

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

Кафедра факультетской хирургии

Рабочая программа дисциплины

Б1.О.34 Факультетская хирургия

для обучающихся IV курса,

направление подготовки (специальность)

31.05.01 Лечебное дело

форма обучения
очная

Трудоемкость, зачетные единицы/часы	6 з.е. / 216 ч.
в том числе:	
контактная работа	120 ч.
самостоятельная работа	96 ч.
Промежуточная аттестация, форма/семестр	Экзамен / 8 семестр

Тверь, 2026

Разработчики:

Чудных Сергей Михайлович - заведующий кафедрой факультетской хирургии ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России, д-р мед. наук, профессор

Вакулин Георгий Владимирович – доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России, канд. мед. наук, доцент

Ледин Александр Олегович - доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России, канд. мед. наук, доцент

Ноженко Евгений Михайлович – доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России, канд. мед. наук.

Вакарчук Иван Викторович - доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России, канд. мед. наук.

Внешняя рецензия дана главным врачом государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тверской области «Городская клиническая больница №6», доктором медицинских наук Соколовой Натальей Юрьевной

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры факультетской хирургии «13» мая 2026 г. (протокол № 4)

Рабочая программа рассмотрена на заседании профильного методического совета «22» мая 2026 г. (протокол № 5)

Рабочая программа утверждена на заседании центрального координационно-методического совета «27» августа 2026 г. (протокол № 1)

I. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденным приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 г. №988, с учетом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Цель и задачи дисциплины:

Целью освоения дисциплины является создание у выпускников лечебного факультета компетенций, направленных на формирование умения диагностики, лечения и профилактики хирургического заболевания, в первую очередь ургентного, в его типичном течении.

Задачами освоения дисциплины являются:

- Обучение принципам диагностики патологических состояний, характерных для хирургических больных, на основе анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования;
- Применение знаний вариантной анатомии, этиологии и патогенеза заболевания для понимания особенностей течения хирургических заболеваний и различных вариантов диагностики;
- Планирование комплекса дополнительного обследования с учетом проведения дифференциальной диагностики;
- Определение тактических задач ведения пациента;
- Проведение лечебных мероприятий и оказание неотложной помощи, выбор наиболее оптимального алгоритма лечения, профилактики осложнений;
- Инициация у пациентов, членов их семей позитивного поведения, направленного на формирование здорового образа жизни, обучение методам профилактики и самоконтроля, доверия к медицинскому персоналу;
- Ознакомление с основами экспертизы нетрудоспособности;

- Обучение правилам ведения отчетно-учетной документации в медицинских организациях хирургического профиля;
- Формирование навыков работы с научной литературой, ее поиску, анализу и реферированию;
- Стимуляция участия в научно-исследовательском поиске, решения инновационных задач в прикладной медицине.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Индикатор достижения	Планируемые результаты обучения
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза	И О П К - 4 . 1 Применяет медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи.	В результате изучения дисциплины студент должен: Знать: методы диагностики и диагностические возможности исследования в хирургии медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; Уметь: Проводить физикальное обследование, назначать методы дополнительной диагностики Владеть: методикой использования медицинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи, при наиболее распространенных заболеваниях;
	ИОПК-4.2 Владеет алгоритмом применения использования медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных	Знать: методы объективной диагностики, лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья и диагностики наиболее распространенных заболеваний, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; Уметь

задач	И О П К - 4 . 3 Обосновывает выбор использования медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач.	формулировать предварительный диагноз заболевания и осложнений. Направить пациента для проведения, дополнительных лабораторных и инструментальных исследований назначать консультации врачей-специалистов в соответствии с клиническими рекомендациями. Владеть: оформлением истории болезни, алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза Знать: методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья и диагностики хирургических заболеваний, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Уметь: Обосновать необходимость использования специализированного оборудования для уточнения диагноза. Обосновать необходимость привлечения врачей-специалистов для проведения консультаций в соответствии с клиническими рекомендациями; Владеть: Навыками направления пациентов на обследования с записью в электронной медицинской аналитической системе Знать:
	И О П К - 4 . 4 Оценивает результаты	Референсные значения лабораторных методов диагностики, основные патологические синдромы,

	использования инструментальных методов обследования при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины	выявляемые при лучевых и эндоскопических методах исследования и их диагностическую ценность, основываясь на принципах доказательной медицины; Уметь: интерпретировать полученные результаты при лабораторных и инструментальных методах исследования Владеть: Основами дифференциальной диагностики, проводимой по результатам дополнительных методов исследования и постановки окончательного диагноза международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ИОПК-7.1 Умеет применять лекарственные препараты и медицинские изделия для лечения патологических заболеваний и состояний	Знать: показания к применению лекарственных препаратов и медицинских изделий у хирургических пациентов, хирургические инструменты и сферу их применения. Уметь: разработать индивидуальный план лечебных мероприятий при лечении хирургических пациентов. Владеть Навыками введения лекарственных препаратов и использования медицинских изделий для лечения патологических заболеваний и состояний
	ИОПК-7.2 Умеет использовать современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской	Знать: показания и противопоказания к операциям у пациентов с хирургическими заболеваниями Уметь: разработать индивидуальный план медикаментозного и хирургического лечения

	помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи ИОПК-7.3 Владеет методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины ИОПК-7.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма	Владеть: Навыками оформления истории болезни Знать: Действие лекарственных препаратов, применяемых для дополнительной диагностики и лечения хирургических больных, режима их дозирования Уметь: Назначить адекватную комбинацию лекарственных препаратов, выбрать оптимальный способ хирургического лечения Владеть: методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов, используемых в лечении хирургических пациентов с позиции доказательной медицины. Знать: Риски и осложнения (побочные эффекты) при применении медикаментов и оперативных методов лечения хирургических заболеваний Уметь: Оценить целесообразность и безопасность лечения хирургических заболеваний с учетом сопутствующей патологии. Владеть: навыками асептики при проведении инвазивных манипуляций
--	--	---

3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы

Дисциплина «Факультетская хирургия» входит в Обязательную часть Блока 1 ОПОП специалитета.

Содержательно дисциплина закладывает основы диагностики и лечения наиболее часто встречающихся, основных, хирургических заболеваний.

Данная дисциплина является этапом освоения хирургических болезней - одного из профилирующих направлений специальности «лечебное дело». В структуре изучения дисциплины «факультетская хирургия» разделы и темы, позволяющие освоить типичную патологию органов грудной клетки и шеи, брюшной полости, сосудов нижних конечностей, которые требуют в своем лечении оперативных приемов. За время обучения студенты должны освоить наиболее типичное течение хирургических болезней, сформировать компетенции, позволяющие своевременно диагностировать неотложные состояния, требующие экстренного оперативного лечения, планировать обследование пациента, намечать способы реабилитации и пути профилактики, а также уметь принимать тактические решения в отношении конкретных пациентов в зависимости от изменения течения заболевания.

Факультетская хирургия непосредственно связана с дисциплинами: пропедевтикой внутренних болезней, общей хирургией, лучевой диагностикой, факультетской терапией, акушерством и гинекологией, которые формируют у студента навыки обследования пациентов, использование методов дополнительной диагностики, принципы построения диагноза и проведения дифференциальной диагностики. Преподавание дисциплины основано на современных представлениях об этиологии, принципах и методах диагностики, современных классификациях, а также методах профилактики и лечения, соответствующих принципам доказательной медицины.

В процессе изучения дисциплины «факультетская хирургия» расширяются знания, навыки и компетенции для успешной профессиональной деятельности врача общей практики.

Уровень начальной подготовки обучающегося для успешного освоения дисциплины

- *Предполагает формирование представлений о течении основных хирургических заболеваний внутренних органов человека*

- *Знание* анатомо-физиологических особенностей систем органов, характера патологических изменений в них, методов обследования пациента, правил асептики и антисептики, принципов организации хирургического стационара, методик хирургических операций и фармакологического воздействия на организм человека в различных патологических состояниях.

Перечень дисциплин и практик, усвоение которых студентами необходимо для успешного освоения дисциплины Факультетская хирургия:

- Фармакология

Общая рецептура, фармакодинамика и фармакокинетика наиболее употребляемых лекарственных препаратов в хирургии: анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства, антибиотики, антикоагулянты, прокинетики, спазмолитики, плазмозаменители, антигистаминные средства, антисекреторные средства.

- Общая хирургия

Асептика, антисептика, течение раневого процесса, гнойные заболевания мягких тканей конечностей и туловища, основы анестезиологии, трансплантации тканей, в том числе переливания компонентов крови, анаэробная инфекция, термические поражения, способы соединения тканей, способы остановки кровотечения, специфическая и неспецифическая инфекция опорно-двигательного аппарата, обследование хирургического больного и написание истории болезни.

- Лучевая диагностика

Работа медицинского персонала в хирургических отделениях, типы, устройство и оборудование хирургических отделений. Гигиена хирургического больного, уход за тяжелобольными. Особенности обследования хирургического больного, асептика и антисептика. Кровотечение, кровопотеря, переливание крови, методы остановки

кровотечения. Хирургическая операция и общие вопросы анестезиологии. Способы соединения тканей. Общие вопросы хирургической инфекции, течение раневого процесса, обработка ран. Гнойные заболевания мягких тканей. Некрозы, гангрены, язвы, свищи. Рентгенологические методы исследования хирургического больного. Ультразвуковые и магнитно-резонансные методы исследования в хирургии.

- Пропедевтика внутренних болезней.

Расспрос больного и сбор анамнеза, методы объективного обследования больного, общие понятия об инструментальных и лабораторных методах дополнительной диагностики.

- Топографическая анатомия и оперативная хирургия.

Виды операций, хирургический инструментарий, методики местной анестезии. Правила и способы разъединений и соединения тканей, остановки кровотечений, пункции сосудов. Топографическая анатомия шеи, грудной клетки, брюшной полости, таза, конечностей. Операции на сосудах, щитовидной железе, органах грудной клетки. Трахеостомия. Ушивание язв желудка. Резекция желудка. Гастростома. Операции на печени и желчных путях, двенадцатиперстной кишке, поджелудочной железе. Методика резекции кишки и наложение анастомозов между различными участками желудочно-кишечного тракта. Аппендэктомия. Колостомия. Операции на женских половых органах. Грыжесечение и методы герниопластики. Ампутации конечностей.

- Факультетская терапия.

Патогенез, клиника и лечение бронхоэктатической болезни, гнойно-деструктивных заболеваний легких и плевры. Атеросклероз аорты и ее ветвей, ИБС, сердечная недостаточность. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и лечение не осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Цирроз печени, эхинококкоз. Терапевтические аспекты диагностики, лечения и профилактики желчнокаменной болезни, хронического холецистита, хронического

панкреатита, ПХЭС. Заболевания пищевода. Болезнь Крона и неспецифический язвенный колит. Анемии: этиология, патогенез постгеморрагической анемии и коррекция.

- Учебная и производственная практики.

Разделы: владение навыками ухода за стационарными больными взрослыми и подростками; умение выполнять манипуляции палатной и процедурной медицинской сестры.

Как предшествующая дисциплина «Факультетская хирургия» необходима для освоения следующих дисциплин:

- ✓ Госпитальная хирургия
- ✓ Онкология
- ✓ Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
- ✓ Производственная практика хирургического профиля
- ✓ Производственная практика Помощник врача амбулаторно-поликлинического учреждения.

4. Общая трудоемкость дисциплины составляет 6 ЗЕ, 216 академических часов, в том числе 120 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, и 96 часов самостоятельной работы обучающихся.

5. Образовательные технологии

В процессе освоения дисциплины используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций:

Традиционная лекция, лекция - визуализация, проблемная лекция.

Клинические практические занятия, тренинги, деловая учебная игра, метод работы в малых группах, мастер-класс при изучении методики обследования хирургического пациента, мастер-класс при проведении хирургических операций, занятия с использованием тренажёров, имитаторов; регламентированная дискуссия, активизация творческой деятельности, разбор клинических случаев, подготовка и защита истории болезни, просмотр видеофильмов и мультимедийных презентаций с демонстрацией

методики и техники оперативных вмешательств и инвазивных диагностических процедур, посещение врачебных обходов, конференций и консилиумов, участие в научно-практических конференциях, симпозиумах, учебно-исследовательская работа студента, подготовка и защита рефератов.

Элементы, входящие в самостоятельную работу студента: подготовка к семинарским и практическим занятиям, написание истории болезни, рефератов, решение ситуационных задач по теме занятия, работа в Интернете, в читальном зале библиотеки академии, работа с электронными обучающими программами, учебно-исследовательская работа.

Клинические практические занятия проводятся на базе хирургического отделения, отделений колопроктологии и торакальной хирургии ГБУЗ ГKB № 6 г. Твери и Клиники ТГМУ.

6. Формы промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация знаний и умений студентов проходит в виде экзамена по окончании 8 семестра. Экзамен проводится по трехэтапной схеме.

II. Учебная программа дисциплины

1. Содержание дисциплины

Тема 1. Курация хирургического больного

Схема написания академической истории болезни. Особенности выявления жалоб у хирургического больного, проведения активного расспроса по системам органов. Местный статус. Планирование и обоснование дополнительного обследования. Проведение дифференциальной диагностики. Формулировка диагноза. Составление плана лечения. Дневник. Прогноз. Схема формирования эпикриза.

Тема 2. Острый Аппендицит

Анатомия, этиопатогенез, Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Дивертикул Меккеля. Особенности течения и лечение острого аппендицита у беременных женщин, больных пожилого возраста и детей. Тактика ведения пациентов с подозрением на острый аппендицит. Показания к операции, доступы, обезболивание, варианты проведения аппендэктомии. Осложнения острого аппендицита. Результаты лечения. Экспертиза временной нетрудоспособности.

Тема 3 Грыжи живота.

Частота, классификация, этиопатогенез, симптоматология. Анатомия передней брюшной стенки. Принципы оперативного лечения, отдалённые результаты, профилактика. отдельных локализаций грыж. Классификации грыж, клиника и диагностика. Врожденные паховые грыжи. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Методы герниопластик. Осложнения грыж живота. Особенности хирургического лечения при различных вариантах течения осложнений грыжи. Критерии жизнеспособности ущемленных органов. Исходы. Экспертиза трудоспособности.

Тема 4. Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.

4.1 Анатомия желчевыводящих путей. Методы исследования. Желчнокаменная болезнь. Патогенез камнеобразования, эпидемиология, классификация. Осложнения: холангиолитиаз, механическая желтуха, холангит, билиарный панкреатит. клиника, диагностика, лечение. Дифференциальный диагноз желтухи. Показания к хирургическому лечению, виды его. Методы дренирования желчных протоков. Рентген-эндоскопические методы лечения осложнений ЖКБ. Лечение осложнений. Исходы. Экспертиза трудоспособности.

4.2 Острый холецистит. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Методы дополнительного обследования. Принципы современного лечения. Прогноз. Хронический холецистит. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.

Тема 5. Острый панкреатит

Определение понятия, частота. Этиопатогенез. Классификация. Клиническая картина отдельных форм. Диагностика, дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение различных форм острого панкреатита. Показания к оперативному вмешательству. Прогноз. Экспертиза трудоспособности.

Тема 6. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

6.1 Клиника неосложнённой язвенной болезни. Современные принципы обследования язвенных больных. Показания к хирургическому лечению. Виды и методы операций при язвенной болезни. Осложнения язвенной болезни: прободение, пенетрация язвы, малигнизация. Диагностика и лечение. Показания и противопоказания к операции.

6.2 Осложнения язвенной болезни: гастродуоденальное кровотечение, пилородуоденальный язвенный стеноз. Клиническая картина. Классификация степеней тяжести развития осложнений. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения и выбор метода

оперативного или малоинвазивного лечения. Прогноз. Экспертиза трудоспособности. Симптоматические язвы, их хирургическое лечение.

Тема 7. Рак желудка

Предраковые заболевания желудка. Факторы риска развития рака желудка. Курение и рак. Алкоголь и рак. Классификация рака желудка, частота, стадии. Клиника, диагностика, лечение. Методы обследования. Диагностика ранних форм. Тактика лечения. Прогноз. Профилактика. Экспертиза трудоспособности.

Тема 8. Заболевания прямой кишки

Классификация, методы обследования при заболевании прямой кишки. Геморрой. Частота. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Трещины прямой кишки. Диагностика, лечение. Парaproктиты. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Выпадение прямой кишки. Эпителиальный копчиковый ход. Трудоспособность при заболеваниях прямой кишки.

Тема 9. Кишечная непроходимость.

Определение понятия, частота, классификация. Особенности клинической картины при различных видах непроходимости. Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Показания к операции и предоперационная подготовка. Особенности оперативного лечения. Прогноз. Причины летального исхода. Инфузионная терапия при кишечной непроходимости.

Тема 10. Перитонит.

Определение понятия, частота, этиология, классификация. Патогенез изменений в различных органах и системах. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Современные принципы обследования и комплексного лечения. Исходы лечения. Пути улучшения результатов лечения.

Тема 11. Заболевания щитовидной железы.

Классификация. Методы исследования. Эндемический, спорадический зоб, тиреотоксикоз. Этиопатогенез. Клиника, дифференциальный диагноз. Лечение. Виды хирургического лечения. Осложнения во время и после операции. Ближайшие и отдалённые результаты. Профилактика. Реабилитация и трудоспособность. Тиреоидиты и струмиты, зоб Хошимото, Риделя. Рак щитовидной железы. Клиника, диагностика, методы лечения, прогноз.

Тема 12. Заболевания пищевода.

Классификация болезней пищевода, врождённые пороки развития, эзофагоспазм и ахалазия. Принципы лечения. Показания к операции и виды операций при них. Клиника, диагностика и лечение дивертикулов пищевода.

Химические ожоги пищевода. Диагностика и методы лечения постожоговых рубцовых стриктур пищевода.

Тема 13. Абсцесс и гангрена лёгкого. Бронхоэктатическая болезнь.

Определение понятий, классификация. Частота. Методы диагностики. Этиопатогенез. Клиника. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению, подготовка к операции, виды операций. Осложнения. Исход. Экспертиза трудоспособности. Особенности течения болезни у алкоголиков. Роль курения и алкоголя в возникновении гнойных заболеваний лёгких.

Тема 14. Гнойные заболевания плевры. Пневмоторакс.

Определение понятия, частота, классификация эмпиемы плевры. Этиопатогенез. Клиника, диагностика. Причины хронизации процесса. Принципы консервативного и оперативного лечения. Плеврэктомия, торакопластика. Осложнения. Прогноз. Причины возникновения и классификация пневмоторакса. Особенности развития и клинического течения. Диагностика. Первая помощь, лечение. Экспертиза трудоспособности.

Тема 15. Рак лёгкого.

Частота, социальная значимость. Этиопатогенез. Роль курения, факторов внешней среды. Классификация. Клиника центральной и периферической форм. Пути метастазирования. Диагностика. Осложнения рака лёгкого. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Принципы комбинированного лечения. Прогноз. Трудоспособность.

Тема 16 Облитерирующие заболевания артерий.

Определение понятий. Классификация. Стадии течения. Облитерирующий атеросклероз. Частота, этиопатогенез, клиника, диагностика. Методы консервативного и оперативного лечения. Облитерирующий тромбангиит, эндартериит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и методы лечения. Роль курения в возникновении облитерирующих заболеваний артерий. Профилактика. Прогноз. Экспертиза трудоспособности. Синдром диабетической стопы. Проблемы дальнейшего совершенствования методов лечения.

Тема 17. Заболевания вен нижних конечностей.

Классификация хронической венозной недостаточности. Пороки развития. Клиника, диагностика, лечение. Варикозное расширение вен. Частота, этиопатогенез. Клиника. Методы диагностики. Лечение. Осложнения варикозной болезни вен: тромбофлебиты поверхностных и

глубоких вен. Профилактика. Прогноз. Трудоспособность. Тромбофлебиты нижних конечностей, ТЭЛА, венозная гангрена.

2. Учебно-тематический план

2. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций*

Наименование разделов дисциплины и тем	Аудиторные занятия (контактная работа)					Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену	Итого часов	Формируемые компетенции		Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего и рубежного контроля успеваемости
	лекции	семинары	лабораторные практические занятия	клинические практические занятия	курсовая работа				ОПК-4	ОПК-7		
1. Курация больных				5		5	6	10	X	X	АТД, ИБ**	ИБ***
2. Острый аппендицит	2			5		7	3	10	X	X	Л, Тр, КС, УИРС, ВД, ИБ, МГ, Р	Т, Пр, ЗС, Д, КЗ, С
3. Грыжи живота	2			5		7	3	10	X	X	Л, Тр, КС, ИБ, ВД, РД, ДОТ	Т, Пр, ЗС, Д, КЗ, С

Наименование разделов дисциплины и тем	Аудиторные занятия (контактная работа)					Вс ег о ча со в на ко нт ак тн ую ра бо ту	Самостоя тельная работа студента, включая подготовку к экзамену	Итог о часо в	Формируемые компетенции		Исполь- зуемые образова- тельные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего и рубежного контроля успеваемости
	ле кц ии	се м и на р ы	лабо рато рные е прак тику мы	клини ческие прак тичesk ие заняти я	к у р со ва я ра бо та				ОПК-4	ОПК- 7		
4. ЖКБ. Острый холецистит	1			5		6	3	9	X	X	ПЛ, КС, ИБ,	Т, Пр, ЗС
5. ЖКБ. Холедохолия. Механическая желтуха. Холангит	1			4		5	3	8	X	X	ПЛ, МГ, ВК Т, ВД	КЗ, С, Д
6. Острый панкреатит	2			5		7	3	10	X	X	Л, КС, ИА, ИБ, ВК	Т, ЗС, С

Наименование разделов дисциплины и тем	Аудиторные занятия (контактная работа)					Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену	Итого часов	Формируемые компетенции		Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего и рубежного контроля успеваемости
	лекции	семинары	лабораторные практические занятия	клинические практические занятия	курсовая работа				ОПК-4	ОПК-7		
7. Язвенная болезнь желудка и ДПК. Хирургическое лечение	1			4		5	3	8	X	X	ЛВ, РД, ВК, Тр	Т, ЗС, КЗ.
8. Осложнения язвы желудка и ДПК: перфорация, пенетрация, ЖКК,	1			4		5	3	9	X	X	ЛВ, ВД, МГ, Р, ИБ	Т, ЗС, Пр, Д

Наименование разделов дисциплины и тем	Аудиторные занятия (контактная работа)					Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену	Итого часов	Формируемые компетенции		Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего и рубежного контроля успеваемости
	лекции	семинары	лабораторные практические занятия	клинические практические занятия	курсовая работа				ОПК-4	ОПК-7		
пилородуоденальный стеноз, малигнизация. Синдром Меллори-Вейса.												
9. Рак желудка	2			5		7	3	10	X	X	Л, МГ, ВД, УИРС	Т, ЗС, С
10. Заболевания прямой кишки	2			5		7	3	10	X	X	ЛВ, МГ, Тр, ИА, ИБ, ДОТ	Т, КЗ

Наименование разделов дисциплины и тем	Аудиторные занятия (контактная работа)					Вс ег о ча со в на ко нт ак тн ую ра бо ту	Самостоя тельная работа студента, включая подготовку к экзамену	Итог о часо в	Формируемые компетенции		Исполь- зуемые образова- тельные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего и рубежного контроля успеваемости
	ле кц ии	се м и на р ы	лабо рато рные е прак тику мы	клини ческие прак тичesk ие заняти я	к у р с о ва я ра бо та				ОПК-4	ОПК- 7		
11. Кишечная непроходимость	2			5		7	3	10	X	X	Л, Т, РД, ИБ	Т, КЗ, С
12. Перитонит	2			5		7	3	10	X	X	ПЛ, КС, ВК, УИРС	Т, КР, Д
13. Заболевания щитовидной железы				4		4	3	7	X	X	ИА, РД, КС, ИБ	Т, ЗС.

Наименование разделов дисциплины и тем	Аудиторные занятия (контактная работа)					Вс ег о ча со в на ко нт ак тн ую ра бо ту	Самостоя тельная работа студента, включая подготовку к экзамену	Итог о часо в	Формируемые компетенции		Исполь- зуемые образова- тельные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего и рубежного контроля успеваемости
	лек ции	се м и на ры	лабо рато рные е прак тику мы	клини ческие прак тичес кие заняти я	к у р со ва я ра бо та				ОПК-4	ОПК- 7		
14. Заболевания пищевода	2			5		7	3	10	X	X	ПЛ, КС, ВК, ИБ, МК	Т, ЗС, С
15. Абсцессы и гангрена легких.	2			5		7	3	10	X	X	Л, Тр, КС, ИБ, ДОТ	Т, Пр, ЗС, КЗ,
16. Эмпиема плевры. Пневмоторакс.	2			5		7	3	10	X	X	ПЛ, РД, Т, ИБ, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
17. Рак легких	2			5		7	3	10	X	X	Л,ВД, МГ, Т,	Т, КЗ, С, Д

Наименование разделов дисциплины и тем	Аудиторные занятия (контактная работа)					Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену	Итого часов	Формируемые компетенции		Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего и рубежного контроля успеваемости
	лекции	семинары	лабораторные практические занятия	клинические практические занятия	курсовая работа				ОПК-4	ОПК-7		
18. Облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей	2			5		7	3	10	X	X	Л, КС, ВД, Тр., ИБ, ДОТ	Т, Пр, КЗ, С
19. ВРВ нижних конечностей. ХВН.	2			5		7	3	10	X	X	ЛВ, ВД, МК, ИБ, КС	Т, Пр, ЗС, С
Подготовка к экзамену							36	36	X	X		Т, Пр, ЗС, С, ДОТ
ИТОГО*:	30			90		120	96	216				

Примечание:

* **Трудоёмкость** в учебно-тематическом плане указывается **в академических часах**.

** **Образовательные технологии, способы и методы обучения** (с сокращениями): традиционная лекция (Л), лекция-визуализация (ЛВ), проблемная лекция (ПЛ), тренинг (Т), занятия с использованием тренажёров, имитаторов (Тр), мастер-класс (МК), активизация творческой деятельности (АТД), регламентированная дискуссия (РД), метод малых групп (МГ), разбор клинических случаев (КС), подготовка и защита истории болезни (ИБ), интерактивных атласов (ИА), посещение врачебных конференции, консилиумов (ВК), учебно-исследовательская работа студента (УИРС), подготовка и защита рефератов (Р), видеодемонстрация (ВД), дистанционные образовательные технологии (ДОТ).

*****Формы текущего и рубежного контроля успеваемости** (с сокращениями): Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, КЗ – контрольное задание, ИБ – написание и защита истории болезни, С – собеседование по контрольным вопросам, Д – подготовка доклада и др.

III. Оценочные средства для контроля уровня сформированности компетенций (текущий контроль успеваемости, промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины и учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы студентов)

§1. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины:

Итоговый контроль знаний и умений студентов проходит в виде экзамена по окончании 8 семестра. Экзамен проводится по трехэтапной схеме.

✓ Первым этапом экзамена является определение уровня освоения практических навыков и умений, полученных студентом в ходе обучения на цикловых практических занятиях. Сюда **включена** оценка, полученная за написание учебной **АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ** и **КУРАТОРСКОГО ЛИСТА** на пациента, курируемого студентом на практических занятиях в 7 и 8 семестрах; трактовка результатов лабораторных методов исследования, описание рентгенограммы (практический этап на экзамене). Эта оценка является интегральной, характеризующей уровень усвоения конкретных практических аспектов диагностики и лечения пациента по всем разделам от жалоб до планирования лечения, реабилитации, профилактики.

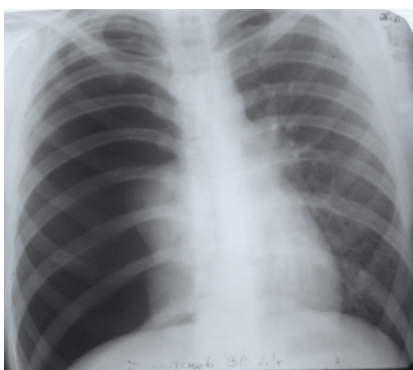
Примеры заданий на этапе оценки степени освоения практических навыков:

1)



Эталон ответа: *пункционная чрескожная транслумбальная аорто-артериография по Дос-Сантосу. Контрастирована брюшная аорта до L₄. Бифуркация аорты не контрастируется. На месте ее проекции множество вновь образованных коллатералей, которые не являются основными ветвями брюшной аорты (в норме их пять – чревный ствол, верхняя*

брыжеечная артерия, почечные артерии, яичковые артерии, нижняя брыжеечная артерия). Появление коллатералей всегда свидетельствует о хронической ишемии, связанной с облитерирующим заболеванием артерий. Отсутствие подвздошных артерий будет свидетельствовать об их атеросклеротической окклюзии. На данной рентгенограмме представлен частный случай облитерирующего атеросклероза – синдром Лериша. У пациента будут высокая перемежающаяся хромота (при ходьбе на определенное расстояние в ногах возникают боли, которые в данном случае будут локализоваться не в голених, а бедре и ягодицах), симптомы хронической ишемии нижних конечностей (гипо- или атрофия мышц голени и бедра, шелушение кожи и гиперкератоз, обеднение волосяного покрова, утолщение ногтевых пластинок), будет отсутствовать пульсация на артериях нижних конечностей во всех точках – над паховой складкой, в подколенной ямке, за медиальной лодыжкой, в первом межплюсневом промежутке на тыле стопы. Систолический шум над подвздошными артериями и над брюшной аортой определяться не будет. Лечение: протезирование или шунтирование аллопротезами при наличии проходимости дистальных отделов подвздошных или бедренных артерий.



2)

Эталон ответа:

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки во фронтальной проекции. В правом гемитораксе отсутствует легочный рисунок. Правое легкое коллабировано полностью, тень правого легкого определяется медиально у средостения. Трахея расположена центрально. Смещения средостения нет. Заключение: тотальный ненапряженный пневмоторакс справа. необходимо после диагностической плевральной пункции во втором межреберье по среднеключичной линии справа и получении в шприце пузырьков газа, в этой же

точке произвести торакоцентез и дренирование правой плевральной полости с активной аспирацией (аппаратное отрицательное давление 20 см вод.ст.) или аспирация воздуха шприцем Жане с последующим пассивным дренированием по Бюлау.

Диагноз - 128 Ed

АНАЛИЗ МОЧИ

№ _____ Гр. *женщина, 62 лет*
из *хирург. отд.*

Цвет *желтый*
Прозрачность *мутная*
Реакция *кислая*
Удельный вес *1026*
Белок *0,006 2/1*
Сахар *отр.*
Осадок
Эритроциты *3-5*
Лейкоциты *12-15*
Эпителий *5-8*
Цилиндры гиалиновые *ед.*
Цилиндры зернистые *ед.*
Соли
Слизь *+*
Бактерии *++*
Желчные пигменты *печен.*
Уробилин

Лаборант

1) В представленном ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ лейкоцитурия (небольшие воспалительные явления дистальных отделов мочеполовой системы, например последствия постановки уретрального катетера), небольшое повышение диастазы мочи (норма=16-64 ед.) и появление желчных пигментов может свидетельствовать о механической желтухе, вызванной холедохолитиазом или билиарным

панкреатитом).

Городская больница № 6, г. Тверь

БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ

№ _____

Ф. И. О. *женщина, 42 года*
Отделение *хирург.* палата _____

Общий белок *68* г/л

Альбумин % Глобулины % А/Г

Альфа I % Альфа II % Бета % Гамма %

Ст-белок *4,5* мг/л Мочевая кислота ммоль/л

МНО *4,5* А.Ч.Т.В. сек

Фибриноген *3,0* г/л ПТИ *96* %

Витрубин общий *19,2* ммоль/л А.С.Т. *42* Е/л

Витрубин прямой *15,4* ммоль/л А.Л.Т. *36* Е/л

Щелочная фосфатаза *280* е/л Тимолова проба *2* ед

Креатинин *4,8* ммоль/л Мочевина *9,0* ммоль/л

Холестерин *6,8* ммоль/л α-холестерин ммоль/л

Сахар *15,0* ммоль/л Фосфор *1,3* ммоль/л

Салин *3,6* ммоль/л Натрий *153* ммоль/л

Кальций *2,3* ммоль/л Хлориды *98* ммоль/л

Ринглицериды *3,2* ммоль/л α-амилаза *94* Е/л

Врач-лаборант

2) в биохимическом анализе крови выраженное повышение М.Н.О., что может свидетельствовать о передозировке приема варфарина, т.е. выраженная гипокоагуляция. Гипергликемия! (декомпенсация сахарного диабета 2 типа). Остальные

показатели в пределах нормы.

Экстренная помощь – отменить варфарин. Назначить инсулин после консультации терапевта и контроля уровня суточной гликемии.

ЛАБОРАТОРИЯ
Городской больницы № 6, г. Тверь

АНАЛИЗ КРОВИ

Болезнь: *инфекция, 48 лет*
 Пациент: *94.109*
 Гемоглобин: *105* Цв. показ.: *0,9*
 Лейкоциты: *26.109* Эритроциты: *3,3.10¹²*
 СОЭ за 1 час: *18 мм/ч*

В	Э	М	Ю	П	С	Л	М
	<i>2</i>	<i>1</i>		<i>20</i>	<i>52</i>	<i>20</i>	<i>5</i>

См. кр. по Сухареву: *41*
 Начало: *2* Конец: *41*

3) *клинический анализ крови: анемия 1 ст. лейкоцитоз и выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, за счет палочкоядерных нейтрофилов, появились миелоциты, чего в норме быть не должно. Картина, характерная для гнойного воспаления.*

Критерии оценки:

отлично - Средняя оценка за истории болезни равна 4 или 5 баллам. Студент безошибочно определяет метод рентгенологического исследования на предоставленной для интерпретации рентгенограмме, дает характеристику соответствующему рентгенологическому синдрому, определяет предположительный диагноз, пути дифференциальной диагностики и варианты дополнительных методик исследования. Безошибочно трактует данные лабораторных методов исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий или биохимический анализы мочи), или допускает 1-2 незначительных ошибки. Успешно проводит клинико-лабораторные параллели и характеризует клинический синдром или состояние, которому соответствует представленная лабораторная картина.

хорошо – Средняя оценка за истории болезни равна 3-5 баллам. Студент безошибочно определяет метод рентгенологического исследования на предоставленной для интерпретации рентгенограмме, дает неполную характеристику соответствующему рентгенологическому синдрому, ошибается при определении предположительного диагноза, допускает неточные формулировки при определении путей дифференциальной диагностики и вариантов дополнительных методик исследования. Допускает 1-2 несущественных ошибки при трактовке данных лабораторных методов исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий или

биохимический анализы мочи) или путается в нормах лабораторных показателей, но после наводящих вопросов отвечает правильно.

удовлетворительно - Средняя оценка за истории болезни равна 3 или 4 баллам. Студент допускает существенные терминологические погрешности в определении метода рентгенологического исследования на предоставленной для интерпретации рентгенограмме, или, не дает описательную характеристику (или характеризует неправильно) соответствующему рентгенологическому синдрому, не может сделать рентгенологическое заключение или поставить предположительный диагноз, определить пути дифференциальной диагностики и варианты дополнительных методик исследования. При трактовке данных лабораторных методов исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий или биохимический анализы мочи), допускает более 1-2 существенных ошибок, затрудняется в проведении клинико-лабораторных параллелей и характеристики клинического синдрома или состояния, которому соответствует представленная лабораторная картина.

неудовлетворительно - Средняя оценка за истории болезни равна 3 или 4 баллам. Студент не обладает достаточным уровнем практических умений. Не может определить метод рентгенологической диагностики, не в состоянии дать характеристику соответствующему рентгенологическому синдрому, не может предположить диагноз и определить пути её дифференциальной диагностики и варианты дополнительных методик исследования, после наводящих вопросов полностью не исправляется. Допускает концептуальные ошибки (3 и более) в трактовке данных лабораторных методов исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий или биохимический анализы мочи), не в состоянии охарактеризовать клинический синдром или состояние, которому соответствует представленная лабораторная картина, не знает норм представленных лабораторных показателей.

§2. Оценочные средства для текущего и рубежного контроля успеваемости

Для проведения текущего и рубежного контроля успеваемости, в том числе для контроля самостоятельной работы студента используются следующие оценочные средства:

1) ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

- ШИРИНА ХОЛЕДОХА В НОРМЕ РАВНА _____ (0,6 – 1,0 см)
- НОРМАЛЬНЫЕ _____ ПОКАЗАТЕЛИ _____ БИЛИРУБИНА КРОВИ _____ (8,55-20,52 мкмоль/л)
- ОСТРЫЙ _____ ХОЛЕЦИСТИТ _____ ОБЫЧНО _____ НАЧИНАЕТСЯ С _____ (болеет в правом подреберье)
- ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ, КРОМЕ ЛОКАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЕННОСТИ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ И ЛОКАЛЬНОЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ _____ СИМПТОМОВ, _____ НАБЛЮДАЕТСЯ ЕЩЕ _____ (локальное напряжение мышц в правой подвздошной области)
- ПЕРЕМЕЩЕНИЯ БОЛИ ИЗ ЭПИГАСТРИЯ В ПРАВУЮ ПОДВЗДОШНУЮ ОБЛАСТЬ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ НАЗЫВАЕТСЯ СИМПТОМ _____ (Кохера–Волковича)
- БОЛЕЗНЕННЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ СКОЛЬЖЕНИИ ЛАДОНЬЮ ПО ЖИВОТУ (ПОВЕРХ РУБАШКИ) ОТ ПРАВОГО РЕБЕРНОГО КРАЯ ВНИЗ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ СООТВЕТСТВУЮТ СИМПТОМУ - _____ (Воскресенского / симптом "рубашки")
- ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ПАЦИЕНТ НАЧИНАЕТ ИСПЫТЫВАТЬ БОЛЬ ЧАЩЕ ВСЕГО В _____ (эпигастральной) ОБЛАСТИ.
- СИМПТОМ СИТКОВСКОГО – ЭТО УСИЛЕНИЕ БОЛИ В ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ В ПОЛОЖЕНИИ ПАЦИЕНТА _____ (на левом боку)
- ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ КРОВИ ХАРАКТЕРЕН _____ (сдвиг вправо)
- СДВИГ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ВПРАВО ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ОЗНАЧАЕТ ПОЯВЛЕНИЕ В АНАЛИЗЕ КРОВИ _____ палочкоядерных и юных / более молодых форм нейтрофилов)

- УСИЛЕНИЕ БОЛЕЗНЕННОСТИ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ПРИЖАТИИ К ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ И НАНЕСЕНИИ ТОЛЧКООБРАЗНЫХ ДВИЖЕНИЙ СЛЕВА ПО ПРИВОДЯЩЕМУ ОТДЕЛУ НАЗЫВАЕТСЯ СИМПТОМ _____ (Ровзинга)
- ПАТОГЕНЕЗ ПЕРВИЧНО-ГАНГРЕНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ СВЯЗАН С _____ (тромбозом аппендикулярной артерии)
- У БОЛЬНОГО НА 3 СУТКИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ГЕКТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА, ВЗДУТИЕ ЖИВОТА, БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ В ПРАВОМ ФЛАНКЕ. К 8 СУТКАМ РАЗВИЛАСЬ ЖЕЛТУХА, ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, ЯВЛЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ – _____ (пилефлебит)
- ПРИ ПЕРЕХОДЕ ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА В ГАНГРЕНОЗНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ _____ (уменьшается).
- ПРИ ГАНГРЕНОЗНОЙ ФОРМЕ АППЕНДИЦИТА УРОВЕНЬ ЛЕЙКОЦИТОВ В КРОВИ _____ (УВЕЛИЧИВАЕТСЯ)
- НАЗВАНИЕ ГРЫЖИ, ПРИ КОТОРОЙ СОДЕРЖИМЫМ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ЯВЛЯЕТСЯ ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ _____ (грыжа Литтре)
- НИЖНЕЙ _____ СТЕНКОЙ _____ ПАХОВОГО _____ КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ _____ (паховая связка)
- ВЕРХНЯЯ ЧАСТЬ СКАРПОВА ТРЕУГОЛЬНИКА ОТГРАНИЧЕНА _____ (паховой связкой)
- ПРИСТЕНОЧНОЕ УЩЕМЛЕНИЕ ЧАСТИ ПРОТИВОБРЫЖЕЕЧНОЙ СТЕНКИ КИШКИ НАЗЫВАЕТСЯ УЩЕМЛЕНИЕМ _____ (Рихтера).
- ПРИ ОСМОТРЕ В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ ДВУХ ПЕТЕЛЬ УЩЕМЛЕННОЙ КИШКИ, СВЯЗУЮЩАЯ ИХ ПЕТЛЯ МОЖЕТ НАХОДИТЬСЯ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И БЫТЬ ИШЕМИЗИРОВАННОЙ. ТАКОЙ ВИД УЩЕМЛЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ _____ (ретроградное / W-образное).

- БЕДРЕННЫЕ ГРЫЖИ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ У _____ (женщин)
- ЗАДНЕЙ СТЕНКОЙ ПАХОВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ _____ (поперечная фасция)
- У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ НЕ ИМЕЕТ МЕСТА ТИП ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ _____ (нормальный)
- УЛЬЦЕРОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ КАЖДЫЙ В ОТДЕЛЬНОСТИ ИЛИ В РАЗЛИЧНЫХ СОЧЕТАНИЯХ МОГУТ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПРИВЕСТИ В ДЕЙСТВИЕ ОБЩИЕ И МЕСТНЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ, СПОСОБНЫЕ ВЫЗВАТЬ ПОВРЕЖДЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ _____ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ НАЗЫВАЮТСЯ _____ (ульцерогенные)
- НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА, ПРИВОДЯЩЕЙ К РАЗВИТИЮ ЯЗВЫ, ЯВЛЯЕТСЯ _____ (хронический гастрит)
- НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОЙ ЯЗВЫ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ
 - 1) пожилой возраст больного
 - 2) в анамнезе прием аспирина или кортикостероидов
 - 3) сильные, приступообразные сезонные боли в эпигастрии
 - 4) рвота пищей, приносящая облегчение
 - 5) шум плеска в желудке _____ (2)
- ДЛЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ НЕ ХАРАКТЕРНО:
 - 1) плотные края
 - 2) способность проникать в глубину стенки
 - 3) разные размеры (от 0,3 до 6-8 см и более) язвенного дефекта
 - 4) отсутствие конвергенции складок слизистой оболочки к краям язвы
 - 5) возможность развития различных осложнений _____ (4)
- ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ БУДЕТ, НАРЯДУ С УДАЛЕНИЕМ

ИЗМЕНЕННЫХ ВЕН ЯВЛЯЕТСЯ _____ (устранение патологического сброса крови из глубоких вен в поверхностные)

- УСТРАНЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СБРОСА КРОВИ ИЗ ГЛУБОКИХ ВЕН В ПОВЕРХНОСТНЫЕ ДОСТИГАЕТСЯ ПУТЕМ:
 - 1) перевязки большой подкожной вены в месте впадения её в бедренную
 - 2) перевязки малой подкожной вены в устье
 - 3) перевязкой несостоятельных коммуникантных вен на бедре
 - 4) перевязкой несостоятельных коммуникантных вен на голени
 - 5) плаванием _____ (1,2,3,4)

- ИНДУКЦИЯ АУТОЛИЗА ПАНКРЕАЦИТОВ ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ _____ (снижении рН клетки до 3,5-4,5 при накоплении жирных кислот)

- В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ГЛАВЕНСТВУЮЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ _____ (аутоферментной агрессии)

- К ОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТУ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ФОРМЫ, КРОМЕ:
 - 1) отечного
 - 2) псевдотуморозного панкреатита
 - 3) жирового панкреонекроза
 - 4) геморрагического панкреонекроза
 - 5) гнойного панкреатита _____ (2)

- ЖИРОВОЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:
 - 1) протеолитического некробиоза панкреоцитов под воздействием трипсина и других протеолитических ферментов
 - 2) воздействия эластазы на стенки венул и междольковые соединительнотканые перемычки
 - 3) повреждающего действия на панкреоциты и интерстициальную жировую клетчатку липолитических ферментов
 - 4) спонтанного купирования аутолитических процессов и инволюции мелкоочагового панкреонекроза
 - 5) присоединения инфекции на фоне отечного панкреатита _____ (3)

- ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ _____ (повреждения сосудистой стенки под воздействием протеолитических ферментов)
- ПАНКРЕАТИЧЕСКАЯ ТОКСЕМИЯ ОБУСЛОВЛЕНА ВСЕМ, КРОМЕ:
 - 1) трипсина
 - 2) гистамина
 - 3) брадикинина
 - 4) калликреина
 - 5) амилазы _____ (5)
- ХАРАКТЕР БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ _____ (опоясывающая боль в эпигастрии)
- ПОПЕРЕЧНАЯ БОЛЕВАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ПРОЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ _____ НОСИТ _____ НАЗВАНИЕ СИМПТОМА _____ (Керте)
- ОТСУТСТВИЕ ЭПИГЕСТРАЛЬНОЙ ПУЛЬСАЦИИ АОРТЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НОСИТ НАЗВАНИЕ СИМПТОМА _____ (Воскресенского)
- БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ В ЛЕВОМ РЕБЕРНО-ПОЗВОНОЧНОМ УГЛУ _____ ХАРАКТЕРНА _____ ДЛЯ СИМПТОМА _____ (Мейо-Робсона)
- ПЯТНА ЦИАНОЗА НА БОКОВЫХ СТЕНКАХ ЖИВОТА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ _____ ХАРАКТЕРНЫ _____ ДЛЯ СИМПТОМА _____ (Грея–Тернера)
- РАЗВИТИЕ МЕТЕОРИЗМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ОБУСЛОВЛЕНО _____ (парезом кишечника)

- НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПУЛЬСАЦИИ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ В ЭПИГАСТРИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НОСИТ НАЗВАНИЕ СИМПТОМА _____ (Воскресенского)

*правильный ответ ОТМЕЧЕН В СКОБКАХ (...).

Критерии оценки:

Из всех тестовых заданий студентом даны правильные ответы на:

- 91-100% - оценка «отлично»,
- 81 -90% - оценка «хорошо»,
- 71-80% - оценка «удовлетворительно»,
- 70% и менее - оценка «неудовлетворительно».

2) ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ:

ЗАДАЧА № 5:

Больной К., 18 лет поступил в клинику с жалобами на тупые постоянные боли в нижних отделах живота, повышение температуры тела к вечеру до 38-39⁰С, тошноту, рвоту, задержку газов. 10 дней назад в районной больнице проведена операция – аппендэктомия по поводу деструктивного аппендицита без дренирования брюшной полости. При поступлении состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, язык сухой, обложен. Пульс 110 уд/мин. живот умеренно вздут, напряжен и резко болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные. Кишечные шумы ослаблены. При ректальном исследовании определяется болезненность и нависание передней стенки прямой кишки.

Вопросы к задаче:

1. О каком осложнении следует подумать у данного больного?
2. В чем ошибка хирургов?
3. Перечислите основные симптомы раздражения брюшины при остром аппендиците.
4. С чем необходимо провести дифференциальный диагноз?

5. Какие дополнительные методы обследования следует предпринять?
6. Лечебная тактика.
7. К какому виду перитонита относится данное осложнение?
8. Где ещё возможно расположение гнойников у больных после аппендэктомии?

Правильное направление ответа:

1. У больного абсцесс Дугласова пространства.
2. Операцию необходимо было завершить дренирование брюшной полости.
3. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковскго, Раздольского, Воскресенского.
4. Дифференцировать необходимо с пельвиоректальным парапроктитом, межкишечным абсцессом, гематомой, недостаточностью культи отростка.
5. Назначить клинические анализы крови и мочи, обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ малого таза.
6. Вскрытие и дренирование абсцесса через прямую кишку, антибактериальная и детоксикационная терапия.
7. Местный отграниченный перитонит.
8. Межкишечные, подпечёчные, поддиафрагмальные.

ЗАДАЧА № 79:

Больная С., 57 лет, поступила в клинику в экстренном порядке с жалобами на сильные распирающие боли в области правого бедра и голени, выраженный отёк ноги, синюшность кожных покровов. Больна 2 дня. Указанные симптомы появились среди полного здоровья. Правда последние полгода отмечает потерю веса на 4 кг. Стул склонен к запорам. По поводу возникшего заболевания за медицинской помощью не обращалась. Объективные данные: отмечается выраженный отёк правого бедра (периметр его на 7 см больше по сравнению со здоровой конечностью), голени (на 4 см больше) и стопы. Кожные покровы ноги синюшны, усиленный венозный

рисунок кожных вен. Уплотнение и напряжение икроножных мышц правой голени, положительный симптом Homans. На реовазограмме пульсация бедренных сосудов справа ослаблена.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план дополнительного лабораторного и инструментального обследования.
3. Составьте план изучения состояния других органов, патология которых может вызвать описанное осложнение.
4. С чем необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Составьте план лечения.
6. Какие осложнения можно ожидать в данном случае.
7. Укажите исход лечения и отдалённый прогноз заболевания.

Правильное направление ответа:

1. *Острый илеофemorальный тромбоз справа.*
2. *Клинический анализ крови, кровь на свёртываемость, длительность кровотечения, доплерографию бедренных и подвздошных вен справа.*
3. *В связи с тем, что возникновение тромбозов глубоких вен бывает часто связано с возникновением онкологических заболеваний, больной необходимо исключить, прежде всего, рак прямой кишки, ободочной кишки и желудка, женской половой сферы.*
4. *Дифференциальный диагноз следует проводить с лимфостазом нижних конечностей, который имеет хроническое течение и не сопровождается признаками острого нарушения венозного оттока из нижних конечностей.*
5. *Основным видом лечения этой патологии на данный день является консервативное, которое включает: постельный режим, антикоагулянты непрямого действия (синкумар, фенилин), препараты пиразолидинового ряда (реопирин, бутадион), салицилаты (аспирин) и детралекс. Лечение длится 3-4 недели. В ряде случаев применяется*

оперативное лечение (в первые 7 суток от начала заболевания, в отделении сосудистой хирургии проводится идеальная тромбэктомия из подвздошных и бедренных вен).

- 6. Самым грозным осложнением является – тромбоэмболия лёгочной артерии.*
- 7. Исход лечения: полного выздоровления практически не бывает. В отдалённые сроки наблюдения наступает организация и частичная реканализация тромба, ведущая к хроническому нарушению оттока из нижних конечностей и развитию посттромбофлебитического синдрома.*

ЗАДАЧА № 28:

У больного 51 года, злоупотребляющего алкоголем, внезапно появились резкие боли в эпигастрии, которые, как бы опоясывая, отдавали в спину. Температура оставалась нормальной. Появилась многократная рвота, не дающая облегчения. При осмотре выявлялась небольшая болезненность в эпигастральной области. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Диастаза в моче 2048 ед. Консервативные мероприятия (инфузионная терапия, паранефральная блокада, антибиотики, спазмолитики) улучшения не дали. На следующие сутки состояние больного ухудшилось: участился пульс до 120 в минуту, артериальное давление упало до 70/40 мм рт. ст. Появились симптомы раздражения брюшины. Лейкоциты крови $15,3 \times 10^9/\text{л}$. Диастаза мочи стала 8 ед. Сахар крови 15 мМ/л.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз.
2. Каким образом следует расценить течение заболевания?
3. Адекватна ли проводимая консервативная терапия?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Развитие каких осложнений вы прогнозируете у больного?

6. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
7. Какая должна быть дальнейшая тактика лечения?

Правильное направление ответа:

1. Острый деструктивный панкреатит (панкреонекроз). Панкреатогенный шок 3 ст. Начинается ферментативный перитонит.
2. Ухудшение состояния связано с развитием панкреонекроза, о чем свидетельствует резкое падение цифр диастаза мочи. Гипергликемия (если в анамнезе нет указаний на сахарный диабет) свидетельствует о гибели островков Ланггенгарса. Т.о. можно заключить, что зона распространения некроза железы охватывает в основном хвост ее.
3. В комплекс проводимой консервативной терапии необходимо было включить препараты, блокирующие панкреатическую секрецию (сандостатин, 5-фторурацил, даларгин, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов и протонной помпы). Предпочтительнее эндолимфатическое введение препаратов или лучше всего артериальное при канюляции чревного ствола.
4. С острым деструктивным холециститом, аппендицитом; прикрытой перфорацией язвы ДПК или желудка, ЖКК; с инфарктом миокарда, расслаивающей аневризмой аорты, тромбозом мезентериальных сосудов и т.п.
5. Интоксикационный делирий, острая печёчно-почечная недостаточность, сердечно-легочная недостаточность; абсцесс, кисты и свищи поджелудочной железы, флегмона забрюшинного пространства, сепсис, аррозивные кровотечения.
6. Обзорная рентгенография брюшной полости, ЭКГ, УЗИ, ФЭГДС, КТ, лапароскопия.
7. Больному показана экстренная операция - лапароскопия, лапароскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой

сумки, с налаживанием перитонеального диализа с целью санации брюшной полости и профилактики и лечения ОПН, лапароскопическая холецистостомия, либо ЛХЭ с наружным дренированием холедоха; При необходимости - дренирование забрюшинной клетчатки. При отсутствии определенной техники необходима лапаротомия с рассечением желудочно-ободочной связки, дренированием и марсупиализацией сальниковой сумки, дренированием брюшной полости.

Критерии оценки ответа на ситуационную задачу:

оценка «отлично» ставится студенту, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения практических задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины;

оценку «хорошо» заслуживает студент, обнаруживший полное знание программного материал, но допускающий незначительные ошибки в классификации нозологических форм, постановке диагноза, плане дополнительной диагностики, которые легко исправляет после наводящих вопросов. Если студент, интерпретируя рентгенологическую задачу, путается в определении конкретного рентгенологического синдрома, но после наводящих вопросов отвечает правильно, не дает полной характеристики метода исследования, рентгенологическое заключение формулирует правильно.

оценку «удовлетворительно» заслуживает студент, обнаруживший средний уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении, недостаточно владеющий современными классификациями и вследствие этого неправильно формулирует диагноз. Затрудняется в достаточном объеме определить

пути проведения дополнительной диагностики, определяет правильные направления лечения, но назначает их в неадекватном объеме. При формулировании рентгенологического заключения неточно называет метод исследования, не знает методики его проведения, затрудняется в формулировании характерных рентгенологических признаков данной патологии, но правильно формулирует рентгенологическое заключение.

оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы задачи многочисленные ошибки принципиального характера, неправильно поставлен диагноз, после собеседования на наводящие вопросы ответить не может. Не может интерпретировать рентгенограмму, не может дать заключение о предположительном диагнозе.

3) ПРИМЕРЫ КОНТРОЛЬНЫХ ВОПРОСОВ:

1.Перитонит: Определение. Этиология. Классификация. Роль организации экстренной помощи в ранней диагностике и лечении больных с перитонитом.

2. Особенности распространения инфекции по брюшной полости при различных острых хирургических заболеваниях брюшной полости.

3.Стадии развития перитонита.

5.Абсцесс Дугласова пространства: Локализация. Клиника. Диагностика. Лечение.

6. Методы декомпрессии кишечника при кишечной непроходимости.

7. Анатомо-физиологические сведения о желудке и 12-перстной кишке.

8. Методы обследования больных с заболеваниями желудка.

9.Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Статистические данные, этиология, патогенез.

10. Принципы консервативного лечения.

11. Кровотоочащая язва желудка и 12-перстной кишки. Клиника. Диагностика язвенных желудочно-кишечных кровотечений.

12. Методы консервативного и оперативного лечения кровотечения из язв желудка и 12-перстной кишки.

И так далее (см. приложение № 1)

ПРИМЕР КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ РАБОТЫ СТУДЕНТА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ:

«5» (отлично) – студент подробно отвечает на теоретические вопросы, решает более 90% тестов, решает ситуационную задачу; демонстрирует методику обследования пациента, обосновывает диагноз.

«4» (хорошо) – студент в целом справляется с теоретическими вопросами, выполняет более 80% тестов, решает ситуационную задачу; делает несущественные ошибки при клиническом обследовании и обосновании диагноза или назначении лечения.

«3» (удовлетворительно) – поверхностное владение теоретическим материалом, существенные ошибки в обследовании пациента, постановке диагноза и назначении обследования и лечения; выполняет 71-80% тестов; допускает грубые ошибки при решении ситуационной задачи.

«2» (неудовлетворительно) – не владеет теоретическим материалом и делает грубые ошибки при выполнении методики обследования ребенка, не может диагностировать переходные состояния. Не справляется с тестами или ситуационными задачами.

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту

1. Формулирование диагноза и обоснование его, плана и методов дополнительного обследования.
2. Планирование лечения.
3. Оформление истории болезни

4. Определение симптомов острого аппендицита: Щеткина, Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Образцова, Бартомье-Михельсона, Раздольского.
5. Решение тактических вопросов у больных с диагнозом «острый аппендицит» и «подозрение на острый аппендицит».
6. Выявление грыж у больных, исследование типичных мест выхода грыж.
7. Определение грыжевых ворот, симптомов кашлевого толчка, определение неврачиваемой грыжи.
8. Пальпация и перкуссия печени, определение ее границ.
9. Чтение рентгенограмм: выявление язв желудка и 12-перстной кишки, признаков перфорации на обзорных рентгенограммах брюшной полости, нарушение эвакуации из желудка.
10. Определение показаний к различным видам операций при язвенной болезни.
11. Составление плана обследования больного с язвенной болезнью.
12. Пальпация поджелудочной железы.
13. Определение симптомов Воскресенского, Керте, Мейо-Робсона.
14. Оценка степени ферментемии (амилазы в крови и диастазы в моче).
15. Пальпация желчного пузыря.
16. Определение симптомов Ортнера, Мерфи, Курвуазье.
17. Интерпретация холецистохолангиограмм.
18. Определение вида желтухи по данным объективного и лабораторных исследований.
19. Интерпретация основных показателей функции внешнего дыхания (ЖЕЛ, ДЖЕЛ, ОО, индекс Тифно).
20. Интерпретация данных рентгенологического исследования органов грудной клетки и средостения.
21. Диагностика дисфагии.

22. Интерпретация обзорных рентгенограмм органов брюшной полости и контроля пассажа бария по кишечнику.
23. Определение симптомов «Валя», Склярова, обуховской больницы.
24. Аускультация живота и интерпретация кишечных шумов, отсутствия перистальтики.
25. Функциональные пробы для определения клапанной недостаточности вен, проходимости глубоких вен.
26. Определение степени венозной недостаточности.
27. Выявление симптомов тромбофлебита поверхностных и глубоких вен.
28. Чтение флебограмм.
29. Определение пульсации артерий.
30. Аускультация артерий.
31. Определение степени ишемии конечностей.
32. Чтение ангиограмм.
33. Определение показаний к оперативному лечению облитерирующих заболеваний артерий, выбор метода операции.
34. Пальпация и определение степени увеличения щитовидной железы.
35. Чтение сонограмм щитовидной железы.
36. Определение симптомов тиреотоксикоза.
37. Пальцевое исследование прямой кишки
38. Диагностика заболеваний прямой кишки и анального канала

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ АКАДЕМИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ
ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (отличие см. в методических рекомендациях
для преподавателя и в учебно-методическом пособии «схема истории
болезни»).**

«отлично» – история болезни отражает умения студента собрать полноценный анамнез, выявить и изучить дополнительные жалобы пациента, не имеющие отношения к основному заболеванию, чтобы заподозрить сопутствующие заболевания или обосновать в дальнейшем их наличие. Правильно проводит объективное исследование пациента, включая специфические симптомы конкретного заболевания и тех заболеваний, с которыми предстоит проводить дифференциальную диагностику, умеет обнаружить при физикальном исследовании отклонения от нормы и в дальнейшем, при обосновании диагноза, использовать эти данные для формулирования диагноза в соответствии с имеющейся классификацией. Последовательно составляет план обследования и умеет обосновать назначения тех или иных методов лабораторной и инструментальной диагностики, расшифровывая при этом каждый диагностический тест, используя предполагаемые изменения для проведения дифференциальной диагностики (с пятью заболеваниями). Назначает план лечения (в том числе предоперационную подготовку и послеоперационное ведение), исходя из современных подходов к рациональной фармакотерапии и современных методов оперативного лечения, включая и малоинвазивные технологии, определяет профилактику заболевания и прогноз, в том числе и для трудоспособности, а также планирует реабилитацию. Придерживается правильной формы написания дневника курации с ежедневной коррекцией лечения и назначения дополнительных методов обследования при необходимости. Умеет формировать эпикриз с включением результатов обследования и лечения, рекомендаций по дальнейшему ведению. Использует для написания истории болезни не менее пяти источников литературы или электронных носителей информации, в том числе и

монографии по конкретным заболеваниям, оформляет список литературы по требованиям библиографического ГОСТа.

«хорошо» - студент обладает хорошими практическими умениями: знает методику выполнения практических навыков недостаточно точно, применяет на практике тот или иной диагностический прием при проведении объективного исследования конкретного пациента, но с ошибками; планирует комплекс дополнительной диагностики в недостаточно полном объеме, допускает ошибки в формулировке диагноза или не владеет современными классификациями; допускает несущественные ошибки в назначении плана лечения, недооценивает прогноз, недостаточно точно ориентируется в методах профилактики и постгоспитальной реабилитации пациента.

«удовлетворительно» - студент обладает удовлетворительными практическими умениями: знает основные положения методики выполнения практических навыков, но выполняет диагностические манипуляции с грубыми ошибками, ухудшающими информативность исследования в значительной степени; назначает комплекс дополнительной диагностики в неполном объеме, без учета дифференциальной диагностики; формулирует диагноз не полностью, без учета всех осложнений и современных классификаций, назначает план лечения с ошибками, которые после собеседования может исправить, плохо ориентируется в возможных вариантах хирургического лечения, не может определить прогноз и планировать реабилитацию пациента.

«неудовлетворительно» - студент не обладает достаточным уровнем практических умений (не знает и не умеет применить методики выполнения различных диагностических мероприятий, не умеет планировать дополнительное обследование, не может сформулировать правильный диагноз, не ориентируется в методах и способах лечения или допускает грубые ошибки, не знает профилактики и проч.).

§2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины:

Итоговый контроль знаний и умений студентов проходит в виде экзамена по окончании 8 семестра. Экзамен проводится по трехэтапной схеме.

✓ Первым этапом экзамена является определение уровня освоения практических навыков и умений, полученных студентом в ходе обучения на цикловых практических занятиях. Сюда включена оценка, полученная за написание учебной АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ и КУРАТОРСКОГО ЛИСТА на пациента, курируемого студентом на практических занятиях в 7 и 8 семестрах. Эта оценка является интегральной, характеризующей уровень усвоения конкретных практических аспектов диагностики и лечения пациента по всем разделам от жалоб до планирования лечения, реабилитации, профилактики.

Критерии оценки:

отлично - Средняя оценка за истории болезни равна 4 или 5 баллам. Студент безошибочно определяет метод рентгенологического исследования на предоставленной для интерпретации рентгенограмме, дает характеристику соответствующему рентгенологическому синдрому, определяет предположительный диагноз, пути дифференциальной диагностики и варианты дополнительных методик исследования. Безошибочно трактует данные лабораторных методов исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий или биохимический анализы мочи), или допускает 1-2 незначительных ошибки. Успешно проводит клинико-лабораторные параллели и характеризует клинический синдром или состояние, которому соответствует представленная лабораторная картина.

хорошо – Средняя оценка за истории болезни равна 3-5 баллам. Студент безошибочно определяет метод рентгенологического исследования на предоставленной для интерпретации рентгенограмме, дает неполную характеристику соответствующему рентгенологическому синдрому,

ошибается при определении предположительного диагноза, допускает неточные формулировки при определении путей дифференциальной диагностики и вариантов дополнительных методик исследования. Допускает 1-2 несущественных ошибки при трактовке данных лабораторных методов исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий или биохимический анализы мочи) или путается в нормах лабораторных показателей, но после наводящих вопросов отвечает правильно.

удовлетворительно - Средняя оценка за истории болезни равна 3 или 4 баллам. Студент допускает существенные терминологические погрешности в определении метода рентгенологического исследования на предоставленной для интерпретации рентгенограмме, или, не дает описательную характеристику (или характеризует неправильно) соответствующему рентгенологическому синдрому, не может сделать рентгенологическое заключение или поставить предположительный диагноз, определить пути дифференциальной диагностики и варианты дополнительных методик исследования. При трактовке данных лабораторных методов исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий или биохимический анализы мочи), допускает более 1-2 существенных ошибок, затрудняется в проведении клинико-лабораторных параллелей и характеристики клинического синдрома или состояния, которому соответствует представленная лабораторная картина.

неудовлетворительно - Средняя оценка за истории болезни равна 3 или 4 баллам. Студент не обладает достаточным уровнем практических умений. Не может определить метод рентгенологической диагностики, не в состоянии дать характеристику соответствующему рентгенологическому синдрому, не может предположить диагноз и определить пути её дифференциальной диагностики и варианты дополнительных методик исследования, после наводящих вопросов полностью не исправляется. Допускает концептуальные ошибки (3 и более) в трактовке данных лабораторных методов исследования (клинический и биохимический

анализы крови, общий или биохимический анализы мочи), не в состоянии охарактеризовать клинический синдром или состояние, которому соответствует представленная лабораторная картина, не знает норм представленных лабораторных показателей.

- ✓ Второй этап экзаменационной аттестации - тестовый контроль.

Критерии оценки:

Из всех тестовых заданий студентом даны правильные ответы на:

- 91-100% - оценка «отлично»,

81 -90% - оценка «хорошо»,

71-80% - оценка «удовлетворительно»,

70% и менее - оценка «неудовлетворительно».

- ✓ Третий этап итоговой аттестации – это решение двух ситуационных заданий, которые представлены в виде – текстовая задача и рентгенограмма по пройденным нозологиям.

Критерии оценки:

оценка «отлично» ставится студенту, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения практических задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины;

оценку «хорошо» заслуживает студент, обнаруживший полное знание программного материал, но допускающий незначительные ошибки в классификации нозологических форм, постановке диагноза, плане дополнительной диагностики, которые легко исправляет после наводящих вопросов. Если студент, интерпретируя рентгенологическую задачу, путается в определении конкретного рентгенологического синдрома, но после

наводящих вопросов отвечает правильно, не дает полной характеристики метода исследования, рентгенологическое заключение формулирует правильно.

оценку «удовлетворительно» заслуживает студент, обнаруживший средний уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении, недостаточно владеющий современными классификациями и вследствие этого неправильно формулирует диагноз. Затрудняется в достаточном объеме определить пути проведения дополнительной диагностики, определяет правильные направления лечения, но назначает их в неадекватном объеме. При формулировании рентгенологического заключения неточно называет метод исследования, не знает методики его проведения, затрудняется в формулировании характерных рентгенологических признаков данной патологии, но правильно формулирует рентгенологическое заключение.

оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы задачи многочисленные ошибки принципиального характера, неправильно поставлен диагноз, после собеседования на наводящие вопросы ответить не может. Не может интерпретировать рентгенограмму, не может дать заключение о предположительном диагнозе.

Результатом итогового тестирования и собеседования выставляется итоговая оценка, являющаяся собой среднее арифметическое от суммы баллов, полученных на всех этапах аттестации. Студент, который на любом этапе экзамена получает оценку «неудовлетворительно», к сдаче следующего этапа не допускается. При пересдаче проводится экзамен по не зачтенным этапам.

Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций по итогам освоения дисциплины для каждой формируемой компетенции создается в соответствии с образцом, приведенным в Приложении № 1.

IV. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

Основная литература:

1. Хирургические болезни : учебник / М. И. Кузин, Н. М. Кузин, В. А. Кубышкин [и др.]. - 5-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1024 с. - ISBN 978-5-9704-7014-5. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470145.html> (дата обращения: 11.04.2023). - Текст : электронный.
2. Хирургические болезни : учебник в 2-х т. / ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – Т. 1. – 719 с.- - ISBN 978-5-9704-3998-2. - URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/75214/default>. – Текст : непосредственный.

Дополнительная литература:

1. Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. Н. В. Мерзликина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-7315-3. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970473153.html> (дата обращения: 11.04.2023). - Текст: электронный.
2. Лагун, М. А. Курс факультетской хирургии в рисунках, таблицах и схемах / М. А. Лагун, Б. С. Харитонов ; под общ. ред. С. В. Вертянкина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - ISBN 978-5-9704-3783-4. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437834.html> (дата обращения: 14.04.2021). - Текст : электронный.
3. Абдоминальная хирургия : национальное руководство : краткое издание/ под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с. - ISBN 978-5-9704-6631-5. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466315.html> (дата обращения: 11.04.2023). - Текст : электронный.
4. Минимальноинвазивная абдоминальная хирургия / Т. Кек, К. Гермер, А. Шабунин [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-6000-9. - URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460009.html> (дата обращения: 14.04.2021). - Текст : электронный.
5. Желчнокаменная болезнь : руководство / С. А. Дадвани [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-медиа, 2009. - 175 с. - Библиогр.: с. 163. - ISBN 978-5-9704-1196-4. - URL :

- <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/31723/default>.
– Текст : непосредственный.
6. Литовский, И. А. Панкреатиты (вопросы патогенеза, диагностики, лечения) / [И. А. Литовский](#), [А. В. Гордиенко](#). – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. – 231 с. - Библиогр.: с. 210-231. - ISBN 978-5-299-00673-5.
– URL :
<http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/70110/default>. -
Текст : непосредственный.
7. Панкреатит / под ред. Н. В. Мерзликина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
- 528 с. - ISBN 978-5-9704-2847-4. - URL :
<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428474.html> (дата обращения: 11.04.2023). - Текст : электронный.
8. Черных, А. В. Грыжи живота : иллюстрированное руководство / А. В. Черных, В. В. Алипов, М. П. Попова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-5740-5. - URL :
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457405.html> (дата обращения: 14.04.2021). - Текст : электронный.
9. Сосудистая хирургия В. С. Савельева : национальное руководство: краткое издание / под ред. И. И. Затевахиной, А. И. Кириенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-6536-3. - URL :
<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465363.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Текст : электронный.
10. Расмуссен, Т. Е. Руководство по ангиологии и флебологии : пер. с англ. / Т. Е. Расмуссен, Л. В. Клауз, Б. Г. Тоннессен. – Москва : Литтерра, 2010. – 555 с. - ISBN 978-5-904090-31-9. – URL :
<http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/33518/default>.
– Текст : непосредственный.
11. [Das, S.](#) A manual on clinical surgery : including special investigations and differential diagnosis / [S. Das](#) . – 7 ed. – Calcutta : Published by Dr. S. Das, 2008 . – fig. - Руководство по клинической хирургии : включая специальные исследования и дифференциальную диагностику . – На англ. яз.
– URL :
<http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/57785/default>.
– Текст : непосредственный.

Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине:

1. Факультетская хирургия. Пишем виртуальную историю болезни : методические указания к клиническим практическим занятиям (дистанционное обучение) для самостоятельной работы студентов 4 курса, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело / Тверской государственный медицинский университет ; сост. Г. В. Вакулин, Ф. А. Бабаев, А. О. Ледин. – 53 Кб. – Тверь : [б. и.], 2020. <https://eos.tvgmu.ru/mod/assign/view.php?id=21612>

2. Калантаров, Т. К. Общие вопросы пропедевтики хирургических болезней : учебно-методическое пособие / Т. К. Калантаров, Е. М. Мохов – Тверь : Триада, 2012. – 95 с. - ISBN 978-5-94789-487-5. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/41370/default>. – Текст : непосредственный.

3. Экзаменационные вопросы, тесты и задачи по факультетской хирургии : учебное пособие для студентов лечебного факультета / сост. А. Е. Новосельцев [и др.] ; Тверская государственная медицинская академия. – Тверь : [б. и.] - 2016 г. – URL : [https://eos.tvgmu.ru/pluginfile.php/22645/mod_resource/content/2/тесты%20и%20задачи_новая.docx%8F%20%D1%85%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%8F\).doc](https://eos.tvgmu.ru/pluginfile.php/22645/mod_resource/content/2/тесты%20и%20задачи_новая.docx%8F%20%D1%85%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%8F).doc) (дата обращения 10.05.2024 г.) Текст : электронный

4. Желчнокаменная болезнь и её осложнения : учебно-методическое пособие для аудиторных занятий со студентами 4 курса, лечебного факультета / Ф. А. Бабаев, Г. В. Вакулин, А. Е. Новосельцев, А. О. Ледин ; Тверской государственный медицинский университет. – Тверь : [б. и.], 2018. – URL :

5. Академическая история болезни : методические рекомендации для самостоятельной работы студентов IV курса лечебного факультета /сост. А. Е. Новосельцев [и др.]. – Тверь : ТГМА, 2016. – URL : https://eos.tvgmu.ru/pluginfile.php/22694/mod_resource/content/1/АКАДЕМИЧЕСКАЯ%20ИСТОРИЯ%20БОЛЕЗНИ_ФАК%20ХИР.doc (дата обращения 13.05.2024) Текст: электронный.

6. Паховая грыжа : учебное пособие / Т. К. Калантаров [и др.] ; Тверская государственная медицинская академия. – Тверь : Триада, 2008. - 80 с. - Библиогр.: с. 73-80. – URL :

3. Электронно-библиотечные системы, профессиональные базы данных и информационные справочные системы

- Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – Режим доступа:

www.geotar.ru.

- электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова;
- электронный справочник «Информио» для высших учебных заведений (www.informuo.ru);
- информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);
- бесплатная электронная библиотека онлайн «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» // <http://window.edu.ru/>;
- официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <http://www.rosminzdrav.ru>;
- Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>;
- официальный сайт Министерства образования и науки Российской Федерации // <http://минобрнауки.рф/>.
- Врачи РФ. Общероссийская социальная сеть. (<http://vrachirf.ru/company-announce-single/6191>).

4. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2016:
 - Access 2016;
 - Excel 2016;
 - Outlook 2016;
 - PowerPoint 2016;
 - Word 2016;
2. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOfficePro
3. Программное обеспечение «Среда электронного обучения 3KL»

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru);

V. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Приложение № 2

VI. Научно-исследовательская работа студента

Научно-исследовательская работа студентов организована в рамках работы кружка СНО на кафедре факультетской хирургии с курсом онкологии. Осуществляется поисковая работа студентов при изучении медицинских документов из архива, историй болезни пациентов, операционных журналов. Проводятся опросы и анкетирование пациентов. Практикуется изучение специальной литературы и другой научно-технической информации о достижениях современной отечественной и зарубежной науки и техники; и проведение научных исследований с последующим выступлением на итоговых научных студенческих конференциях в Твери и в других городах России, а также подготовка к публикации статьи, тезисов. В 8 семестре проводится итоговое открытое заседание научного кружка кафедры, которое проходит в виде занятия-конференции, студенты демонстрируют свои научные работы, доклады и стендовые сообщения, проводится дискуссия, открытое голосование за лучшие работы, выносимые затем на межвузовские заседания СНО.

(Примерные темы НИР в методическом пособии для преподавателей и приложении 4)

VII. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины

Представлены в Приложении № 3

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

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

ИОПК-4.1 Умеет проводить физикальное обследование, назначать методы дополнительной диагностики

ИОПК-4.2 знает методы диагностики и диагностические возможности исследования в хирургии медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях;

ИОПК-4.3 Владеет методикой интерпретации полученные результаты при лабораторных и инструментальных методах исследования

ИОПК-4.4 Владеет основами дифференциальной диагностики, проводимой по результатам дополнительных методов исследования и постановки окончательного диагноза

**Задания комбинированного типа с выбором верного ответа и обоснованием
выбора из предложенных**

Выберите один правильный ответ.

Задание 1

СПЕЦИФИЧЕСКИМ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ:

- 1) Кохера–Волковича
- 2) Ровзинга
- 2) Ситковского
- 4) все три симптома
- 5) ни один из них

Ответ: 5)

Обоснование: Для острого аппендицита не существует специфичных симптомов.

Задание 2

УКАЖИТЕ СИМПТОМ, КОТОРЫЙ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ ВОДЯНКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ:

- 1) увеличение желчного пузыря
- 2) боли в правом подреберье
- 2) желтуха
- 4) рентгенологически-отключенный желчный пузырь
- 5) отсутствие перитонеальных симптомов

Ответ: 2)

Обоснование: При водянке желчного пузыря не возникает препятствия для оттока желчи из печени в двенадцатиперстную кишку

Задание 3

РАК ПЭНКОСТА - ЭТО:

- 1) центральный рак средней доли
- 2) периферический рак нижней доли
- 3) периферический рак верхушки легкого
- 4) центральный рак верхней доли
- 5) полостная форма периферического рака легкого

Ответ: 3)

Обоснование: Авторское название данного типа рака.

Задания закрытого типа на установление соответствия

Задание 1

Прочитайте текст и установите соответствие

К каждой позиции, данной в левом столбце, дайте соответствующую позицию из правого столбца:

Предполагаемый диагноз.		Клинические проявления.	
а	Прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки	1	Боль обычно начинается в эпигастральной или околопупочной области с последующим перемещением в правую подвздошную область
б	Почечная колика	2	«Кинжальная» боль в эпигастральной области, которая возникает внезапно. Выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки
в	Кишечные инфекции	3	опоясывающая боль в эпигастральной области; кровоизлияния или петехиальная сыпь в околопупочной области и боковых отделах живота свидетельствуют о тяжелом течении заболевания
г	Воспаление органов малого таза	4	Боли с иррадиацией в поясницу, медиальную поверхность бедра, половые органы, сопровождающиеся гематурией. Лихорадка нехарактерна.
д	Острый панкреатит	5	Возраст женщин от 20 до 40 лет, двусторонняя болезненность в нижних квадрантах живота, обычно в течение 5 дней после последнего менструального периода. Гнойные выделения из внутреннего зева.

е	Острый аппендицит	6	Профузная водянистая диарея, тошнота, рвота. Боль без четкой локализации, предшествует диарее.
---	-------------------	---	--

Запишите выбранные цифры по соответствующими буквами

а	б	в	г	д	е
2	4	6	5	3	1

Задание 2

Прочитайте текст и установите соответствие

К каждой позиции, данной в левом столбце, дайте соответствующую позицию из правого столбца:

Симптом	Описание
а	Симптом Мейо-Робсона
б	Симптом Грея — Турнера.

1	Отставание верхнего века при опускании глазного яблока вниз при тиреотоксикозе; при этом появляется полоска склеры между верхним веком и радужкой
2	Признак о. холецистита;

			больно й в положе нии на спине. При постуки вании ребром ладони по краю реберно й дуги справа определ яется болезне нность.
в	Симптом Ситковского	3	Призна к о. панкреа тита; болезне нность в области левого реберно - позвоно чного угла.
г	Симптом Ортнера	4	Призна к заворот а сигмови дной кишки; расшир енная и пустая ампула прямой кишки при ректаль ном

			исследо вании.
д	Симптом Обуховской больницы	5	Призна к аппенд ицита; при положе нии больног о на левом боку в илеоцек альной области появляе тся боль.
е	Симптом Грефе	6	Цианоз кожи живота при остром панкреа тите.

Запишите выбранные цифры по соответствующими буквами

а	б	в	г	д	е
3	6	5	2	4	1

Задание 3

Прочитайте текст и установите соответствие

Укажите правильное соответствие симптомов их описанию

симптом		Описание симптома	
а	Мейо-Робсона	1	Болезненность при поколачивании по правой реберной дуге
б	Воскресенского	2	экхимозные или геморрагические высыпания на коже боковых поверхностей туловища между последним ребром и верхней частью бедра
в	Керте	3	болезненность при пальпации между ножками

			m. sternocleidomastoideus dextra у пациента с болями в животе
г	Ортнера	4	Отсутствие эпигастральной пульсации аорты при остром панкреатите
д	Грея–Тернера	5	Поперечная болевая резистентность передней брюшной стенки в проекции поджелудочной железы при остром панкреатите
е	Мюсси Георгиевского	— 6	Болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу

Запишите выбранные цифры по соответствующими буквами

а	б	в	г	д	е
6	4	5	1	2	3

Задания закрытого типа на установление соответствия

Задание 1

Прочитайте текст и установите последовательность

Поставьте в правильном порядке ключевые действия хирурга при выполнении операции по поводу ущемленной паховой грыжи

1.	герниопластика
2.	Рассечение кожи и подкожной клетчатки над паховой связкой
3.	Рассечение грыжевого мешка
4.	Оценка жизнеспособности ущемленных органов
5.	Фиксация ущемленной кишки
6.	Рассечение апоневроза и ущемляющего кольца

Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

2	3	5	6	4	1
---	---	---	---	---	---

Задание 2

Прочитайте текст и установите последовательность

Поставьте в правильном порядке этапы обследования пациента с гастродуоденальным кровотечением.

1.	Пальцевое ректальное обследование
2.	Объективное обследование, измерение пульса, АД
3.	ЭГДС
4	Клинический анализ крови
5.	Оценка надежности гемостаза по шкале Forrest
6.	Определение источника кровотечения

Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

2	1	4	3	6	5
---	---	---	---	---	---

Задание 3

Прочитайте текст и установите последовательность

Поставьте в правильном порядке последовательность морфологических проявлений при остром аппендиците

1.	Флегмонозный аппендицит
2.	Аппендикулярный перитонит
3.	Гангренозный аппендицит
4.	Катаральный аппендицит
5.	Перфоративный аппендицит
6.	Аппендикулярная колика

Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

6	4	1	3	5	2
---	---	---	---	---	---

Задание 4

Прочитайте текст и установите последовательность

Поставьте в правильном порядке стадии артериальной ишемии нижних конечностей по клиническим проявлениям

1.	Стадия субкомпенсации.
2.	Стадия декомпенсации – критической ишемии.
3.	Стадия деструктивных изменений
4.	Стадия функциональной компенсации

Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

4	1	2	3
---	---	---	---

Задания открытой формы

Дополните.

УКАЖИТЕ НАЗВАНИЕ СИМПТОМА ПЕРЕМЕЩЕНИЯ БОЛИ ИЗ ЭПИГАСТРИЯ В ПРАВУЮ ПОДВЗДОШНУЮ ОБЛАСТЬ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ _____ (Кохера–Волковича)

ПРИЗНАК АППЕНДИЦИТА, КОГДА ПРИ ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО НА ЛЕВОМ БОКУ В ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПОЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬ НАЗЫВАЕТСЯ _____ (Ситковского)

НИЖНЕЙ СТЕНКОЙ ПАХОВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ - _____ (паховая связка)

ОБНАРУЖИВАЕМЫЕ ПРИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОСКОПИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ГОРИЗОНТАЛЬНЫЕ УРОВНИ ЖИДКОСТИ И ГАЗОВЫЕ ПУЗЫРИ НАД НИМИ НАЗЫВАЮТ – _____ (чаши Клойбера)

КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ (МАЛИНОВОЕ ЖЕЛЕ) ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ МОГУТ БЫТЬ _____ ПРИ _____ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ – _____ (инвагинации)

ПРОБА ШВАРЦА - ЭТО _____ ИССЛЕДОВАНИЕ – _____ (пассажа бария по кишечнику)

ХАРАКТЕР КАЛА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ МЕНЯЕТСЯ И НАЗЫВАЕТСЯ _____ (мелена)

РЕДКОГО МИГАНИЕ ГЛАЗ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ НАЗЫВАЕТСЯ
СИМПТОМ _____ (Штельвага)

Контрольные вопросы и задания

1. Что такое пневмоторакс? Какие виды пневмоторакса в зависимости от производящего фактора Вы знаете?
2. Что такое дисфагия? Перечислите основные причины дисфагии. Какие основные клинические формы дисфагии Вы знаете?
3. Что опаснее при кишечной непроходимости – странгуляция или обтурация и почему?
4. Какие формы острого аппендицита относятся к деструктивным?
5. Назовите особенности течения гангренозного аппендицита.
6. Каковы особенности течения острого аппендицита у пожилых людей?
7. Какие выделяют стадии ахалазии кардии по характеру клинической картины?
8. Приведите классификацию осложнений ЖКБ?
9. Современная клиническая классификация острого панкреатита
10. Назовите токсические и постнекротические осложнения острого панкреатита, сроки их возникновения и прогностическую значимость.
11. Перечислите порядок диагностических действий для подтверждения диагноза прободной язвы.
12. Клиническая картина и методы диагностики спонтанного пневмоторакса.

Практико-ориентированные задания

Задание 1

1. Какие предрасполагающие факторы способствуют появлению грыж передней брюшной стенки?
 2. Какие грыжи передней брюшной стенки встречаются наиболее часто?
- Больной 21 года, студент университета, отметил появление у себя выпячивания в правой паховой области во время занятий спортом, при этом возникают умеренные боли без иррадиации в области выпячивания. После прекращения физической нагрузки все болезненные проявления прекращаются, выпячивание не определяется.
- Эталон ответа:

1. Наследственная слабость соединительной ткани, возрастные изменения (снижение тонуса мышц), резкое похудение или ожирение, беременность, травмы передней брюшной стенки, травмы нервных стволов, иннервирующих мышцы передней брюшной стенки.
2. Паховые, пупочные, бедренные, грыжи белой линии живота.

Задание 2

1. Какой вид кишечной непроходимости вызывает ущемление петли кишечника в грыжевых воротах?
2. Назовите основные признаки жизнеспособности ущемленной петли кишечника.

Больной 68 лет поступил по экстренным показаниям. На операции при ревизии грыжевого мешка обнаружены 2 петли тонкого кишечника розового цвета, они были вправлены в брюшную полость. На вторые сутки после операции развилась клиника перитонита, паралитического илеуса.

Эталон ответа:

1. Странгуляционная кишечная непроходимость.
2. Розовый цвет кишечника, наличие перистальтики кишечника. Наличие пульсации артерий брыжейки кишечника.

Задание 3

1. Назовите формы острого геморроя.
2. На основании какого симптома диагностируют стадию хронического геморроя?

Больной А., 44 лет, отмечает периодические кровотечения из прямой кишки в конце акта дефекации, выпадение узлов из заднего прохода с самостоятельным вправлением. При аноскопии на 3-7-11 часах выявлены узлы, спадающиеся, с гиперемированной и отечной слизистой над ними. Гемоглобин – 98 г/л.

.

Эталон ответа:

1. Кровотечение из геморроидальных узлов, тромбоз геморроидальных узлов.
2. Выпадение внутренних геморроидальных узлов из анального канала и способ их вправления.

Задание 4

1. Какой диагноз и с чем провести дифференциальную диагностику?
2. Какие инструментальные и дополнительные исследования нужно применить для постановки диагноза?

Мужчина, 40 лет, после алкогольного опьянения в течение 4-5 часов проспал на улице. Через 2 дня у него повысилась температура, появились боли в грудной клетке. В последующем повышение температуры до 39°C, лечился в отделении терапии. Через 2 недели внезапно при кашле отошло около 200 мл гноя с неприятным ихорозным запахом.

Эталон ответа

1. Острый абсцесс легкого. Необходимо дифференцировать с хроническим абсцессом, раком лёгкого, фиброзно-кавернозным туберкулезом, пневмонией.
2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография органов грудной полости, микроскопическое и цитологическое исследование мокроты, посев мокроты на флору и определение чувствительности к антибиотикам, бронхоскопию.

Ситуационные задачи

Задача 1.

У больного 30 лет 3 месяца назад появилась перемежающаяся хромота: через каждые 300—400 м он был вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Перед госпитализацией это расстояние сократилось до 100 м, появились боли в I пальце правой стопы, на пальце образовалась глубокая некротическая язва. Голени больного имеют мраморную окраску, дистальные части стоп синюшно-багрового цвета. Ногти сухие и ломкие. Пульс на артериях стопы и голени отсутствует, на подколенных артериях — ослаблен. Резко положительный симптом плантарной ишемии.

Задание:

1. Какое заболевание у больного?
1. Какую классификацию используют для определения стадии ишемии?
2. Что представляет из себя симптом плантарной ишемии и как он называется по автору?
3. Как его следует лечить?

Ответ:

1. У больного облитерирующий эндартериит (Тромбангиит) в некротической стадии.
1. Классификация Покровского-Фонтейна

I стадия — доклиническая, симптомы обычно незначительные: слабая боль, онемение, покалывание и ощущение холода в поражённой конечности. Симптомы могут усиливаться при физической активности или воздействии холода.

II стадия — перемежающаяся хромота.

III стадия — боли в покое и «ночные боли».

IV стадия — трофические расстройства и гангрена нижних конечностей.

2. Симптом плантарной ишемии Оппеля — функциональный тест, который заключается в побледнении подошвы стопы поражённой конечности, поднятой вверх под углом 45°.

3. Поскольку заболевание быстро прогрессирует, больному показана двусторонняя поясничная симпатэктомия и некрэктомия I пальца.

Одновременно ему следует проводить энергичное консервативное лечение, включающее комплекс витаминов, сосудорасширяющих средств, физиотерапевтическое и бальнеологическое лечение, гипербарическая оксигенация. Показано диспансерное наблюдение.

Задача 2.

Больной 63 лет, страдающий длительное время анацидным гастритом, за последние 4 мес. сильно похудел и ослаб. Утром у него появились головокружение и резкая слабость, была однократная рвота небольшим количеством жидкости цвета кофейной гущи. Днём был стул — кал дегтеобразный. После этого был доставлен в хирургическое отделение.

Задание:

1. Чем вызвано подобное состояние больного?
1. С помощью каких исследований можно уточнить диагноз?
2. Что следует предпринять?

Ответ:

1. У больного имеется желудочное кровотечение. Возраст больного и данные анамнеза (предраковое заболевание в прошлом, необъяснимая потеря веса на короткий период) позволяют заподозрить в первую очередь рак желудка.
1. Для уточнения диагноза следует тщательно исследовать больного, применив вначале физикальные методы обследования, пальцевое ректальное исследование, лабораторные показатели: гемоглобин, гематокрит, эритроциты, тромбоциты, АЧТВ, МНО. Для установления факта и источника кровотечения показано ЭГДС (Эзофагогастродуоденоскопия).

2. При продолжающемся кровотечении последние два метода применять следует только, если есть сомнения в диагнозе и вопрос о необходимости срочного вмешательства не решен. Если диагноз кровоточащей опухоли желудка будет подтвержден, следует попытаться с помощью консервативных эндоскопических мероприятий остановить кровотечение-аргоно-плазменная коагуляция, аппликация биологическими клеями, гемоблок. Эндоваскулярная эмболизация питающих артерий. В дальнейшем, при отсутствии противопоказаний, после короткой, но интенсивной подготовки нужно оперировать больного в плановом порядке (резекция желудка при дистальной локализации опухоли или гастрэктомия). Если же кровотечение продолжается, больного необходимо оперировать экстренно.

Задача 3.

Больная В., 39 лет в течение длительного времени страдает запорами. В течение последних 4-х месяцев стали появляться сильные боли при и после дефекации, кожный зуд в анальной области. При осмотре анальной области на 6 часах около заднепроходного отверстия наблюдается кожная складка. Тонус сфинктера прямой кишки повышенный, пальпация задней стенки анального канала болезненная. При аноскопии на задней стенке анального канала выявлена веретенообразная рана 1,0х0,4 см, покрытая пленкой фибрина, с омозолелыми краями.

Задание:

1. Поставьте развернутый диагноз.
1. Составьте план дополнительного обследования для уточнения характера заболевания и изучения других органов и систем.
2. С чем необходимо провести дифференциальный диагноз?

Ответ:

1. Хроническая задняя анальная трещина
1. Ректороманоскопия, копрограмма, консультация врача-гастроэнтеролога.
2. С новообразованием анального канала и прямой кишки, сифилисом, болезнью Крона, геморроем.

Задача 4.

У больной 45 лет, длительное время страдающей варикозной болезнью нижних конечностей, неделю назад появились боли и уплотнения по ходу

поверхностных вен левой голени. При осмотре установлено, что состояние больной удовлетворительное. Отека и цианоза левой нижней конечности нет. На внутренней поверхности голени по ходу варикозно-расширенных вен пальпируется болезненный тяж и определяется гиперемия кожи над ним. Артериальная пульсация на всем протяжении конечности сохранена.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
1. Проведите дифференциальную диагностику с флеботромбозом глубоких вен.
2. Какие дополнительные методы лечения провести?

Ответ:

1. Тромбофлебит поверхностных вен голени.
1. При тромбофлебите поверхностных вен характерно отсутствие распирающих болей и циркулярного отека конечности с лоснящейся цианотичной кожей, симптом Homans (болезненность в икроножных мышцах при тыльном сгибании стопы) положительный при флеботромбозе.
2. Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей, исследование системы гемостаза.

Задача 5.

Больная 46 лет. На 4-е сутки после операции резекции $\frac{2}{3}$ желудка по Бильрот I у больной усилились боли в животе, появился метеоризм, была однократная рвота, газы не отходили. Температура субфебрильная. Пульс 90 в минуту. Язык суховат. Живот резко и равномерно вздут, умеренно болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. В брюшной полости определяется жидкость. Печеночная тупость не определяется. Перистальтические шумы ослабленные.

Задание:

1. Что произошло с пациенткой?
1. Какая должна быть диагностическая тактика?
2. Назовите возможные изменения в лабораторных показателях?

Ответ:

1. У больной имеется послеоперационный парез кишечника, возможно развитие динамической паралитической кишечной непроходимости на

фоне послеоперационного перитонита в следствие несостоятельности анастомоза.

1. Тактика дообследования – обзорная рентгенография брюшной полости в вертикальном положении (лёжа или сидя), при подозрении на перфорацию исследование пассажа бария не проводят. Показана только компьютерная томография органов брюшной полости и исследованием пассажа контрастного препарата, УЗИ органов брюшной полости.
2. Клинический анализ крови – умеренный лейкоцитоз, умеренное повышение уровня гематокрита, увеличение уровня скорости оседания эритроцитов, биохимический анализ крови – повышение уровня С-реактивного белка и прокальцитонина, увеличение лактата, гиперкалиемия.

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

ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

ИОПК-7.1 Умеет применять лекарственные препараты и медицинские изделия для лечения патологических заболеваний и состояний

ИОПК-7.2 Умеет использовать современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи

ИОПК-7.3 Владеет методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины

ИОПК-7.4 Умеет оценивать безопасность и целесообразность применения различных методов хирургического лечения, правильно оформляя медицинскую документацию.

**Задания комбинированного типа с выбором верного ответа и обоснованием
выбора из предложенных**

Выберите один правильный ответ.

Задание 1

НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) физиотерапия
- 2) сидячие теплые ванны
- 3) пункция гнойника
- 4) антибиотикотерапия
- 5) вскрытие гнойника с ликвидацией внутреннего отверстия

Ответ: 5)

Обоснование: Острый парапроктит проявляется абсцессом околопрямокишечной области. Основным методом лечения абсцесса является вскрытие гнойника.

Задание 2

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО ПРИСТУПА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- 1) вагосимпатическая блокада
- 2) перидуральная анестезия
- 3) паранефральная блокада
- 4) блокада круглой связки печени
- 5) морфин

Ответ: 5)

Обоснование: Препараты морфия повышают тонус сфинктера Одди и увеличивают давление в панкреатических и желчевыводящих протоках.

Задание 3

В КАЧЕСТВЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕПРОХОДИМОСТИ ПИЩЕВОДА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- 1) гастростомия
- 2) гастроэнтероанастомоз
- 3) эзофагостомия
- 4) трансверзостомия
- 5) селективная проксимальная ваготомия

Ответ: 1)

Обоснование: Паллиативная операция не приводит к излечению от основного заболевания, не устраняет непроходимость пищевода, но гастростома необходима для энтерального питания и поддержания дальнейшей жизнедеятельности организма.

Задания закрытого типа на установление соответствия

Задание 1

Прочитайте текст и установите соответствие

К каждой позиции, данной в левом столбце, дайте соответствующую позицию из
правого столбца:

Вопрос	Ответ
--------	-------

а	Решающим исследованием в дифференциальной диагностике острого аппендицита с нарушенной внематочной беременностью является	1	Влагалищное и ректальное исследование)
б	Отличить пахово-мошоночную грыжу от водянки оболочек яичка позволяет инструментальное исследование	2	Наложение колостомы
в	При проведении дифференциального диагноза у больной 26 лет между острым аппендицитом (тазовое расположение) и прервавшейся внематочной беременностью в первую очередь следует выполнить	3	Пункция заднего свода влагалища
г	При подозрении на острую кишечную непроходимость в первую очередь производится	4	Назогастральная интубация кишечника
д	Для декомпрессии кишечника при кишечной непроходимости во время операции выполняется	5	Обзорная рентгенография брюшной полости
е	Операцией выбора при	6	Диафаноскопия

	низкой толстокишечной обтурационной непроходимости с сильно раздутой, но жизнеспособной приводящей петлей, является		
--	---	--	--

Запишите выбранные цифры по соответствующими буквами

а	б	в	г	д	е
3	6	1	5	4	2

Задание 2

Прочитайте текст и установите соответствие

К каждой позиции, данной в левом столбце, дайте соответствующую позицию из
правого столбца:

Интраоперационная картина		Рациональная хирургическая тактика	
а	странгуляционная тонкокишечная непроходимость, кишка жизнеспособна	1	Наложение сигмостомы
б	заворот тонкой кишки с участком некроза	2	Резекцию кишки с двустольной сигмостомой.
в	заворот сигмовидной кишки при долихосигме с некрозом кишки	3	Рассечение спаек, назоинтестинальная интубация для декомпрессии
г	заворот сигмовидной кишки при долихосигме, кишка жизнеспособна	4	Введение спазмолитиков, проведение сифонной клизмы, коррекция водно-электролитных нарушений
д	Динамическая кишечная непроходимость	5	Трансанальная интубация левой половины толстой кишки, мезосигмопликация по Гаген-Торну
е	Опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки	6	Резекция кишки с наложением анастомоза

Запишите выбранные цифры по соответствующими буквами

а	б	в	г	д	е
3	6	2	5	4	1

Задание 3

Прочитайте текст и установите соответствие

К каждой позиции, данной в левом столбце, дайте соответствующую позицию из правого столбца:

Клиническая ситуация		Выбор метода лечения	
а	Холедохолитиаз, без механической желтухи	1	ЭПСТ, транспапилярная холангиоскопия, лазерная литотрипсия
б	Холедохолитиаз, билирубин 300 мкМ/л	2	Назобилиарное дренирование, Эндоскопическая литэкстракция в отсроченном режиме
в	Во время операции холецистэктомии выявлено, что диаметр холедоха 1,7 см	3	MRCP в плановом порядке для диагностики холангиолитиаза, затем ЛХЭ
г	Холецистолитиаз, перенесенная в анамнезе печеночная колика	4	Холецистэктомия, холедохолитотомия, билиодигестивный анастомоз.
д	Холедохилиз - конкремент 1.5 см в диаметре	5	Необходима холангиография или холангиоскопия для диагностики холедохолитиаха
е	Во время открытой холецистэктомии на холангиограмме выявлен множественный холедохолитиаз	6	Эндоскопическая папилосфинктеротомия и низведение конкрементов в 12 п.к.

Запишите выбранные цифры по соответствующими буквами

а	б	в	г	д	е
6	2	5	3	1	4

Задания закрытого типа на установление соответствия

Задание 1

Прочитайте текст и установите последовательность

Поставьте в правильном порядке ключевые действия хирурга при выполнении операции по поводу кишечной непроходимости

1.	Ревизия органов брюшной полости
2.	Осуществление адекватного доступа
3.	Устранение причины непроходимости
4.	Декомпрессия кишечника
5.	Ушивание раны
6.	Дренирование брюшной полости

Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

2	1	4	3	6	5
---	---	---	---	---	---

Задание 2

Прочитайте текст и установите последовательность

Поставьте в правильном порядке этапы операции при перитоните.

1.	Аспирация содержимого брюшной полости
2.	Дренирование брюшной полости
3.	Осуществление адекватного доступа
4	Санация брюшной полости
5	Устранение источника перитонита
6	Ревизия органов брюшной полости

Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

3	1	6	5	4	2
---	---	---	---	---	---

Задание 3

Прочитайте текст и установите последовательность

Поставьте в правильном порядке ключевые действия хирурга при выполнении операции по поводу транссфинктерного свища прямой кишки

1.	Оценка порции сфинктера, вовлечённого в патологический процесс.
2.	Обезболивание, дивульсия анального сфинктера.
3.	Прокрашивание свищевых ходов.
4.	Ушивание раны. Мазевая повязка.
5.	Зондирование свищевых, поиск внутреннего свищевого отверстия.
6.	Иссечение свища.

Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

2	3	5	1	6	4
---	---	---	---	---	---

Задание 4

Прочитайте текст и установите последовательность

Поставьте в правильном порядке ключевые действия хирурга при выполнении операции по поводу ущемлённой пупочной грыжи.

1.	Вскрытие грыжевого мешка, удаление грыжевой воды.
2.	Послойное рассечение тканей до апоневроза и обнаружение грыжевого мешка.
3.	Определение жизнеспособности ущемленных органов.
4.	Рассечение ущемляющего кольца.
5.	Пластика грыжевых ворот.
6.	Резекция нежизнеспособной петли кишки.

Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

2	1	4	3	6	5
---	---	---	---	---	---

Задания открытой формы

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ЭТО
ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА – _____
(аппендикулярный инфильтрат)

СПОСОБСТВОВАТЬ РАЗВИТИЮ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ МОГУТ – _____ (спайки брюшной полости)

ВЫПАДЕНИЮ В АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ
СПОСОБСТВУЕТ ОСЛАБЛЕНИЕ ЭЛАСТИЧНОСТИ СВЯЗКИ
_____(Паркса).

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЛЕРИША СКЛАДЫВАЕТСЯ
ИЗ _____ (аорто-бедренного шунтирования/протезирования)

ПРИ ТРУДНОСТЯХ МОБИЛИЗАЦИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА
ПОКАЗАНА _____ (ретроградная) АППЕНДЭКТОМИЯ

ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ НАРУЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ХОЛЕДОХА
ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДИКА ПО _____ (Керу, Т-образный дренаж)

ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ -2
ФОРМИРУЕТСЯ _____ (гастро-энтеро) АНАСТОМОЗ

ПРИ БОЛЕЗНИ ПЛАММЕРА ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БУДЕТ
ЗАКЛЮЧАТЬСЯ В _____ (гемитиреоидэктомии)

Контрольные вопросы и задания

1. Какова цель интубации кишечника при операции по поводу кишечной непроходимости?
1. Какова должна быть тактика после рассасывания аппендикулярного инфильтрата?
2. Перечислите фазы течения перитонита?
3. Перечислите методы дренирования холедоха при желчной гипертензии, вызванной осложнениями ЖКБ.
4. Какие методы остановки гастродуоденального кровотечения применяются во время ЭГДС.
5. Какие онкологические противопоказания для оперативного лечения рака легких?
6. Какие вы знаете стадии хронической ишемии нижних конечностей?
7. Какие осложнения могут встречаться после оперативного лечения зоба?

Практико-ориентированные задания

Задание 1

1. Назовите деструктивные формы острого аппендицита.
2. Какой метод лечения применяют при плотном аппендикулярном инфильтрате?

Больная К., 57 лет появились боли в эпигастрии, а затем боли переместились в правую подвздошную область. В правой подвздошной

области пальпируется плотное, неподвижное, умеренно болезненное образование до 5 см в диаметре.

Эталон ответа:

1. Флегмонозный аппендицит, гангренозный аппендицит.
2. Консервативное лечение: антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины 2-3-4 поколения + метранидазол; синтетические пенициллины, 5-фторхинолоны)

Задание 2

1. Какие симптомы перечислены в задании?
2. Укажите способы лечения диффузного токсического зоба.

При осмотре пациентки 55 лет, с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, немотивированные колебания настроения, при осмотре шея утолщена, пальпаторно диффузное увеличение обеих долей щитовидной железы, положительные симптомы Штельвага и Грефе; пульс 115 уд/мин. Лечебная тактика:

Эталон ответа:

1. симптомы ДТЗ: эмоциональная лабильность, тахикардия, редкое мигание век в сочетании с расширением глазной щели, опавшие верхние веки при опускании глаз вниз.
3. Медикаментозное лечение: тиреостатики, направленное на снижение функции щитовидной железы, хирургическое лечение (тиреоидэктомия), радиойодтерапия.

Задание 3

1. Что такое перемежающаяся хромота? Укажите критерии классификации хронической ишемии.
2. Что означает систолический шум над паховыми складками?
3. Какое лечение показано пациенту?

Пациент 60 лет, жалуется на боли в икроножных мышцах обеих ног при ходьбе через 50 метров, онемение и похолодание стоп, чувство ползания мурашек. Болен 8 лет, лечился амбулаторно. Стопы холодные и бледные, мышцы голени атрофичны. Пульсация бедренных сосудов в паху ослаблена, на стопе не определяется. При аускультации в паху над обеими артериями выслушивается грубый систолический шум.

Эталон ответа:

1. Перемежающаяся хромота — это мышечная боль, возникающая в нижней конечности даже при умеренной физической нагрузке, обычно при

ходьбе, заставляющая человека остановиться. Симптомы обычно исчезают после отдыха. Критерием тяжести ишемии является дистанция без болевой ходьбы, чем она короче, тем тяжелее степень нарушения кровообращения.

2. Стеноз подвздошно-бедренного сегмента.

3. Хирургическое: шунтирование или протезирование подвздошно-бедренного сегмента с обеих сторон (аорто-бифemorальное шунтирование\протезирование). При протяженности окклюзии менее 5 см возможно эндоваскулярно балонная дилатация и стентирование.

Ситуационные задачи

Задача 1

У больной с четко ограниченным аппендикулярным инфильтратом, уже нормализовавшейся температурой и снизившимся лейкоцитозом на 4-е сутки после поступления и на 8-е сутки от начала заболевания появились боли внизу живота. Температура приняла гектический характер с размахами до полутора градусов. При осмотре: язык влажный, пульс 92 в минуту; живот мягкий, безболезненный, за исключением правой подвздошной области, где определяется резкая болезненность и положительный симптом Щеткина — Блюмберга. При пальцевом ректальном исследовании нависание передней стенки прямой кишки не обнаружено.

Задание:

1. Какое осложнение наступило у больной?
1. Что следует предпринять для лечения?
2. Если больную следует оперировать, то какой доступ будет рациональным?

Ответ:

1. У больной произошло нагноение аппендикулярного инфильтрата — периаппендикулярный абсцесс.
1. Гнойник следует пунктировать и дренировать под контролем УЗИ либо оперировать — вскрытие и дренирование гнойника (без аппендэктомии).
2. Наиболее целесообразен при типичном расположении инфильтрата внебрюшинный доступ в правой подвздошной области (дойдя до брюшины, ее не вскрывают, а отслаивают, чтобы подойти к гнойной полости сзади со стороны забрюшинного пространства для предотвращения распространения инфекции на непораженные отделы брюшной полости).

Задача 2.

У больной 49 лет после приема обильной мясной, жирной и пряной пищи внезапно появился приступ жестокой опоясывающей боли в эпигастральной области, многократная рвота. Температура оставалась нормальной. При пальпации эпигастральной области умеренная болезненность. Диастаза мочи 1024 единицы. Проводимое консервативное лечение в течение суток привело к улучшению состояния: боли стали значительно меньше, прекратилась рвота. Живот стал мягким, легкая болезненность в эпигастральной области еще оставалась. Симптомов раздражения брюшины не выявлялось, диастаза мочи стала 256 ед.

Задание:

1. Ваш диагноз?
1. Приведите классификацию данного заболевания.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. В чем заключается консервативное лечение?

Ответ:

1. Острый отечный (интерстициальный, абортивный) панкреатит.
1. Отечный, панкреонекроз стерильный, гнойный панкреатит.
Панкреатит легкий, умеренно тяжелый и тяжелый
2. О. холецистит, о. аппендицит, о. инфаркт миокарда, перфоративная язва желудка, левосторонняя почечная колика.
3. Голод первые сутки, потом щадящая диета с момента, как только прекратится рвота! Инфузия физиологического раствора 40 мг/кг, омепразол, спазмолитики, кетопрофен, Сандостатин & октреотид до 0,6 мкг. Антибиотики не показаны

Задача 3.

Больной 63 лет, страдающий длительное время анацидным гастритом, за последние 4 месяца сильно похудел и ослаб. Утром у него появились головокружение и резкая слабость, была однократная рвота небольшим количеством жидкости цвета кофейной гущи. Днем был стул — кал дегтеобразный. После этого был доставлен в хирургическое отделение.

Задание:

1. Чем вызвано подобное состояние больного?
1. С помощью каких исследований можно уточнить диагноз?
2. Перечислите методы лечения.

Ответ:

1. У больного желудочное кровотечение на фоне , вероятно, рака желудка.
1. Для уточнения диагноза следует исследовать больного, применив вначале физикальные методы обследования, включая пальцевое исследование прямой кишки (определение мелены) и клинический анализ крови (гемоглобин, эритроциты, гематокрит), эзофагогастродуоденоскопию.
2. Траниксам 1,0 в\в кап., омепразол 80 мг в\в струйно, затем 8 мг\час в\в кап. в течение 3-х суток (на 70 кг веса). Эндоскопические методы гемостаза: электрокоагуляция, лазерная коагуляция, клипирование кровоточащего сосуда. При неэффективности проводимых мероприятий и продолжающемся кровотечении – лапаротомия, резекция желудка или гемостаз прошиванием сосуда. Возможно эндоваскулярная эмболизация.

Задача 4.

У пациента 68 лет во время экстренной операции по поводу ущемлённой паховой грыжей в грыжевом мешке обнаружены 2 петли тонкой кишки розового цвета, они были признаны жизнеспособными и вправлены в брюшную полость, произведена герниопластика по Лихтенштейн. На вторые сутки после операции развилась клиника перитонита, паралитического илеуса.

Задание:

1. Что могло стать причиной развития перитонита?
1. Какая ошибка допущена хирургами во время операции?
2. Перечислите виды ущемлённых грыж.
3. Как определяется жизнеспособность кишечника? Что необходимо предпринять в сомнительных случаях?

Ответ:

1. Ретроградное или W-образное ущемление тонкой кишки.
1. Во время операции хирург после рассечения ущемляющего кольца по всей видимости не вывернул 2 перли кишечника и произвел ревизию соединительной петли, обращенной в брюшную полости.
2. Эластической, каловое; Ретроградное и рихтеровские (пристеночное).
3. По цвету, перистальтике, блеску брюшины, но в первую очередь по наличию пульсации сосудов брыжейки. В сомнительных случаях в брыжейку вводят 0,25% р-р новокаина, а кишку отогревают тампонами, смоченными физ. р-ром, подогретым до 50-60 градусов С. Если кишка нежизнеспособна – производят её резекцию, отступя 30-40 см проксимальной линии некроза и 15-20 от дистальной.

Справка

о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины

Факультетская хирургия

(название дисциплины, модуля, практики)

№ п\п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
1	Учебная комната №1	Меловая доска, негатоскоп, комплект наглядных пособий по дисциплине, объемны макет внутренних органов, учебные столы-парты, стулья
2	Учебная комната №2	Меловая доска, негатоскоп, комплект наглядных пособий по дисциплине, макет легкие-сердце, учебные столы-парты, стулья
3	Учебная комната № 3	Магнитная пластиковая доска, негатоскоп, комплект наглядных пособий по дисциплине, объемны макет сосудистой системы, видеоманитофон и телевизор, учебные столы-парты, стулья
4	Учебная комната №4	Меловая доска, видеоманитофон и телевизор, учебные столы-парты, стулья
5	Учебная комната №5	Письменный стол, стулья, комплект наглядных пособий по дисциплине,

**Лист регистрации изменений и дополнений на 2026-2027 учебный год
в рабочую программу дисциплины (модуля, практики)
факультетская хирургия**

(название дисциплины, модуля, практики)

для обучающихся 4 курса,

специальность: лечебное дело

форма обучения: очная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на

заседании кафедры «_____» _____ 202__ г. (протокол № _____)

Зав. кафедрой _____ (ФИО)

подпись

Содержание изменений и дополнений

№ п/п	Раздел, пункт, номер страницы, абзац	Старый текст	Новый текст	Комментарий

Примерные ТЕМЫ НИРС:

1. Современные взгляды на причины развития заболеваний щитовидной железы, возможности консервативной терапии.
2. Радиоабляция при ДТЗ.
3. Диспансерное наблюдение и проведение заместительной терапии после операций на щитовидной железе.
4. Эндоскопические возможности хирургического лечения узловых форм зоба.
5. Современные взгляды на причины развития заболеваний периферических артерий, возможности консервативной терапии.
6. Эндоваскулярные способы лечения окклюзионных поражений артерий нижних конечностей.
7. Эпидемиологические особенности распространенности варикозной болезни.
8. Современные способы лечения варикозной болезни нижних конечностей.
9. Современные взгляды на этиопатогенез неспецифических гнойно-деструктивных заболеваний легких.
10. Особенности клинического течения основных форм неспецифических гнойно-деструктивных заболеваний легких.
11. Комплексное лечение больных неспецифическими гнойно-деструктивными заболеваниями легких.
12. Буллезная болезнь легких и спонтанный пневмоторакс. Современные взгляды и методы лечения.
13. Роль курения и загрязнения окружающей среды в этиопатогенезе рака лёгких.
14. Особенности клинической манифестации центрального и периферического рака лёгких.
15. Ахалазия кардии. Методы традиционного и малоинвазивного лечения.

16. Создание искусственного пищевода у больных пастоожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода. Реферат.
17. Прободная язва. Особенности диагностики и современные методы лечения.
18. Гастродуоденальные кровотечения – дифференциальная диагностика и методы лечения.
19. Современные методы эндоскопической диагностики заболеваний желудка.
20. Современные миниинвазивные способы лечения геморроя.
21. Современные методы диагностики параректальных свищей.
22. Реабилитация пациентов с анальной трещиной.
23. Результаты устранения паховой грыжи при разных способах пластики передней брюшной стенки.
24. Лапароскопические методы лечения грыж брюшной стенки в стратегии fast-track лечения.
25. Возможности лучевой диагностики грыжи.
26. Внутриаортальное введение лекарственных препаратов при остром панкреатите.
27. Эффективность методов экстракорпоральной детоксикации при остром панкреатите.
28. Продленная перидуральная анестезия при остром панкреатите и ее влияние на прогноз.
29. Чрескожные пункции желчного пузыря и протоков с диагностической и лечебной целью.
30. Диагностика и лечение синдрома Мириззи.
31. Сравнительная оценка традиционных и малоинвазивных способов лечения билиарной обструкции.
32. Современные способы хирургического лечения аппендицита.
33. Эффективность лучевых методов диагностики острого аппендицита.

34.Причины высокой летальности больных перитонитом и пути ее уменьшения.

35.Этапная хирургия в лечении больных с острой кишечной непроходимостью.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ВЫПОЛНЕННОГО РЕФЕРАТ

зачтено - материал разделен на параграфы, изложен логически правильно, полно, имеется план, иллюстрации, графики и таблицы (при необходимости), список использованной при написании реферата литературы или других источников информации (оформленный по современному библиографическому ГОСТу), содержит не менее 4-5 информационных ссылок.

не зачтено - порученный реферат не выполнен или подготовлен небрежно: тема не раскрыта, при подготовке студент пользовался только ссылками в Интернете, отсутствует форматирование текста, основные источники информации – литература, изданная более пяти лет назад.