосудов, желез.
- Физиология  
Разделы: физиология органов дыхания, кровообращения, пищеварения, желез внутренней и внешней секреции.
- Биохимия  
Разделы: обмен веществ, биохимия питания, биохимия крови.
- Патологическая анатомия  
Разделы: врожденные пороки развития; болезни органов дыхания, кровообращения, пищеварения; заболевания желез внутренней и внешней секреции.
- Патологическая физиология  
Разделы: патофизиологические особенности метаболизма, воспаление, патофизиология гемостаза.
- Микробиология, иммунология



Разделы: учение об инфекциях, учение об иммунитете.

- Оперативная хирургия и топографическая анатомия  
Разделы: топографическая анатомия груди, живота, кровеносных сосудов, желез внутренней и внешней секреции; техника выполнения основных хирургических операций.
- Общая хирургия  
Разделы: асептика и антисептика; кровотечение, группа крови и Rh-фактор; учение о ранах; основы гнойно-септической хирургии.
- Факультетская хирургия  
Разделы: торакальная хирургия, абдоминальная хирургия, сосудистая хирургия, эндокринологическая хирургия.

**4. Объем дисциплины** составляет 2 зачетных единицы, 72 академических часа, в том числе 56 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и 16 часов самостоятельной работы обучающихся.

### **5. Образовательные технологии**

В процессе освоения дисциплины используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций: традиционная лекция, разбор клинических случаев, активизация творческой деятельности, учебно-исследовательская работа студентов, участие в научно-практических конференциях.

Элементы, входящие в самостоятельную работу студента: подготовка к практическим занятиям, работа в библиотеке (в том числе, электронной), составление программ лечения (инфузионной терапии, оперативных методов), написание рефератов.

Клинические практические занятия проводятся на базе хирургических стационаров ГБУЗ «КБ СМП» г. Твери (№1 и №2) и хирургического отделения ГБУЗ «Калининская ЦРКБ» Тверской области.

### **6. Формы промежуточной аттестации**

Промежуточная аттестация проводится в форме зачета в IX семестре.

## **III. Учебная программа дисциплины**

### **1. Содержание дисциплины**

#### **Содержание лекций (16 часов)**

#### **Тема 1. Шок (2 часа)**

Определение. Патогенез. Стадии шока. Классификация шока. Нарушение функций органов при шоке. Синдром полиорганной недостаточности. Диагностические исследования и мониторинг при шоке. Центральное венозное давление. Принципы лечения шока. Инфузионная терапия. Борьба с гипоксией. Коррекция нарушений метаболизма. Особенности лечения гиповолемического шока.

#### **Тема 2. Синдром желудочно-кишечных кровотечений (2 часа)**

Этиология и патогенез. Эндоскопическая классификация желудочно-кишечных кровотечений по Forrest. Клиническая картина (рвота кровью, дегтеобразный стул, кровавый стул). Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Хирургическое

лечение кровоточащей язвы. Лечение при синдроме Маллори–Вейсса. Кровотечение из эрозий и стрессовых язв, их лечение.

### **Тема 3. Тромбоэмболия легочной артерии (2 часа)**

Этиология и патогенез. Клиническая картина (синдромы: сердечно-сосудистый, легочно-плевральный, лихорадочный, абдоминальный, иммунологический). Дифференциальная диагностика. Инструментальная диагностика (ЭКГ, обзорная рентгенография, перфузионное сканирование – сцинтиграфия легких, эхокардиография, рентгеноконтрастное исследование, ультразвуковое сканирование, радионуклидная флебография). Классификация ТЭЛА. Выбор метода лечения. Прогноз. Профилактика.

### **Тема 4. Синдром острой артериальной непроходимости (2 часа)**

Этиология (артериоспазм, эмболия, острый артериальный тромбоз, травма с повреждением магистрального сосуда, разрыв и тромбоз аневризмы). Патогенез. Клиническая картина. Классификация степени ишемии при острой артериальной непроходимости. Инструментальная диагностика. Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Осложнения. Профилактика. Прогноз.

### **Тема 5. Синдром хронической ишемии нижних конечностей (2 часа)**

Этиология. Классификация Фонтена–Покровского. Клиническая картина. Диагностика. Функциональные тесты. Инструментальные методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Хирургическое лечение (открытые операции, эндоваскулярные вмешательства). Осложнения. Прогноз.

### **Тема 6. Синдром хронической венозной недостаточности (2 часа)**

Основные черты патологии. Особенности венозного оттока из нижних конечностей. Классификация CEAP. Клиническая картина. Диагностика. Инструментальная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение (эластическая компрессия, фармакотерапия, склеротерапия, хирургические вмешательства – удаление подкожных вен, операции разобщения). Осложнения. Прогноз.

### **Тема 7. Венозные трофические язвы нижних конечностей (2 часа)**

Этиопатогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика сосудистых и местных тканевых изменений. Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение (эластическая компрессия, общее и местное медикаментозное лечение, лазеротерапия). Хирургическое лечение (оперативная коррекция венозного кровотока, аутодермопластика язвенных дефектов). Ближайшие и отдаленные результаты. Профилактика.

### **Тема 8. Видеолапароскопическая хирургия (2 часа)**

Исторические аспекты видеолапароскопической хирургии. Современное состояние вопроса. Оборудование (оптическое оборудование, оборудование для обеспечения доступа в брюшную полость, набор лапароскопических хирургических инструментов). Обезболивание. Противопоказания (абсолютные, относительные). Лапароскопические операции (холецистэктомия, аппендэктомия, герниопластика, ушивание перфоративной язвы желудка и другие). Осложнения.

## **Содержание клинических практических занятий (40 часов)**

### **Тема 1. Шок (5 часов)**

Определение. Патогенез. Стадии шока. Классификация шока. Нарушение функций органов при шоке. Синдром полиорганной недостаточности. Диагностические исследования и мониторинг при шоке. Центральное венозное давление. Принципы лечения шо-

ка. Инфузионная терапия. Борьба с гипоксией. Коррекция нарушений метаболизма. Особенности лечения гиповолемического шока.

### **Тема 2. Синдром системной воспалительной реакции (5 часов) (поликлиника)**

Основные черты патологии. Патологическая физиология. Цитокиновая система. Роль эндотелия в развитии воспаления. Эндотелиальный барьер. Монооксид азота. Патогенез (легкие повреждения, тяжелые повреждения). Клиническая картина (провоспалительная фаза, противовоспалительная фаза). Диагностика. Лечение.

### **Тема 3. Синдром болей в животе (5 часов)**

Абдоминальная боль (висцеральная, париетальная или соматическая, иррадиирующая). Боли в верхних отделах живота (в правом верхнем квадранте живота, эпигастральной и пупочной областях, левом верхнем квадранте живота). Боли в нижних отделах живота (в правом нижнем квадранте живота). Боли в боковых отделах живота. Диагностика заболеваний органов брюшной полости, реализуемая с учетом абдоминальных болевых синдромов.

### **Тема 4. Синдром желудочно-кишечных кровотечений (5 часов)**

Этиология и патогенез. Клиническая картина (рвота кровью, дегтеобразный стул, кровавый стул). Диагностика. Определение степени кровопотери (легкая, средняя, тяжелая). Лечебная тактика. Показания к оперативному лечению. Хирургическое лечение кровоточащей язвы. Лечение при синдроме Маллори–Вейсса. Кровотечение из эрозий и стрессовых язв, их лечение.

### **Тема 5. Синдром механической желтухи (5 часов)**

Определение. Причины развития. Диагностика (клиническая, лабораторная, УЗИ, компьютерная томография, эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография, лапароскопия, лапароскопическая холецистохолангиография, чрескожная чреспеченочная холангиография). Консервативное лечение. Декомпрессия желчных протоков (инструментальные малоинвазивные технологии). Хирургические вмешательства на желчных путях.

### **Тема 6. Синдром хронической ишемии нижних конечностей (5 часов)**

(поликлиника)

Основные черты патологии. Классификация. Стадии хронической артериальной недостаточности нижних конечностей по Фонтейну–Покровскому. Клиническая картина. Симптом перемежающейся хромоты. Оклюзия бифуркации аорты и подвздошных артерий (синдром Лериша). Оклюзия бедренных и подколенных артерий. Диагностика. Ультразвуковое доплеровское исследование. Ультразвуковое дуплексное сканирование. Чрескожное измерение напряжения кислорода. Ангиография. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Консервативное лечение. Оперативное лечение. Эндоваскулярные вмешательства (бужирование, баллонная ангиопластика, внутрисосудистое стентирование). Открытые операции (эндартерэктомия, шунтирование, протезирование, непрямые методы реваскуляризации, ампутации конечностей). Осложнения. Прогноз. Диспансеризация больных с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей.

### **Тема 7. Синдром хронической венозной недостаточности (5 часов)**

Анатомо-физиологические сведения. Этиология варикозного расширения вен нижних конечностей. Классификация (СЕАР). Клиническая картина. Функциональные пробы. Ультразвуковая доплерография. Ультразвуковое ангиосканирование. Флебография.

Дифференциальная диагностика. Лечение. Эластическая компрессия (эластические бинты, медицинский трикотаж). Фармакотерапия (системные и топические средства). Флебосклерозирующее лечение (склеротерапия). Хирургическое лечение. Показания к оперативному лечению. Операции разобщения (Троянова–Тренделенбурга, Коккета, эндоскопическая подфасциальная диссекция перфорантных вен). Удаление подкожных вен (флебэктомия). Операции Бэбкока, Нарата (минифлебэктомия). Лазерная и радиочастотная облитерация магистральных подкожных вен. Пластические вмешательства, направленные на восстановление нормальных функций клапанного аппарата вен. Рецидив варикозной болезни (истинный, ложный). Осложнения.

### **Тема 8. Инструментальные методы диагностики и лечения в хирургии** **Видеолапароскопическая хирургия (5 часов)**

Принципиальное устройство жестких и гибких эндоскопов. Дезинфекция и стерилизация эндоскопов. Показания к применению диагностической и лечебной эндоскопии. Техника выполнения наиболее распространенных эндоскопических исследований: эзофагогастродуоденоскопии, лапароскопии, ректоромано- и колоноскопии. Прицельная биопсия тканей. Эндоскопическая семиотика заболеваний. Контрольно-динамические исследования. Методы лечебной эндоскопии: введение лекарственных препаратов, лазеротерапия, электрокоагуляция, клипирование.

Исторические аспекты видеолапароскопической хирургии. Современное состояние вопроса. Оборудование (оптическое оборудование, оборудование для обеспечения доступа в брюшную полость, набор лапароскопических хирургических инструментов). Обезболивание. Противопоказания (абсолютные, относительные). Лапароскопические операции (холецистэктомия, аппендэктомия, герниопластика, ушивание перфоративной язвы желудка и другие). Осложнения.

## 2. Учебно-тематический план

Коды тем	Аудиторные занятия		Всего часов на аудиторную работу	Самостоятельная работа студента	Итого часов	Формируемые компетенции		Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего и рубежного контроля успеваемости
	Лекции	Клинические практические занятия				ОПК – 4	ОПК – 7		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Л – 1, КПЗ – 1	2	5	7	3	10	+	+	Л, АДД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 2	2		2		2	+	+	Л	
КПЗ - 2		5	5	2	7	+	+	АДД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 3	2		2		2	+	+	Л	
КПЗ – 3		5	5	1	6	+	+	АДД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 4	2		2		2	+	+	Л	
КПЗ – 4		5	5	2	7	+	+	АДД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 5	2		2		2	+	+	Л	
КПЗ – 5		5	5	2	7	+	+	АДД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 6	2		2		2	+	+	Л	
КПЗ – 6		5	5	1	6	+	+	АДД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 7	2		2		2	+	+	Л	
КПЗ – 7		5	5	2	7	+	+	АДД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 8	2		2		2	+	+	Л	
КПЗ – 8		5	5	3	8	+	+	АДД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
ИТОГО:	16	40	56	16	72				

Список сокращений: клиническое практическое занятие (КПЗ), традиционная лекция (Л), активизация творческой деятельности (АДД), разбор клинических случаев (КС).

Примерные формы текущего контроля успеваемости: Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, С – собеседование по контрольным вопросам.

#### **IV. Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций (Приложение №1)**

Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций приведен в приложении № 1 (прилагается).

##### **1. Оценочные средства для текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости**

###### Примеры заданий в тестовой форме (один ответ правильный)

#### **1. ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ:**

- а) схваткообразные
- б) неопределенного характера
- в) вызывающие беспокойство
- г) сильные, постоянные
- д) боль отсутствует

Эталон ответа – г

#### **2. ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ТЕСТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

- а) амилазы крови
- б) трипсиногена
- в) аминотрансферазы
- г) альдолазы
- д) лактазы

Эталон ответа – а

#### **3. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА:**

- а) целиакография
- б) ультразвуковое исследование
- в) лапароцентез
- г) термография
- д) гастродуоденоскопия

Эталон ответа – б

#### **4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПРИЗНАК ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ:**

- а) острые язвы желудка
- б) острые язвы 12-перстной кишки
- в) отек и гиперемия задней стенки желудка
- г) кровоизлияния на передней стенке желудка
- д) утолщение складок желудка и 12-перстной кишки

Эталон ответа – в

5. У БОЛЬНОГО ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, ОДНАКО НЕЛЬЗЯ ИСКЛЮЧИТЬ ПРОБОДНУЮ ЯЗВУ ЖЕЛУДКА. ВЫБЕРИТЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА:
- а) пневматизация кишечника
  - б) гиперемия брюшины
  - в) отек большого сальника
  - г) наличие крови в брюшной полости
  - д) бляшки стеатонекроза на брюшине

Эталон ответа – д

#### Критерии оценки тестового контроля

Оценка «Отлично»: до 6 % неправильных ответов.

Оценка «Хорошо»: 7–20 % неправильных ответов.

Оценка «Удовлетворительно»: 21–30 % неправильных ответов.

Оценка «Неудовлетворительно»: более 30% неправильных ответов.

#### Примеры контрольных вопросов для собеседования

1

Какие признаки включает синдром Лериша ?

Эталон ответа:

Выраженную утомляемость нижних конечностей, нестабильную и неполную эрекцию, диффузную мышечную атрофию нижних конечностей, бледность голеней и стоп, отсутствие трофических расстройств.

2

Признаки I степени ишемии нижних конечностей по классификации Фонтена–Покровского.

Эталон ответа:

Симптомы перемежающейся хромоты появляются при прохождении расстояния больше 1 км.

3

Каковы основные причины, вызывающие острое нарушение кровотока в конечностях и ишемические проявления ?

Эталон ответа:

Артериоспазм. Эмболия. Острый артериальный тромбоз. Травма с повреждением магистрального сосуда. Разрыв и тромбоз аневризмы.

4

Как расшифровывается аббревиатура (международная классификация хронической венозной недостаточности нижних конечностей) CEAP?

Эталон ответа:

C – clinic, E – etiology, A – anatomy, P – pathophysiology.

Частота пульса при различных степенях кровопотери (диапазоны).

Эталон ответа:

Легкая степень кровопотери – частота пульса до 80 в минуту.

Средняя степень – от 80 до 100 в минуту.

Тяжелая степень – свыше 100 в минуту.

### Критерии оценки при собеседовании

Оценка «Отлично» – студент правильно и полно отвечает на контрольные вопросы.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на контрольные вопросы, однако допускает при этом ошибки не принципиального характера.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом отвечает на контрольные вопросы и допускает при этом серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент неправильно отвечает на поставленные вопросы.

### Примеры ситуационных задач

1

Больного 54 лет в течение 5 лет беспокоят боли в левой стопе и голени при ходьбе. В последнее время может пройти без остановки 40-50 м. Общее состояние больного удовлетворительное. Пульс – 72 в минуту, ритмичный. АД – 150/90 мм рт.ст. Кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь, активные движения в полном объеме, пульсация артерий не определяется на всем протяжении конечности. Пульсация правых бедренной и подколенной артерий, а также артерий стопы ослаблена. Произведена аортография, при этом установлено, что контрастный препарат не поступает в левую подвздошную артерию.

Задание:

Каков Ваш диагноз ?

Какова лечебная тактика ?

Эталон ответа:

У больного атеросклеротическая окклюзия левой подвздошной артерии.

Оптимальным методом лечения является аорто-бедренное шунтирование аллопротезом.

2

Больной 35 лет поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области. В анамнезе язвенная болезнь желудка, по поводу чего проводилось консервативное лечение. В приемном отделении у больного возникла обильная рвота алой кровью, появились жалобы на головокружение, общую слабость, ощущение нехватки воздуха.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные, дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные, над верхушкой сердца выслушивается систолический шум, АД – 100 и 60 мм рт.ст., пульс – 110 в минуту. Живот болезненный в эпига-



стральной области, гемоглобин – 81 г/л, гематокрит – 0,28, эритроциты –  $2,6 \times 10^{12}$ /л.

В условиях операционной выполнено экстренное эндоскопическое исследование, в желудке найдено большое количество свежей крови.

Задание:

Каков Ваш диагноз ?

Каков план лечения ?

Эталон ответа:

Язвенная болезнь желудка, продолжающееся кровотечение.

Следует попытаться выполнить эндоскопический гемостаз (инъекция 3% раствора этоксисклерола) с целью предоперационной подготовки. В случае его неэффективности показана экстренная лапаротомия, гастротомия с прошиванием кровоточащей язвы.

3

У больного 26 лет 4 часа назад появились резкая слабость, головокружение и рвота алой кровью. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Пульс – 110 в минуту, слабого наполнения. АД – 90/60 мм рт. ст. Во время неотложной эзофагогастродуоденоскопии в просвете желудка обнаружена свежая кровь, на задней стенке двенадцатиперстной кишки выявлена язва с крупным кровоточащим сосудом.

Задание:

Оцените характер кровотечения.

Почему больного нужно немедленно оперировать ?

Какое оперативное вмешательство целесообразно в данном случае ?

Эталон ответа:

У больного выраженное продолжающееся кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки.

В связи с профузным характером кровотечения из крупного сосуда больного необходимо оперировать в экстренном порядке.

В данном случае целесообразно ограничиться дуоденотомией с прошиванием кровоточащего сосуда в области дна язвы.

#### Критерии оценки при решении ситуационных задач

Оценка «Отлично» – студент правильно и полно отвечает на все вопросы ситуационной задачи.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на поставленные вопросы, однако допускает при этом ошибки не принципиального характера.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом решает ситуационную задачу, при ответах на вопросы задания допускает серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент НЕ решает задачу, даёт неправильные ответы на поставленные вопросы, отказывается от ответа.

## **Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту**

1. Сбор анамнеза.
2. Клиническое обследование пациента:  
осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.
3. Проверка симптомов раздражения брюшины.
4. Исследование грыжевых ворот.
5. Выполнение функциональных проб с целью оценки состояния сосудов нижних конечностей.
6. Формулировка предварительного диагноза.
7. Оценка результатов клинических анализов.
8. Оценка результатов биохимических анализов.
9. Оценка результатов рентгенологических исследований.
10. Формулировка клинического диагноза.
11. Обоснование плана лечения.
12. Выбор хирургического инструмента для оперативного лечения  
(название и назначение инструмента).
13. Наложение эластических бинтов на нижние конечности.
14. Ведение типовой медицинской документации.

### Критерии оценки практических навыков

Оценка «Отлично» – студент правильно оценивает R-грамму и результаты лабораторных анализов, правильно называет хирургический инструмент и дает правильное заключение о его назначении.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на вопросы задания, однако допускает незначительные ошибки.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом отвечает на поставленные вопросы, допуская при этом серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент НЕ справляется с заданием.

### Критерии оценки реферата

Оценка «Отлично» – материал изложен логически правильно, в доступной форме, хорошо иллюстрирован (презентация, таблицы, рисунки). При написании работы использованы современные литературные источники (не менее пяти, в том числе монографии и периодические издания).

Оценка «Хорошо» – материал в целом изложен правильно, но недостаточно полно. Иллюстрации нередко дублируют текстовую часть реферативного сообщения и однообразны. При подготовке реферата использованы устаревшие периодические издания и интернет-ресурсы.

Оценка «Удовлетворительно» – тема раскрыта слабо, рассматриваемые проблемы освещены односторонне. При подготовке работы в основном использованы интернет-ресурсы и 1–2 периодических издания. Иллюстративный материал скудный и не всегда способствует пониманию темы.

Оценка «Неудовлетворительно» – реферат не выполнен или подготовлен небрежно. Тема реферативного сообщения не раскрыта. При подготовке ра-

боты использованы только интернет-ресурсы. Иллюстративный материал некачественный или полностью отсутствует.

## **2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

В IX семестре, по окончании изучения дисциплины, проводится зачетное занятие, на котором оцениваются знания и умения студентов. При этом проверяются практические навыки обучающихся, проводится тестирование и предлагается решение ситуационных задач.

### Примеры заданий в тестовой форме (один ответ правильный)

#### 1. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) эзофагогастродуоденоскопия
- б) УЗИ
- в) лапароцентез
- г) лапароскопия
- д) обзорная рентгеноскопия

Эталон ответа: г

#### 2. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДУОДЕНАЛЬНУЮ ЯЗВУ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОВОДЯТ:

- а) исследование желудочной секреции
- б) определение уровня гастрина сыворотки крови
- в) холецистографию
- г) обзорную рентгеноскопию органов брюшной полости
- д) эзофагогастродуоденоскопию

Эталон ответа: д

#### 3. УСТАНОВИТЬ ИСТОЧНИК ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ:

- а) рентгенологическое исследование желудка
- б) лапароскопия
- в) назогастральный зонд
- г) ЭГДС
- д) повторное определение гемоглобина и гематокрита

Эталон ответа: г

#### 4. ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОИЗВЕСТИ:

- а) оценку состояния большого дуоденального сосочка

- б) подтверждение факта наличия острого панкреатита
- в) уточнение локализации процесса в поджелудочной железе
- г) определение распространенности поражения железы
- д) установление формы острого панкреатита

Эталон ответа: а

5. КАКОЙ КОНСЕРВАТИВНЫЙ МЕТОД ОСТАНОВКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ?

- а) переливание небольших доз крови
- б) внутривенное введение препаратов кальция и викасола
- в) прием рег ос тромбина, плазмينا и аминокaproновой кислоты
- г) эндоскопическая аппликация (остановка кровотечения пленкообразующими препаратами)
- д) эндоскопическая электрокоагуляция источника кровотечения

Эталон ответа: д

Критерии оценки тестового контроля

Оценка «Отлично»: до 6 % неправильных ответов.

Оценка «Хорошо»: 7–20 % неправильных ответов.

Оценка «Удовлетворительно»: 21–30 % неправильных ответов.

Оценка «Неудовлетворительно»: более 30% неправильных ответов.

Перечень практических навыков

1. Оценка результатов рентгенологических исследований.
2. Оценка результатов клинических и биохимических анализов.
3. Название и назначение хирургических инструментов.

Критерии оценки практических навыков

Оценка «Отлично» – студент правильно оценивает R-грамму и результаты лабораторных анализов, правильно называет хирургический инструмент и дает правильное заключение о его назначении.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на вопросы задания, однако допускает незначительные ошибки.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом отвечает на поставленные вопросы, допуская при этом серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент НЕ справляется с заданием.

Примеры ситуационных задач

1

Больной 50 лет поступил в стационар в связи с внезапно возникшей обильной кровавой рвотой. Никаких указаний на заболевание желудка в

анамнезе установить не удалось. Считал себя здоровым. Общее состояние удовлетворительное.

Задание:

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз ?

Какой будет Ваша тактика при поступлении больного ?

Какие дополнительные методы исследования нужно применить на высоте кровотечения для уточнения диагноза ?

Эталон ответа:

Язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, опухоль желудка, варикозное расширение вен пищевода, эрозивный или геморрагический гастрит, синдром Маллори-Вейсса.

При поступлении больного необходимо использовать все доступные методы диагностики, направленные на обнаружение источника кровотечения (клинические, лабораторные, рентгенологические и другие).

На высоте кровотечения целесообразно применить неотложную эзофагогастродуоденоскопию.

## 2

У больной 68 лет, страдающей желчнокаменной болезнью, после погрешности в диете внезапно возникли боли в правом подреберье, многократная рвота желчью, гипертермия до  $37,6^{\circ}\text{C}$  и озноб. После приема но-шпы, боли в животе уменьшились, но не исчезли полностью.

Объективно: Состояние больной средней тяжести. Пульс – 90 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в правом подреберье и эпигастральной области. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Лейкоциты –  $10,2 \times 10^9/\text{л}$ , билирубин крови – 18 мкмоль/л.

Задание:

Каков Ваш диагноз ?

Какова лечебная тактика ?

Эталон ответа:

Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.

При неэффективности консервативного лечения – лапароскопическая холецистэктомия по срочным показаниям. При наличии технических трудностей – конверсия, переход на лапаротомическую холецистэктомия.

## 3

У больного 56 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры тела до  $38,5^{\circ}\text{C}$ , напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье. Проводимые консервативные мероприятия в течение суток не дают положительных результатов. Лейкоцитоз крови колеблется от  $15,0 \times 10^9/\text{л}$  до  $18,0 \times 10^9/\text{л}$ .

Задание:

Каков Ваш диагноз ?

Какова тактика лечения ?

Современные методы лечения.

Эталон ответа:

ЖКБ. Обострение хронического калькулёзного холецистита.

Госпитализация в хирургическое отделение, применение консервативного лечения. При неэффективности консервативного лечения в течение 1–2 суток показана срочная операция, при положительном эффекте – отсроченная операция.

Лапароскопическая холецистэктомия (ХЭ) или ХЭ из минидоступа.

#### Критерии оценки решения ситуационных задач

Оценка «Отлично» – студент правильно и полно отвечает на все вопросы ситуационной задачи.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на поставленные вопросы, однако допускает при этом ошибки не принципиального характера.

Оценка «Удовлетворительно» - студент с трудом решает ситуационную задачу, при ответах на вопросы задания допускает серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент НЕ решает задачу, даёт неправильные ответы на поставленные вопросы, отказывается от ответа.

#### Контрольные вопросы

1

Классификация шока.

Эталон ответа:

Виды шока:

- Гиповолемический: кровотечение, обезвоживание.
- Перераспределительный: септический, анафилактический, нейрогенный, гипoadреналовый.
- Кардиогенный: миопатический, механический, аритмический.
- Экстракардиальный обструктивный: тампонада сердца, массивная тромбоэмболия легочной артерии.

Стадии шока:

- Прешок.
- Ранний (обратимый).
- Промежуточный (прогрессивный).
- Рефрактерный (необратимый).

2

Направления лечебных действий при шоке.

Эталон ответа:

Лечебные действия при шоке должны быть направлены на:

- устранение причины шока;
- восстановление ОЦК;
- повышение сократимости миокарда и регуляцию сосудистого тонуса;
- устранение гипоксии органов и тканей;

- коррекцию нарушенных обменных процессов;
- лечение различных осложнений.

3

Какие типы окклюзии брюшной аорты Вы знаете ?

Эталон ответа:

А.В. Покровский выделяет следующие типы окклюзии брюшной аорты в зависимости от их локализации:

- низкую окклюзию (окклюзию бифуркации брюшной аорты дистальнее нижней брыжеечной артерии),
- среднюю окклюзию (окклюзию аорты проксимальнее нижней брыжеечной артерии),
- высокую окклюзию (тотчас ниже уровня почечных артерий или в пределах 2 см дистальнее).

4

Какие задачи необходимо решать хирургу-флебологу на диагностическом этапе у пациентов с синдромом хронической венозной недостаточности нижних конечностей ?

Эталон ответа:

На диагностическом этапе необходимо решать следующие задачи:

- подтвердить наличие патологических изменений венозной системы нижних конечностей;
- выявить рефлюкс по подкожным и перфорантным венам;
- оценить состояние глубоких вен (проходимость и наличие рефлюкса);
- дифференцировать характер патологических изменений в венах (варикозное расширение вен, посттромбофлебитический синдром, артерио-венозные свищи, врожденные аномалии).

5

Какие этапы хирургической операции при варикозном расширении вен нижних конечностей являются обязательными ?

Эталон ответа:

Обязательные этапы хирургической операции при варикозном расширении вен нижних конечностей:

- Приустьевая перевязка и пересечение большой и/или малой подкожных вен со всеми притоками.
- Диссекция перфорантных вен с клапанной недостаточностью (прямым или эндоскопическим методами). Абсолютное показание к эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен – обширные трофические нарушения кожных покровов.
- Удаление стволов подкожных вен с учетом протяженности их клапанной недостаточности и варикозной трансформации.

#### Критерии оценки при собеседовании

Оценка «Отлично» – студент правильно и полно отвечает на контрольные вопросы.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на контрольные вопросы, однако допускает при этом ошибки непринципиального характера.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом отвечает на контрольные вопросы и допускает при этом серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент неправильно отвечает на поставленные вопросы.

#### Критерии итоговой оценки

При получении положительных результатов по всем оценочным средствам (тесты, практические навыки, собеседование по ситуационной задаче) студент претендует на получение зачета по дисциплине «Госпитальная хирургия».

### **V. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины**

#### **1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для изучения дисциплины:**

##### **а). Основная литература:**

1. Госпитальная хирургия : учебник для медицинских вузов : в 2 томах / под ред. Б. Н. Котив, Л. Н. Бисенкова. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2016. – Текст : непосредственный.

Т. 1. – 751 с. - ISBN 978-5-299-00702-2. – URL :

<http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/64298/default>.

Т. 2. – 567 с. - ISBN 978-5-299-00703-9. – URL :

<http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/64304/default>.

2. Хирургические болезни : учебник : в 2 томах / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – ISBN 978-5-9704-3997-5. – URL :

Текст : непосредственный.

Т. 1. - ISBN 978-5-9704-3998-2. – URL :

<http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/75214/default>.

Т. 2. - ISBN 978-5-9704-3999-9. – URL :

<http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/75215/default>.

3. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 991 с. - Библиогр.: с. 985. – ISBN 978-5-9704-3984-5. – URL :

<http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/75370/default>. –

Текст : непосредственный.

##### **б). Дополнительная литература:**

1. Клиническая хирургия : национальное руководство : в 3 томах / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008 - 2013. – Текст : непосредственный.

Т. 1. – 2008. – 858 с. - ISBN 978-5-9704-0674-8. – URL :

<http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/52127/default>.

Т. 2. – 2013. – 825 с. - ISBN 978-5-9704-2572-5. – URL :

<http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/52128/default>.



- Т. 3. – 2010. – 1002 с. - ISBN 978-5-9704-1544-3. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/52129/default>.
2. Черноусов, А. Ф. Хирургические болезни. Руководство по обследованию больного : учебное пособие / [А. Ф. Черноусов](#), [Т. В. Хоробрых](#), [Н. А. Кузнецов](#). – Москва : Практическая медицина, 2016. – 283 с. - Библиогр.: с. 281-283. - ISBN 978-5-98811-274-7. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/76920/default>. – Текст : непосредственный.
3. Госпитальная хирургия. Синдромология : учебное пособие / под ред. [Н. О. Миланова](#), [Ю. В. Бирюкова](#), [Г. В. Синявина](#). – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 435 с. - Библиогр.: с. 415-416. - ISBN 978-5-9704-2434-6. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/56709/default>. – Текст : непосредственный.

#### **в). Электронный ресурс:**

1. Абдулаев, А. Г. Госпитальная хирургия. Синдромология : учебное пособие / Абдулаев А. Г. [и др.] ; под ред. Н. О. Миланова, Ю. В. Бирюкова, Г. В. Синявина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-2434-6. - URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424346.html> (дата обращения: 20.04.2021). - Текст : электронный.

#### **4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):**

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» ([www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru)).

#### **5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины**

Приложение № 2

#### **VI. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине**

Приложение № 3

#### **VII. Научно-исследовательская работа студента**

Научно-исследовательская работа студентов организована в рамках деятельности кружка СНО. Практикуются реферативные сообщения и проведение научных исследований с последующими выступлениями на заседаниях кружка СНО кафедры и итоговых студенческих конференциях ТГМУ, а также публикации в сборниках студенческих работ.

#### **VIII. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины**

Приложение № 4

**Фонды оценочных средств  
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)  
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

**ОПК – 4**

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

– показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, выяснения жалоб больных, методику осмотра и физикального обследования; методы диагностики заболеваний, показания к проведению исследований и правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).

Примеры заданий в тестовой форме

1. В ОБОСНОВАНИИ ПАТОГЕНЕЗА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЬШЕЕ ПРИЗНАНИЕ ПОЛУЧИЛА ТЕОРИЯ:
- а) механическая
  - б) гормональная
  - в) ангиодисплазий
  - г) **наследственная**

Эталон ответа: г

2. ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:
- а) отеками
  - б) гиперпигментацией кожи голеней
  - в) образованием язв на голенях
  - г) дерматитом
  - д) **всем названным**

Эталон ответа: д

3. К ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ОТНОСЯТ СИМПТОМЫ:
- а) Воскресенского (симптом "рубашки")
  - б) Щеткина–Блюмберга
  - в) Раздольского

- г) **все названные симптомы**
- д) ни один из них

Эталон ответа: г

4. **ОСНОВНОЙ СИМПТОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ТАЗОВОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ВОСПАЛЕННОГО АППЕНДИКСА:**
- а) Щеткина–Блюмберга
  - б) Ровзинга
  - в) **резкая болезненность при ректальном исследовании**
  - г) напряжение мышц в правой подвздошной области
  - д) Крымова

Эталон ответа: в

5. **ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КЛАПАНОВ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА:**
- а) Пратта
  - б) Оппеля
  - в) **Троянова–Тренделенбурга**
  - г) маршевая (Дельбе–Пертеса)
  - д) Мейо-Пратта

Эталон ответа: в

### Контрольные вопросы для индивидуального собеседования

1

Какие факторы способствуют развитию варикозного расширения вен нижних конечностей?

Эталон ответа:

Затруднение оттока крови из венозной системы нижних конечностей, несостоятельность остиального клапана большой подкожной вены, относительная клапанная недостаточность глубоких вен, сброс крови из глубоких вен в поверхностные через коммуникантные или перфорантные вены с несостоятельными клапанами.

2

Какие функциональные пробы используются для оценки проходимости глубоких вен голени?

Эталон ответа:

Маршевая проба Дельбе-Пертеса и проба Мейо-Пратта.

3

В чем заключается сущность пробы Оппеля?

Эталон ответа:

Сущность пробы Оппеля заключается в побледнении подошвенной поверхности стопы.

4

Какими симптомами сопровождается разрыв полого органа при закрытой травме живота?

Эталон ответа:

Разрыв полого органа при закрытой травме живота сопровождается наличием свободного газа под правым куполом диафрагмы и перитонеальными симптомами.

5

Какие признаки проникающего ранения брюшной полости являются достоверными?

Эталон ответа:

Истечение мочи или кишечного содержимого из раны, а также выпадение сальника или петель кишечника из раны.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

– применять медицинские изделия при наиболее распространенных заболеваниях, выявлять жалобы больных, выполнять сбор анамнеза жизни и заболеваний; применять методы осмотра и физикального обследования пациентов, интерпретировать их результаты; составлять план проведения лабораторных и инструментальных исследований, а также консультаций врачей-специалистов; направлять пациентов на дополнительные исследования и консультации к врачам-специалистам; интерпретировать результаты дополнительных исследований и консультаций врачей-специалистов; формулировать диагноз заболевания.

### Примеры ситуационных задач

1

У больной 68 лет через 4 часа после приема жирной пищи появились сильные боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, трижды была рвота с примесью желчи. Из анамнеза известно, что больная страдает хроническим калькулезным холециститом.

Состояние больной средней тяжести. Больная стонет от болей в животе, беспокойна. Пульс – 98 в минуту. Язык сухой. Живот вздут. Пальпаторно определяется выраженная болезненность в эпигастральной области и левом подреберье. Симптом Мейо-Робсона положительный. Перистальтика кишечника ослаблена. Температура тела – 37,1°C.

Задание:

Какой Ваш предположительный диагноз?

Эталон ответа:

Предположительный диагноз – отечная форма острого панкреатита.

2

В хирургическую клинику самостоятельно пришла больная 52 лет, которая накануне обильно поужинала. Утром ощутила резкие боли в эпигастральной области опоясывающего характера. Появилось затрудненное дыхание; много-кратная рвота, не дающая облегчения; слабость; обильное потоотделение. Температура – 37°C. Расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы не отходят. Раньше ничем не болела. Обратилась в клинику через 2 часа от начала заболевания.

При осмотре состояние тяжелое, больная бледная, выражен акроцианоз, кожа покрыта холодным потом. Пульс – 140 в минуту. Артериальное давление – 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот принимает участие в акте дыхания. Перистальтика вялая. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Живот мягкий при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность в эпигастральной области. Симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона положительные.

Задание:

Каков Ваш диагноз?

Эталон ответа:

У больной острый панкреатит. Тяжелая ферментативная интоксикация.

3

У больной 32 лет, страдающей ЖКБ, после погрешности в диете через 12 часов появились сильные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, многократная рвота, слабость, была кратковременная потеря сознания. Больная находилась дома одна и не сразу смогла вызвать машину скорой помощи.

Состояние больной при поступлении в приемное отделение больницы тяжелое. Возбуждена, склеры слегка иктеричны; пульс – 110 в 1 мин, АД 70/40 мм рт.ст.; язык сухой, живот вздут, при пальпации отмечается резкая болезненность в верхних отделах живота. Перистальтика кишечника аускультативно не определяется. Положительные симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Задание:

Какой предварительный диагноз Вы поставите?

Чем можно объяснить тяжесть состояния больной?

Эталон ответа:

Острый геморрагический панкреатит, осложненный панкреатогенным шоком.

Тяжесть состояния больной можно связать с фоновым заболеванием, погрешностью в диете и поздней доставкой больной в клинику.

### Практические навыки, входящие в данную компетенцию

- Сбор анамнеза.
- Клиническое обследование пациента: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.
- Проверка симптомов раздражения брюшины.
- Исследование грыжевых ворот.
- Выполнение функциональных проб с целью оценки состояния сосудов нижних конечностей.

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть»** (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний и умений, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

– навыками назначения медикаментозного и немедикаментозного лечения при наиболее распространенных заболеваниях, а также навыками проведения контроля эффективности и безопасности лечения.

### Примеры заданий в тестовой форме

1. ПРИ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ:

- а) цвет и температуру кожных покровов или слизистых оболочек
- б) частоту пульса**
- в) уровень глюкозы крови
- г) лейкоцитоз
- д) анализ мочи по Нечипоренко

Эталон ответа: б

2. ИНДЕКС АЛГОВЕРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

- а) соотношение показателей систолического и диастолического давления
- б) соотношение частоты сердечных сокращений и частоты пульса
- в) соотношение частоты пульса и диастолического давления
- г) соотношение частоты пульса и систолического давления**
- д) соотношение частоты пульса в покое и частоты пульса после физической нагрузки

Эталон ответа: г

3. ЕСЛИ ИНДЕКС АЛГОВЕРА РАВЕН 1, ЭТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

- а) о наличии у пациента дыхательной недостаточности

- б) об удовлетворительном состоянии пациента
- в) о наличии у пациента развившегося шока**
- г) о наличии у пациента метаболического ацидоза
- д) об отсутствии у пациента выраженной интоксикации

Эталон ответа: в

4. ОСОБЕННОСТЬЮ ОЖОГОВОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ:
- а) очень короткая эректильная фаза
  - б) повышение температуры тела
  - в) короткое течение
  - г) относительно высокие цифры артериального давления**
  - д) низкие показатели гемоглобина и количества эритроцитов крови

Эталон ответа: г

5. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕРИША:
- а) объемная сфигмографи
  - б) реовазографи
  - в) радиоизотопная ангиография
  - г) транслюмбальная аортография**
  - д) плетизмография

#### Примеры ситуационных задач

1

У больного 24 лет клинически диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. С помощью дополнительных методов исследования установлено, что язвенный дефект располагается на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки тотчас за привратником, причем диаметр язвы – 4 мм. Известно также, что имеет место гиперсекреция натошак с высокими цифрами кислотности желудочного сока. Моторно-эвакуаторная функция желудка в пределах нормы, выходной отдел желудка не сужен, деформации двенадцатиперстной кишки нет. Длительность заболевания – 6 лет, при этом в анамнезе два раза было желудочно-кишечное кровотечение.

1. Какой инструментальный метод исследования наиболее информативен в диагностике язвенной болезни двенадцатиперстной кишки?
2. Как называется метод, с помощью которого измеряется кислотность желудочного сока?
3. Как в клинике наиболее часто исследуется моторно-эвакуаторная функция желудка?
4. Какая операция показана больному?
5. Каковы показания к этой операции?

Эталон ответа:

1. Эзофагогастродуоденоскопия.
2. рН-метрия.
3. С помощью рентгенологического метода, в том числе, рентгенкинемато-графического метода и рентгенконтрастных маркеров.
4. Показана селективная проксимальная ваготомия без дренирующей желудка операции, так как нет нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка. При этом небольшие размеры язвы после ее рубцевания, по всей видимости, не будут способствовать стенозированию выходного отдела желудка.
5. Показаниями к операции являются длительный язвенный анамнез и кровотечения из язвы в анамнезе.

## 2

Мужчину 57 лет беспокоят боли в левой нижней конечности (область икроножной мышцы), зябкость стопы, быстрая утомляемость. Боль появляется после прохождения 60–70 метров. Длительность заболевания около 6 месяцев. При осмотре дистальные отделы левой нижней конечности бледные, холодные на ощупь, мягкие ткани при пальпации болезненные. Пульс на бедренной артерии слева ослаблен. В проекции этой артерии выслушивается систолический шум. Пульсация магистральных артерий правой нижней конечности сохранена на всех уровнях.

1. Каков Ваш диагноз?
2. Классификация этого заболевания.
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
4. План обследования пациента.
5. Принципы лечения заболевания в зависимости от стадии процесса.

Эталон ответа:

1. Облитерирующий атеросклероз артерий левой нижней конечности (стеноз бедренно-подколенного сегмента), ишемия конечности II Б – III стадии.

2. Классификация.

Стадии хронической артериальной недостаточности нижних конечностей по Фонтейну–Покровскому:

I – дистанция перемежающейся хромоты непостоянная, более 1000 м;

II – дистанция лимитирующей перемежающейся хромоты:

- А – от 200 до 1000 м;
- Б – от 25 до 200 м.

III – больной может пройти несколько шагов, боли в покое.

IV – трофические нарушения (язвы, некрозы, гангрена).



3. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей следует дифференцировать с облитерирующим тромбангиитом и неспецифическим аорто-артериитом.

4. План обследования:

- клинический анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимические исследования: протромбиновый индекс, сахар крови, хо-лестерин, липопротеиды с определением коэффициента атерогенности;
- ультразвуковое доплеровское исследование с определением лодыжечно-плечевого индекса;
- ультразвуковое дуплексное сканирование;
- чрескожное измерение напряжения кислорода;
- ангиография;
- флюорография;
- электрокардиография.

5. Лечение.

При I–IIА стадии хронической артериальной недостаточности нижних конечностей применяется консервативное лечение.

При IIБ–III стадии, в зависимости от типа поражения, применяются реконструктивные операции (шунтирование, протезирование, реже – эндартерэктомия).

При IV стадии применяется хирургическое лечение (реконструктивная операция в сочетании с некрэктомией или малой ампутацией, при невозможности реваскуляризации у больных с критической ишемией выполняют ампутацию конечности).

При невозможности выполнения реконструктивных операций допустима симпатэктомия.

### 3

Больная 59 лет поступила в клинику с жалобами на чувство тяжести в правой нижней конечности и наличие трофической язвы правой голени. Известно, что больная в течение 11 лет страдает варикозным расширением вен правой нижней конечности. Два года назад появилась трофическая язва правой голени, которая не закрывается до настоящего времени. Объективно: пульс – 72 в минуту удовлетворительных качеств, АД – 150/80 мм рт. ст. На медиальной поверхности правого бедра и голени определяются варикозно расширенные подкожные вены. В нижней трети правой голени на медиальной поверхности имеется трофическая язва размерами 8 x 6 см, чистая, с вялыми грануляциями по краям. С помощью дополнительных методов исследования установлено: несостоятельность остиального клапана справа, несостоятельность перфорантных вен в нижней трети правой голени и быстрое опорожнение вен правой голени при активной ходьбе.

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Какие функциональные пробы могут быть востребованы у больных с варикозным расширением поверхностных вен?
3. Какие рентгенологические методы исследования возможны у больных с варикозным расширением поверхностных вен?
4. Какие инструментальные методы исследования наиболее информативны в данном наблюдении?
5. Какова лечебная тактика?

Эталон ответа:

1. Варикозное расширение поверхностных вен правой нижней конечности в системе большой подкожно вены. Трофическая язва правой голени.
2. У больных с варикозным расширением поверхностных вен возможно использование следующих функциональных проб: Гаккенбруха, Броди-Троянова-Тренделенбурга, Пратта и Дельбе-Пертеса.
3. У больных с варикозным расширением поверхностных вен возможно применение восходящей или дистальной флебографии.  
В данном наблюдении целесообразно применение ультразвуковой доплерографии и ультразвукового дуплексного сканирования.
4. Варианты лечения.

После полной эпителизации язвенного дефекта показано выполнение комбинированной флебэктомии справа с перевязкой и пересечением несостоятельных перфорантных вен под зажившей язвой.

Если достичь полной эпителизации трофической язвы в «разумные» сроки невозможно, то целесообразно во время первого этапа операции выполнить комбинированную флебэктомию на бедре (устранение вертикального вено-венозного сброса), а после полного заживления язвенного дефекта – на голени (устранение горизонтального вено-венозного сброса, в том числе в проекции зажившей трофической язвы).

## ОПК – 7

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

– методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, показания к применению медицинских изделий, группы лекарственных препаратов, применяемых при оказании медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний, механизм их действия, показания и противопоказания к назначению, совместимость, возможные осложнения, побочные действия и нежелательные реакции.

Примеры заданий в тестовой форме

1. **НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СРЕДСТВОМ ПРОФИЛАКТИКИ И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а) **эластическая компрессия конечности**
- б) соблюдение рационального режима труда и отдыха
- в) ограничение тяжелой физической нагрузки
- г) комплексная терапия вазопротекторами
- д) курсы комплексного физиотерапевтического лечения

Эталон ответа: а

2. **СРЕДИННУЮ ЛАПАРОТОМИЮ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ПРИ:**

- а) **разлитом перитоните**
- б) местном неотграниченном перитоните
- в) абсцессе дугласова пространства
- г) аппендикулярном инфильтрате
- д) остром аппендиците

Эталон ответа: а

3. **ЛУЧШИМ СПОСОБОМ ВСКРЫТИЯ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а) тораколапаротомия
- б) люмботомия
- в) двухмоментный чрезплевральный доступ
- г) лапаротомия по Федорову
- д) **внеплевральный внебрюшинный способ**

Эталон ответа: д

4. **ПРИ АБСЦЕССЕ ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА ПОКАЗАНО:**

- а) пункция через брюшную стенку
- б) лечебные клизмы
- в) вскрытие через брюшную стенку
- г) **пункция, вскрытие и дренирование через прямую кишку**
- д) консервативное лечение

Эталон ответа: г

5. **НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНЫМ МЕТОДОМ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА СЧИТАЕТСЯ:**

- а) Бильрот-2 в модификации Гофмейстера–Финстерера
- б) резекция в модификации Ру
- в) **Бильрот-1**
- г) модификация Бальфура

д) резекция по Райхель – Полиа

Эталон ответа: в

Контрольные вопросы для индивидуального собеседования

1

Какова техника ушивания перфоративного отверстия у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной прободением язвенного дефекта?

Эталон ответа:

Перфоративное отверстие ушивается отдельными швами в поперечном по отношению к оси двенадцатиперстной кишки направлении (хирургические нити при этом проводятся параллельно оси дуоденум), чтобы не произошло сужения кишки и последующего стенозирования.

2

Каковы преимущества удаления желчного пузыря «от дна»?

Эталон ответа:

Этот метод предупреждает миграцию желчных камней в гепатикохоледох и кровотечение в брюшную полость во время выполнения холецистэктомии.

3

Каковы основные этапы оперативного вмешательства, выполняемого по поводу перитонита?

Эталон ответа:

Лапаротомия, ревизия брюшной полости, ликвидация источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости, ушивание лапаротомной раны.

4

На каком удалении от видимой границы измененного участка кишки необходимо делать ее пересечение при выполнении резекции пораженного фрагмента кишечника у больного с ущемленной грыжей?

Эталон ответа:

От видимой границы измененного участка кишки в краниальном направлении необходимо отступить 35–40 см, в каудальном – 15–20 см.

5

Какие анастомозы между полыми органами накладываются после резекции желудка по Бильрот–I и Бильрот–II в модификации Гофмейстера-Финстерера?

Эталон ответа:

При выполнении резекции желудка по Бильрот–I накладывается гастродуоденоанастомоз по типу «конец в конец». При выполнении резекции желудка по Бильрот–II в модификации Гофмейстера-Финстерера накладывается гастроеюноанастомоз по типу «конец в бок».

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

– разрабатывать план лечения пациентов с наиболее распространенными заболеваниями, предотвращать или устранять осложнения, побочные действия и нежелательные реакции, которые могут возникнуть в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов или медицинских изделий, а также немедикаментозных методов лечения.

Примеры ситуационных задач

1

Больному 46 лет, предъявляющему жалобы на постоянные боли в эпигастриальной области, стихающие на короткое время после еды, и заметное снижение веса, произведено рентгенологическое исследование желудка. При этом в нижней трети тела желудка на малой кривизне отчетливо выявлен симптом «ниши».

Задание:

Какой диагноз Вы поставите?

Какими методами исследования можно уточнить диагноз?

Эталон ответа:

На основании данных анамнеза и рентгенологического исследования (наличие «ниши» на малой кривизне желудка) следует поставить диагноз «Язвенная болезнь желудка».

Диагноз можно подтвердить с помощью эзофагогастродуоденоскопии с прицельной биопсией.

2

Больной, в течение 10 лет страдающий язвенной болезнью, во время очередного обострения поступил в стационар. В последнее время больной похудел. Аппетит остается хорошим. При обследовании врач пропальпировал в эпигастриальной области болезненное образование. При рентгенологическом исследовании обнаружено ограничение подвижности желудка по малой кривизне, где определяется «ниша» диаметром 2 см. Стенка желудка вокруг «ниши» ригидна, складки слизистой оболочки не выражены.

Задание:

Какой диагноз Вы поставите?

С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Какое исследование необходимо дополнительно выполнить в данном случае?

Эталон ответа:

Наиболее вероятно образование воспалительного инфильтрата вокруг язвы желудка (так называемый *ulcus-tumor*).

При наличии сомнений следует исключить рак желудка.

Показана эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией.

Больной 44 лет поступил в приемное отделение хирургического стационара спустя 10 часов с момента начала заболевания. Жалуется на интенсивные боли в эпигастральной области, которые начались внезапно, как от удара кинжалом. Из анамнеза известно, что пациент в течение 12 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Объективно: язык сухой (как щетка), пульс – 100 в минуту, АД – 90/60 мм рт. ст., живот напряжен в верхних отделах, при пальпации резко болезненный в области верхнего этажа брюшной полости и по ходу правого бокового канала, симптомы раздражения брюшины положительны в верхних отделах живота и по ходу правого бокового канала. Пальцевое ректальное исследование – без особенностей.

Задание:

Поставьте предварительный диагноз.

Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза? Каковы ожидаемые результаты?

Эталон ответа:

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией и распространенным перитонитом.

Необходимо выполнить общий анализ крови и мочи, биохимические анализы крови, рентгенографию грудной клетки (с захватом поддиафрагмальных пространств) с целью обнаружения газа в свободной брюшной полости и УЗИ органов брюшной полости с целью обнаружения жидкости в брюшной полости и раздутых петель кишечника с жидкостью в них.

#### Практические навыки, входящие в данную компетенцию

- Формулировка предварительного диагноза.
- Оценка результатов клинических анализов.
- Оценка результатов биохимических анализов.
- Оценка результатов рентгенологических исследований.
- Формулировка клинического диагноза.
- Обоснование плана лечения.
- Выбор хирургического инструмента для оперативного лечения.
- Наложение эластических бинтов на нижние конечности.
- Ведение типовой медицинской документации.

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний и умений, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):**

– навыками назначения медикаментозного и немедикаментозного лечения при наиболее распространенных заболеваниях, а также навыками проведения контроля эффективности и безопасности лечения.

Примеры заданий в тестовой форме

1. ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОФИЛАКТИКОЙ:

- а) тромбэмболии легочной артерии
- б) вторичной инфекции ран
- в) несросшихся переломов и ложных суставов
- г) полиорганной патологии
- д) **шока, жировой эмболии**

Эталон ответа: д

2. ПРИ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ:

- а) цвет и температуру кожных покровов или слизистых оболочек
- б) **частоту пульса**
- в) уровень глюкозы крови
- г) лейкоцитоз
- д) анализ мочи по Нечипоренко
- д) сильной постоянной болью в животе

Эталон ответа: б

3. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ:

- а) рентгеноскопия желудка
- б) компьютерная томография
- в) зондирование желудка
- г) ангиографическое исследование, целиакография
- д) **эзофагогастродуоденоскопия**

Эталон ответа: д

4. ОСНОВНОЙ КОНСЕРВАТИВНЫЙ МЕТОД ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕН ПИЩЕВОДА:

- а) гемостатическая терапия
- б) **использование зонда Блекмора**
- в) гемотрансфузия
- г) магнитолазерная терапия
- д) инфузионная терапия

Эталон ответа: б

5. УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА:

- а) **желтушность кожи и склер**

- б) покраснение кожи и склер + гепатомегалия
- в) спленомегалия
- г) гепатомегалия и кожный зуд
- д) печеночная кома

Эталон ответа: а

### Примеры ситуационных задач

1

У больного 24 лет клинически диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. С помощью дополнительных методов исследования установлено, что язвенный дефект располагается на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки тотчас за привратником, причем диаметр язвы – 4 мм. Известно также, что имеет место гиперсекреция натоцка с высокими цифрами кислотности желудочного сока. Моторно-эвакуаторная функция желудка в пределах нормы, выходной отдел желудка не сужен, деформации двенадцатиперстной кишки нет. Длительность заболевания – 6 лет, при этом в анамнезе два раза было желудочно-кишечное кровотечение.

1. Какой инструментальный метод исследования наиболее информативен в диагностике язвенной болезни двенадцатиперстной кишки?
2. Как называется метод, с помощью которого измеряется кислотность желудочного сока?
3. Как в клинике наиболее часто исследуется моторно-эвакуаторная функция желудка?
4. Какая операция показана больному?
5. Каковы показания к этой операции?

Эталон ответа:

1. Эзофагогастродуоденоскопия.
2. рН-метрия.
3. С помощью рентгенологического метода, в том числе, рентгенокима-то-графического метода и рентгенконтрастных маркеров.
4. Показана селективная проксимальная ваготомия без дренирующей желудка операции, так как нет нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка. При этом небольшие размеры язвы после ее рубцевания, по всей видимости, не будут способствовать стенозированию выходного отдела желудка.
5. Показаниями к операции являются длительный язвенный анамнез и кровотечения из язвы в анамнезе.



Мужчину 57 лет беспокоят боли в левой нижней конечности (область икроножной мышцы), зябкость стопы, быстрая утомляемость. Боль появляется после прохождения 60–70 метров. Длительность заболевания около 6 месяцев. При осмотре дистальные отделы левой нижней конечности бледные, холодные на ощупь, мягкие ткани при пальпации болезненные. Пульс на бедренной артерии слева ослаблен. В проекции этой артерии выслушивается систолический шум. Пульсация магистральных артерий правой нижней конечности сохранена на всех уровнях.

1. Каков Ваш диагноз?
2. Классификация этого заболевания.
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
4. План обследования пациента.
5. Принципы лечения заболевания в зависимости от стадии процесса.

Эталон ответа:

1. Облитерирующий атеросклероз артерий левой нижней конечности (стеноз бедренно-подколенного сегмента), ишемия конечности II Б – III стадии.
2. Классификация.  
Стадии хронической артериальной недостаточности нижних конечностей по Фонтейну–Покровскому:  
I – дистанция перемежающейся хромоты непостоянная, более 1000 м;  
II – дистанция лимитирующей перемежающейся хромоты:
  - А – от 200 до 1000 м;
  - Б – от 25 до 200 м.
 III – больной может пройти несколько шагов, боли в покое.  
IV – трофические нарушения (язвы, некрозы, гангрена).
3. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей следует дифференцировать с облитерирующим тромбангиитом и неспецифическим аорто-артериитом.
4. План обследования:
  - клинический анализ крови;
  - общий анализ мочи;
  - биохимические исследования: протромбиновый индекс, сахар крови, хо-лестерин, липопротеиды с определением коэффициента атерогенности;
  - ультразвуковое доплеровское исследование с определением лодыжечно-плечевого индекса;
  - ультразвуковое дуплексное сканирование;
  - чрескожное измерение напряжения кислорода;
  - ангиография;
  - флюорография;

- электрокардиография.

### 5. Лечение.

При I–IIА стадии хронической артериальной недостаточности нижних конечностей применяется консервативное лечение.

При IIБ–III стадии, в зависимости от типа поражения, применяются реконструктивные операции (шунтирование, протезирование, реже – эндартерэктомия).

При IV стадии применяется хирургическое лечение (реконструктивная операция в сочетании с некрэктомией или малой ампутацией, при невозможности реваскуляризации у больных с критической ишемией выполняют ампутацию конечности).

При невозможности выполнения реконструктивных операций допустима симпатэктомия.

### 3

Больная 59 лет поступила в клинику с жалобами на чувство тяжести в правой нижней конечности и наличие трофической язвы правой голени. Известно, что больная в течение 11 лет страдает варикозным расширением вен правой нижней конечности. Два года назад появилась трофическая язва правой голени, которая не закрывается до настоящего времени. Объективно: пульс – 72 в минуту удовлетворительных качеств, АД – 150/80 мм рт. ст. На медиальной поверхности правого бедра и голени определяются варикозно расширенные подкожные вены. В нижней трети правой голени на медиальной поверхности имеется трофическая язва размерами 8 x 6 см, чистая, с вялыми грануляциями по краям. С помощью дополнительных методов исследования установлено: несостоятельность остиального клапана справа, несостоятельность перфорантных вен в нижней трети правой голени и быстрое опорожнение вен правой голени при активной ходьбе.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие функциональные пробы могут быть востребованы у больных с варикозным расширением поверхностных вен?
3. Какие рентгенологические методы исследования возможны у больных с варикозным расширением поверхностных вен?
4. Какие инструментальные методы исследования наиболее информативны в данном наблюдении?
5. Какова лечебная тактика?

### Эталон ответа:

1. Варикозное расширение поверхностных вен правой нижней конечности в системе большой подкожно вены. Трофическая язва правой голени.
2. У больных с варикозным расширением поверхностных вен возможно использование следующих функциональных проб: Гаккенбруха, Броди-Троянова-Тренделенбурга, Пратта и Дельбе-Пертеса.

3. У больных с варикозным расширением поверхностных вен возможно применение восходящей или дистальной флебографии.
4. В данном наблюдении целесообразно применение ультразвуковой доплерографии и ультразвукового дуплексного сканирования.
5. Варианты лечения.

После полной эпителизации язвенного дефекта показано выполнение комбинированной флебэктомии справа с перевязкой и пересечением несостоятельных перфорантных вен под зажившей язвой.

Если достичь полной эпителизации трофической язвы в «разумные» сроки невозможно, то целесообразно во время первого этапа операции выполнить комбинированную флебэктомию на бедре (устранение вертикального вено-венозного сброса), а после полного заживления язвенного дефекта – на голени (устранение горизонтального вено-венозного сброса, в том числе в проекции зажившей трофической язвы).