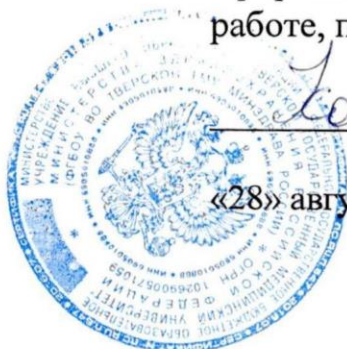


Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Тверской государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра факультетской хирургии.

**УТВЕРЖДАЮ**

Проректор по учебной и воспитательной  
работе, председатель ЦКМС



 И.Ю. Колесникова

«28» августа 2020 г.

**Рабочая программа дисциплины  
«Факультетская хирургия»**

для студентов 4 курса,

направление подготовки (специальность)  
лечебное дело

форма обучения  
очная

Рабочая программа дисциплины  
обсуждена на заседании кафедры  
«15» июня 2020 г.  
(протокол № 8)

Зав. кафедрой  Бабаев Ф.А.о.

*подпись*

Разработчики рабочей  
программы:  
К.м.н., доцент, Вакулин  
Г.В.  
Д.м.н., Бабаев Ф.А.о  
К.м.н., доцент Ледин А.О.

Тверь, 2020

**I. Рабочая программа утверждена** на заседании центрального координационно-методического совета «28»августа 2020 г. (протокол № 1)

## **II. Пояснительная записка**

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по направлению подготовки (специальности) **31.05.01 Лечебное дело**, с учётом рекомендаций примерной основной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

### **1. Цель и задачи дисциплины:**

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

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

| <b>Формируемые компетенции</b>  | <b>Планируемые результаты обучения</b><br>В результате изучения дисциплины студент должен:   |
|---|--|
| <p>ПК-6</p> <p><i>Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра</i></p> | <p><b>Владеть:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Методикой общего клинического обследования, техникой определения основных симптомов.</li> <li>2. Оформлением медицинской документации – карты стационарного больного.</li> <li>3. Алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза.</li> </ol> <p><b>Уметь:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проводить общее и местное обследование хирургических больных, устанавливать диагноз и обосновывать его.</li> <li>2. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов обследования.</li> <li>3. Разрабатывать план лечения хирургических больных.</li> </ol> <p><b>Знать:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наиболее часто встречающиеся хирургические заболевания человека, частоту их в популяции, степень опасности для здоровья, этиологию и патогенез, клинику, осложнения, прогноз, различные варианты течения.</li> <li>2. Методы диагностики хирургических заболеваний, их диагностическую ценность, показания и противопоказания к применению, возможные осложнения.</li> <li>3. Методы определения и оценки состояния</li> </ol> |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>жизненно важных органов и систем.</p> <p>4. Клинику, диагностику экстренных состояний при хирургических заболеваниях и неотложную помощь при них.</p>  |
| <p>ПК -8</p> <p><i>Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами</i></p> | <p><b>Владеть:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Составлением плана обследования больного, назначением консультаций специалистов.</li> <li>2. Тактическим алгоритмом лечения urgentных хирургических заболеваний.</li> </ol> <p><b>Уметь:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Разрабатывать план лечения хирургических больных.</li> <li>2. Определять трудоспособность хирургических больных.</li> <li>3. Намечать программу реабилитационных мероприятий.</li> </ol> <p><b>Знать:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Показания и противопоказания к оперативному лечению при хирургической патологии.</li> <li>2. Вопросы реабилитации, трудоустройства и экспертиза трудоспособности хирургических больных.</li> <li>3. Принципы консервативного лечения хирургических заболеваний (фармакотерапия, методы физического воздействия и др.)</li> <li>4. Принципы использования современной лечебно-диагностической аппаратуры.</li> </ol> |

### **3. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы**

Дисциплина «факультетская хирургия» входит в базовую часть Блока 1 ОПОП специалитета.

Данная дисциплина является этапом освоения хирургических болезней - одного из профилирующих направлений специальности «лечебное дело». Содержательно она закладывает основы диагностики и лечения наиболее часто встречающихся, основных, хирургических заболеваний. 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 так же 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 «входных» знаний** обучающегося для успешного освоения дисциплины должен включать *Знание* анатомо-физиологических особенностей систем органов, характера патологических изменений в них, правил асептики и антисептики, принципов организации хирургического стационара, *умение применить* методы обследования пациента, *Знание* методик хирургических операций и фармакологического воздействия на организм человека в различных патологических состояниях.

1) Перечень дисциплин и практик, усвоение которых студентами необходимо для изучения факультетской хирургии:

- Нормальная анатомия.
- Биология.
- Физика.
- Биорганическая и биологическая химия.
- Гистология с эмбриологией и цитологией.
- Нормальная физиология
- Микробиология, вирусология:
- Иммунология:
- Патологическая анатомия:
- Патологическая физиология:
- Общая гигиена:
- Фармакология.
- Общая хирургия, лучевая диагностика
- Пропедевтика внутренних болезней.
- Топографическая анатомия и оперативная хирургия.
- Кожные и венерические болезни.
- Нервные болезни:
- Факультетская терапия.
- Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения.
- Учебная практика:
  - уход за хирургическими больными
- Производственные практики:
  - помощник младшего медицинского персонала
  - помощник палатной медсестры
  - помощник процедурной медсестры.

2) Как предшествующая дисциплина «Факультетская хирургия» необходим для освоения следующих дисциплин:

- ✓ Госпитальная хирургия (включая сердечно-сосудистую хирургию)
- ✓ Онкология
- ✓ Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
- ✓ Фтизиатрия
- ✓ Производственная практика в качестве помощника врача
- ✓ Производственная практика в качестве врача амбулаторно-поликлинического учреждения.

**4. Объем дисциплины** составляет 6 зачетных единиц, 216 академических часов, в том числе 136 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, и 80 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, занятия – конференции, тренинги, деловая учебная игра, метод работы в малых группах, мастер-класс при изучении методики обследования хирургического пациента, мастер-класс при проведении хирургических операций, 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, использование компьютерных обучающих программ, 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, подготовка докладов с видеопрезентациями, работа 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.

## **6. Формы промежуточной аттестации**

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

## **III. Учебная программа дисциплины**

### **1. Содержание дисциплины**

#### **Тема 1. Курация хирургического больного**

Схема написания академической истории болезни. Особенности выявления желоб 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**

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

2.2 Осложнения острого аппендицита: аппендикулярный инфильтрат, перитонит, пилефлебит, абсцесс Дугласова пространства и др. Показания и противопоказания к операции, подготовка к операции, доступы. Результаты оперативного лечения. Экспертиза временной нетрудоспособности.

### **Тема 3 Грыжи живота.**

3.1 Частота, классификация, этиопатогенез, симптоматология. Принципы оперативного лечения, отдалённые результаты, профилактика. Особенности диагностики и лечения отдельных локализаций грыж. Паховая грыжа. Анатомия пахового канала. Классификация, клиника и диагностика. Врожденные паховые грыжи. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Методы герниопластик. Особенности течения и лечения грыж у стариков.

3.2 Осложнения грыж живота. Внутренние грыжи. Ущемлённые грыжи. Клиническая картина ущемления. Тактика ведения. Этапы оперативного пособия при ущемленной грыже. Критерии жизнеспособности ущемленных органов. Особенности хирургического лечения при различных вариантах течения осложнений грыжи. Исходы. Экспертиза трудоспособности.

### **Тема 4. Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.**

4.1 Анатомия желчевыводящих путей. Методы исследования. Желчнокаменная болезнь. Патогенез камнеобразования, эпидемиология, факторы риска, классификация. Осложнения: холангиолитиаз, механическая желтуха, холангит, билиарный панкреатит. Клиника, диагностика, лечение. Дифференциальный диагноз желтухи. Показания к хирургическому лечению, виды его. Профилактика осложнений. Методы дренирования желчных протоков. ЭРХПГ/ЭПСТ. Рентген-эндоскопические методы лечения осложнений ЖКБ. Осложнения в раннем послеоперационном периоде. Исходы. Экспертиза трудоспособности.

4.2 Острый холецистит. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Методы дополнительного обследования. Принципы современного лечения. Особенности лечения острого холецистита у стариков. Прогноз. Хронический холецистит. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.

### **Тема 5. Острый панкреатит**

Определение понятия, частота встречаемости. Этиопатогенез. Классификация. Клиническое течение и диагностика картина отдельных форм, дифференциальный диагноз. Осложнения и их профилактика. Лечение различных форм острого панкреатита. Показания к оперативному вмешательству. Прогноз, исходы. Экспертиза трудоспособности.

## **Тема 6. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.**

6.1 Регуляция желудочной секреции. Патогенетические отличия дуоденальных и желудочных язв. 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 стеноз. Клиническая картина. Классификация степеней тяжести развития осложнений. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения и выбор метода оперативного или малоинвазивного лечения. Прогноз. Профилактика. 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). Предраковые заболевания желудка. Классификация рака желудка, частота, стадии. Клиника, диагностика, лечение. Методы обследования. Диагностика ранних форм. Тактика лечения. Метастазы рака желудка. 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. Паранекротиты. 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. Инфузионная терапия при кишечной непроходимости. Особенности оперативного лечения. Прогноз. Причины летального исхода и профилактика. Экспертиза трудоспособности.

## **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 и профилактика (раннее обращение, плановое лечение хронических неспецифических заболеваний органов брюшной полости и др.).

#### **Тема 11. Заболевания щитовидной железы.**

Понятие зоба. 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. 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. Профилактика. Экспертиза трудоспособности.

#### **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, профилактика.

#### **Тема 14. Гнойные заболевания плевры. Пневмоторакс.**

Определение понятия, частота, классификация эмпиемы плевры. Этиопатогенез. Клиника, диагностика. Причины хронизации процесса, пути профилактики. 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. Факторы риска (роль курения, условий внешней среды) и первичная профилактика. 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 профилактики и лечения, особенно в пожилом и старческом возрасте.

### **Тема 17. Заболевания вен нижних конечностей.**

Классификация хронической венозной недостаточности. Клиника, диагностика, лечение. Варикозное расширение вен. Частота, этиопатогенез. Клиника. Методы диагностики (объективного и инструментальных методов). Лечение. Осложнения варикозной болезни вен: тромбофлебиты поверхностных и глубоких вен. Профилактика. Прогноз. Трудоспособность. Осложнения: Тромбофлебиты нижних конечностей, ТЭЛА, венозная гангрена. Меры первичной и вторичной профилактики.

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

| Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем разделов дисциплины и тем                   | Аудиторные занятия (контактная работа) |            |                         |                                  |           | Всего часов на контактную работу | Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену (зачету) | Итого часов | Формируемые компетенции |           | Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения | Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости |
|---|--|------------|-------------------------|----------------------------------|-----------|----------------------------------|---|-------------|-------------------------|-----------|--|--|
|   | лекции                                 | семинары   | лабораторные практикумы | клинические практические занятия | зачет     |                                  |   |             | ПК-6                    | ПК-8      |  |  |
| <i>I</i>  | <i>II</i>                              | <i>III</i> | <i>IV</i>               | <i>V</i>                         | <i>VI</i> | <i>VII</i>                       | <i>VIII</i>   | <i>IX</i>   | <i>X</i>                | <i>XI</i> | <i>XII</i>   | <i>XIII</i>  |
| <b>1. Курация больных</b>   |  |            |                         | <b>7</b>                         |           | <b>7</b>                         | <b>6</b>  | <b>13</b>   | X                       | X         | АТД, ИБ  | ИБ   |
| <b>2. Острый аппендицит</b><br>2.1 Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и лечение. | 1                                      |            |                         | 4                                |           | 5                                | 1   | 6           | X                       | X         | Л, МГ, Р, ИБ, ВД,  | Т, Пр, ЗС, С   |
| 2.2 Осложнения острого аппендицита  | 1                                      |            |                         | 4                                |           | 5                                | 1   | 6           | X                       | X         | Л, МГ, УИРС, ЗК, ИБ  | Т, Пр, ЗС, Д   |
| <b>3. Грыжи живота</b><br>3.1 Паховые грыжи.  | 1                                      |            |                         | 5                                |           | 6                                | 1   | 7           | X                       | X         | Л, Тр, ИБ, ВД  | Т, КЗ, С   |
| 3.2 Вентральные грыжи. Осложнения грыж живота   | 1                                      |            |                         | 4                                |           | 5                                | 1   | 6           | X                       | X         | МК, РД, ЗК, ИБ, Р  | Т, Пр, ЗС, Д   |
| <b>4. ЖКБ и ее осложнения</b><br>4.1 Острый холецистит  | 1                                      |            |                         | 5                                |           | 6                                | 1   | 7           | X                       | X         | Л, ИБ, ВК  | Пр, ЗС, Д  |

| Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем разделов дисциплины и тем  | Аудиторные занятия (контактная работа) |            |                         |                                  |           | Всего часов на контактную работу | Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену (зачету) | Итого часов | Формируемые компетенции |           | Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения | Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости |
|--|--|------------|-------------------------|----------------------------------|-----------|----------------------------------|---|-------------|-------------------------|-----------|--|--|
|  | лекции                                 | семинары   | лабораторные практикумы | клинические практические занятия | зачет     |                                  |   |             | ПК-6                    | ПК-8      |  |  |
| <i>I</i>   | <i>II</i>                              | <i>III</i> | <i>IV</i>               | <i>V</i>                         | <i>VI</i> | <i>VII</i>                       | <i>VIII</i>   | <i>IX</i>   | <i>X</i>                | <i>XI</i> | <i>XII</i>   | <i>XIII</i>  |
| 4.2 Холедохолитиаз. Механическая желтуха   | 1                                      |            |                         | 5                                |           | 6                                | 2   | 8           | X                       | X         | Л, МГ, ЗК, КОП, ВД   | Т, ЗС, С   |
| <b>5. Острый панкреатит</b>  | <b>2</b>                               |            |                         | <b>5</b>                         |           | <b>7</b>                         | <b>3</b>  | <b>10</b>   | X                       | X         | ЛВ, КОП, ИБ, ВК  | Т, ЗС, С   |
| <b>6. Язвенная болезнь</b><br>6.1 хирургическое лечение язвенной болезни желудка и ДПК, диагностика и лечение осложнений: <i>перфорация, пенетрация, малигнизация.</i> | 2                                      |            |                         | 5                                |           | 7                                | 1   | 8           | X                       | X         | ПЛ, РД, ВК, УИРС   | Т, ЗС, С.  |
| 6.2 Диагностика и лечение осложнений Язвенной болезни: <i>кровотечение, пилородуоденальный стеноз.</i>   | 2                                      |            |                         | 5                                |           | 7                                | 2   | 9           | X                       | X         | ПЛ, ВД, МГ, Р, ИБ  | Т, ЗС, Пр, Д   |

| Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем разделов дисциплины и тем | Аудиторные занятия (контактная работа) |            |                         |                                  |           | Всего часов на контактную работу | Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену (зачету) | Итого часов | Формируемые компетенции |           | Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения | Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости |
|---|--|------------|-------------------------|----------------------------------|-----------|----------------------------------|---|-------------|-------------------------|-----------|--|--|
|   | лекции                                 | семинары   | лабораторные практикумы | клинические практические занятия | зачет     |                                  |   |             | ПК-6                    | ПК-8      |  |  |
| <i>I</i>  | <i>II</i>                              | <i>III</i> | <i>IV</i>               | <i>V</i>                         | <i>VI</i> | <i>VII</i>                       | <i>VIII</i>   | <i>IX</i>   | <i>X</i>                | <i>XI</i> | <i>XII</i>   | <i>XIII</i>  |
| <b>7. Рак желудка</b>   | 2                                      |            |                         | 5                                |           | 7                                | 2   | 9           | X                       | X         | ПЛ, МГ, ВД, УИРС   | Т, ЗС, С   |
| <b>8. Заболевания прямой кишки</b>  | 2                                      |            |                         | 5                                |           | 7                                | 2   | 9           | X                       | X         | ЛВ, МК, МГ, ИБ   | Т, ЗС  |
| <b>9. Кишечная непроходимость</b>   | 2                                      |            |                         | 5                                |           | 7                                | 2   | 9           | X                       | X         | Л, РД, ВК  | Т, Пр, С   |
| <b>10. Перитонит</b>  | 2                                      |            |                         | 5                                |           | 7                                | 2   | 9           | X                       | X         | Л, КС, УИРС  | Т, КР, Д   |
| <b>11. Заболевания щитовидной железы</b>                                    | -                                      |            |                         | 5                                |           | 5                                | 3   | 8           | X                       | X         | РД, КС, КОП, ИБ  | Т, КР.   |
| <b>12. Заболевания пищевода</b>   | 2                                      |            |                         | 5                                |           | 7                                | 2   | 9           | X                       | X         | Л, КС, ВК, ИБ, МК  | Т, ЗС, С   |
| <b>13. Абсцессы и гангрена легких</b>                                       | 2                                      |            |                         | 5                                |           | 7                                | 3   | 10          | X                       | X         | Л, Тр, КС, ИБ, УИРС  | Т, Пр, ЗС  |
| <b>14. Эмпиема плевры. Пневмоторакс.</b>                                    | 2                                      |            |                         | 5                                |           | 7                                | 3   | 10          | X                       | X         | Л, РД, Т, ИБ   | Т, Пр, КР  |
| <b>15. Рак легких</b>   | 2                                      |            |                         | 5                                |           | 7                                | 2   | 9           | X                       | X         | ПЛ, ВД, МГ, Т, Р   | Т, С, Д  |



| Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем разделов дисциплины и тем | Аудиторные занятия (контактная работа) |            |                         |                                  |           | Всего часов на контактную работу | Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену (зачету) | Итого часов | Формируемые компетенции |           | Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения | Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости |
|---|--|------------|-------------------------|----------------------------------|-----------|----------------------------------|---|-------------|-------------------------|-----------|--|--|
|   | лекции                                 | семинары   | лабораторные практикумы | клинические практические занятия | зачет     |                                  |   |             | ПК-6                    | ПК-8      |  |  |
| <i>I</i>  | <i>II</i>                              | <i>III</i> | <i>IV</i>               | <i>V</i>                         | <i>VI</i> | <i>VII</i>                       | <i>VIII</i>   | <i>IX</i>   | <i>X</i>                | <i>XI</i> | <i>XII</i>   | <i>XIII</i>  |
| <b>16</b> Облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей             | 2                                      |            |                         | 5                                |           | 7                                | 2   | 9           | X                       | X         | Л, КС, ВД, ИБ  | Т, Пр, ЗС  |
| <b>17.</b> ВРВ нижних конечностей. ХВН.                                     | 2                                      |            |                         | 5                                |           | 7                                | 2   | 9           | X                       | X         | ЛВ, Т, ИБ, КС  | Т, Пр, ЗС  |
| Промежуточная аттестация  |  |            |                         |                                  |           |                                  | 36**  | 36          | X                       | X         |  | Т, Пр, ЗС, С   |
| <b>ИТОГО:</b>   | <b>32</b>                              |            |                         | <b>104</b>                       |           | <b>136</b>                       | <b>80</b>   | <b>216</b>  |                         |           |  |  |

\* - *Примечание.* Трудоемкость в учебно-тематическом плане указывается в академических часах. 27% аудиторной работы проводится в поликлинике.

\*\* - 36 часов, отведенные на подготовку к экзаменам включают в себя 34 часов на самоподготовку + 2 часа на сдачу экзамена)

**Список сокращений: образовательные технологии, способы и методы обучения:** традиционная лекция (Л), лекция-визуализация (ЛВ), проблемная лекция (ПЛ), тренинг (Т), мастер-класс (МК), активизация творческой деятельности (АТД), регламентированная дискуссия (РД), метод малых групп (МГ), разбор клинических случаев (КС), подготовка и защита истории болезни (ИБ), использование компьютерных обучающих программ (КОП), посещение врачебных конференции, консилиумов (ВК), учебно-исследовательская работа студента (УИРС), подготовка и защита рефератов (Р), видеодемонстрация (ВД), итудирование учебной литературы (ШЛ).

**Примерные формы текущего и рубежного контроля успеваемости:** Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, КР – контрольная работа, ИБ – написание и защита истории болезни, С – собеседование по контрольным вопросам, Д – подготовка доклада.

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

##### **§1. 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 ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

- К НАЧАЛЬНОЙ ФАЗЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА ОТНОСЯТСЯ:
  - 1) болезненность тазовой брюшины при ректальном исследовании
  - 2) тахикардия
  - 3) напряжения мышц брюшной стенки
  - 4) тенденции к нарастанию лейкоцитоза
  - 5) все перечисленные симптомы +
  
- ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА МЕЖДУ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ И ПРИКРЫТОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ:
  - а) гастродуоденоскопию
  - б) обзорную рентгеноскопию брюшной полости
  - в) УЗИ брюшной полости
  - г) лапароскопию
  - д) ирригоскопию
    - 1) а,б,в
    - 2) б,в,д
    - 3) а,б,г +
    - 4) б,д
    - 5) все ответы правильные
  
- У БОЛЬНОЙ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ В ПРОЦЕССЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ УСИЛИЛИСЬ БОЛИ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ И ПОЯВИЛИСЬ ОЗНОБЫ. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНЫ ПРИЗНАКИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ИНФИЛЬТРАТА. КАКИМ СПОСОБОМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ДРЕНИРОВАТЬ ГНОЙНИК?
  - 1) дренировать абсцесс под контролем УЗИ +

- 2) вскрыть абсцесс через задний свод влагалища
- 3) лапаротомия, аппендэктомия, дренирование брюшной полости
- 4) вскрыть абсцесс доступом в правой подвздошной области, тампонада и дренирование полости абсцесса, аппендэктомию производить не следует
- 5) произвести аппендэктомию из доступа в правой подвздошной области и установить микроирригатор в брюшную полость для инфузии антибиотиков

• ПРЯМУЮ ПАХОВУЮ ГРЫЖУ ХАРАКТЕРИЗУЕТ СЛАБОСТЬ СТЕНКИ:

- 1) задней +
- 2) нижней
- 3) верхней
- 4) передней
- 5) всех стенок

• ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПРИВОДЯЩЕГО ОТДЕЛА УЩЕМЛЕННОЙ КИШКИ ОТСТУПАЮТ:

- 1) на 2-3 см
- 2) на 5-10 см
- 3) на 20-25 см
- 4) на 10-20 см
- 5) на 30-40 см +

• ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАЛИТИЧЕСКОГО ИЛЕУСА ПРОВОДИТСЯ:

- 1) назогастральная аспирация
- 2) седативные средства
- 3) паранефральная блокада
- 4) внутривенная инфузия
- 5) все верно +

«+» - правильный ответ.

---

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 38-39<sup>0</sup>С, 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 заданию:**

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?

### **Эталон 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 культы 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, подпечёночные, 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 заданию:**

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.

### **Эталон 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 заданию:**

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?

#### **Эталон 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 Лангерганса. Т.о. можно заключить, что зона распространения некроза железы охватывает в основном хвост ее.*

3. *Паранефральную блокаду не предпочтительнее заменить перидуральной анестезией. Инфузионная терапия должна включать не менее 2000мл физиологического раствора или раствора Рингера-Лока. Антибиотики не показаны! В комплекс проводимой консервативной терапии можно было включить препараты, блокирующие панкреатическую секрецию (сандостатин, 5-фторурацил, блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов и протонной помпы – правда их эффективность не доказана). 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. *Инттоксикационный 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 целью санации брюшной полости и профилактики и лечения ОПН, лапароскопическая холецистостомия, либо ЛХЭ с наружным дренированием холедоха, если это билиарный панкреатит; При необходимости - дренирование забрюшинной клетчатки. При отсутствии возможности выполнить лапароскопическое лечение - необходима лапаротомия с рассечением желудочно-ободочной связки, дренированием и марсупиализацией сальниковой сумки, дренированием брюшной полости.*

#### **ЗАДАЧА № 64:**

Больной Р., 32 года, газосварщик, поступил в отделение торакальной хирургии с жалобами на резкую слабость, гипертермию до 38-39° С, боли в правой половине грудной клетке, кашель с выделением гнойной мокроты до 700 ml в сутки, рецидивирующее легочное кровотечение.



Заболел 1,5 мес. назад на фоне злоупотребления алкоголем. К врачу не обращался в течение 2-х недель, затем в связи с высокой температурой тела (до 40° С) бригадой СМП доставлен в терапевтическое отделение городской больницы. В течение 1 месяца получал антибактериальное лечение по поводу крупозной пневмонии верхней доли правого лёгкого. Однако, несмотря на лечение, состояние больного прогрессивно ухудшалось, сохранялась фебрильная температура тела, выделялось большое количество гнойной мокроты с примесью крови. Рентгенологически на фоне воспалительной инфильтрации в верхней доле правого лёгкого появилась полость деструкции с горизонтальным уровнем жидкости и прогрессивно увеличилась в размерах. В связи с безуспешностью терапевтического лечения переведён в клинику для операции. Общее состояние тяжёлое. Больной истощён. Кожные покровы бледно-серые, цианоз губ. Грудная клетка бочкообразной формы, правая половина отстаёт при дыхании. При перкуссии притупление звука на правом лёгком; здесь же при аускультации дыхание ослаблено, прослушиваются влажные хрипы; слева дыхание жёсткое. Частота дыхания 38-40 в мин. сердечные тоны приглушены, пульс ритмичный, 110 в мин., АД=100/65 мм рт. ст. живот мягкий безболезненный, печень+2 см, голени и стопы обеих нижних конечностей отёчны.

Анализ крови клинический: эритроциты- $3,0 \times 10^{12}$  /л, Hb-102 г/л, ЦП-0,8, лейкоциты- $18,6 \times 10^9$  /л: n-15%; с-72%; лимфоциты-10%; моноциты-3%; СОЭ=60 мм/ч.

При рентгенологическом исследовании была диагностирована гигантская полость деструкции с горизонтальным уровнем жидкости, занимающая большую часть верхней доли правого лёгкого. В средней доли определяется сливная воспалительная инфильтрация с полостями деструкции. Через сутки после поступления внезапно началось лёгочное кровотечение, во время которого больной потерял около 500 ml крови. Кровотечение удалось остановить консервативными мероприятиями.

### **Вопросы к заданию:**

1. Дайте развёрнутый диагноз основного заболевания, осложнений и сопутствующих заболеваний.
2. Что способствовало возникновению заболевания в данном наблюдении?
3. Дайте трактовку клинического анализа крови. Какие бы анализы Вы назначили больному дополнительно и почему?
4. Ваш план лечения больного. Какие консервативные (медикаментозные) мероприятия применяют при лёгочном кровотечении? Какие сосуды чаще всего являются источником лёгочного кровотечения при гнойно-деструктивных процессах в лёгких? От чего чаще всего погибают больные при лёгочных кровотечениях?
5. Тактика врача специализированного отделения при неэффективности консервативного лечения.
6. Показания для экстренной операции.
7. Какие осложнения могут возникнуть в послеоперационном периоде?

### **Эталон ответа:**

1. *Гангрена правого лёгкого. Рецидивирующее лёгочное кровотечение. Анемия. Эмфизема лёгких.*
2. *В данном наблюдении обращает на себя внимание сочетание двух факторов, способствующих возникновению гнойно-деструктивных процессов в лёгких: а) злоупотребление алкоголем, что может привести к аспирационному синдрому; б) переохлаждение, которое приводит к снижению резистентности организма и активации условно-патологической флоры. Следует учесть и наличие профессиональных вредностей.*
3. *У больного имеется анемия, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ. Всё это свидетельствует о выраженной интоксикации и воспалительном процессе в организме. Следует дополнительно назначить биохимический анализ крови с обязательным исследованием белковых фракций (для выявления*

диспротеинемии), уровня фибриногена, сиаловых кислот и С-реактивного белка (для определения выраженности воспалительного процесса), определение группы крови и резус-фактора (учитывая необходимость инфузионной терапии, в том числе и переливание плазмы), анализ мокроты на микрофлору и определение её чувствительности к антибиотикам.

4. Лечение больного с гангреной лёгкого должно быть интенсивным и проводиться по трём основным направлениям:

- 1) этиотропное лечение – назначение рациональной антибактериальной терапии (развёрнутый ответ);
- 2) патогенетическое и симптоматическое лечение – коррекция гомеостаза (развёрнутый ответ); 3) санация гнойного очага (развёрнутый ответ).

Чаще всего источником лёгочного кровотечения при гнойно-деструктивных процессах в лёгких являются бронхиальные сосуды, отходящие от грудного отдела аорты. Непосредственной угрозой для жизни больного при возникшем лёгочном кровотечении является асфиксия. Консервативные мероприятия включают в себя введение на фоне управляемой гипотонии (пентамин 1,0 в/м) гемостатических средств (10% р-р  $\text{CaCl}_2$  –10,0 в/в, этамзилат, дицинон,). Пациенту придают антидренажное положение, сублингвально дают противокашлевые средства (дионин, кодтерпин, терпинкод).

5. При неэффективности медикаментозного лечения показано проведение под наркозом ригидной бронхоскопии с целью выполнения временной окклюзии бронха, из которого поступает кровь. Шагом отчаяния является хирургическое вмешательство, которое, учитывая экстренность ситуации, чаще всего заключается в пульмонэктомии.

6. Показанием для экстренной операции является: 1) прогрессирующая гангрена лёгких; 2) лёгочное кровотечение при неэффективности медикаментозного и бронхологического лечения.

7. В послеоперационном периоде могут возникнуть:

- 1) эмпиема плевры справа без бронхоплеврального свища;
- 2) несостоятельность культи бронха с развитием эмпиемы плевры справа с бронхоплевральным свищом;
- 3) возникновение бронхоплеврального свища может привести к развитию аспирационной пневмонии слева;
- 4) пневмония в оставшейся доле правого лёгкого;
- 5) нагноение послеоперационной раны.

### 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. Кровоточащая 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.

9.Симптоматические язвы. Гормональные и лекарственные язвы. Синдром Меллори-Вейса. Синдром Золлингера-Эллисона. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

*Подробно все контрольные вопросы, тесты и ситуационные задания смотри в учебно-методическом пособии:*

[http://tvergma.ru/upload/iblock/b40/tests\\_2012.doc](http://tvergma.ru/upload/iblock/b40/tests_2012.doc)

## **КРИТЕРИИ 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.

### **4) ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ:**

1. Современные взгляды на причины развития заболеваний щитовидной железы, возможности консервативной терапии.
2. Радиооблация 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. Рак Пэнкоста – особенности клинической манифестации и диагностика.
16. Симптомокомплекс дисфагии: определение, этиопатогенетическая классификация, клинические формы.

17. Ахалазия кардии: определение, этиопатогенез, классификация, клиническая картина, диагностика. Методы традиционного и малоинвазивного лечения.
18. Создание искусственного пищевода у больных постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода. Реферат.
19. Осложнение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки при современной консервативной терапии.
20. Прободная язва. Особенности диагностики и современные методы лечения.
21. Гастродуоденальные кровотечения – дифференциальная диагностика и лечение.
22. Кровотечения Дъелафуа.
23. Методы эндоскопического гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях.
24. Эндоскопические подслизистые резекции раннего рака желудка.
25. Современные методы эндоскопической диагностики заболеваний желудка.
26. Рак желудка. Диспансеризация, методы ранней диагностики.
27. Современные миниинвазивные способы лечения геморроя.
28. Современные методы диагностики параректальных свищей.
29. Современные взгляды на лечение анальной трещины.
30. Результаты устранения паховой грыжи при разных способах пластики передней брюшной стенки.
31. Методы аллопротезирования пахового канала.
32. Лапароскопические методы лечения грыж брюшной стенки.
33. Возможности ультразвуковой диагностики паховой грыжи.
34. Особенности хирургической тактики при осложненной грыже.
35. Внутриаортальное введение лекарственных препаратов при остром панкреатите.
36. Наружное отведение лимфы и лимфосорбция при остром панкреатите.

- 37.Продленная перидуральная анестезия при остром панкреатите.
- 38.Оценка эффективности малоинвазивных способов лечения деструктивных панкреатитов.
- 39.Показания к проведению лекарственного растворения камней (химической литотрипсии) и ее возможности.
- 40.Чрескожные пункции желчного пузыря и протоков с диагностической и лечебной целью.
- 41.Холецистэктомия из мини-доступа.
- 42.Дифференциальная диагностика желтухи.
- 43.Предоперационная подготовка больных с синдромом механической желтухи.
- 44.Диагностика и лечения синдрома Мириizzi.
- 45.Сравнительная оценка традиционных и малоинвазивных способов лечения билиарной обструкции.
46. Современные способы хирургического лечения аппендицита.
47. Возможности ультразвуковой диагностики острого аппендицита.
- 48.Особенности хирургической тактики при аппендикулярном инфильтрате.
- 49.Причины высокой летальности больных перитонитом и пути ее уменьшения.
- 50.Спаечная болезнь брюшной полости. Причины, лечение, профилактика.
- 51.Лапаростомия как метод лечения больных тяжелым перитонитом.
- 52.Объем и характер инфузионной терапии у больных 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.

Ежедневно студент осматривает своего пациента либо в палате, либо в перевязочной (во время практического занятия выделяется время на курацию от 20 до 40 мин.). Оценивается динамика состояния, изменения со стороны органов и систем, фиксируются основные витальные функции, оформляется дневник (в своей рабочей тетради), в котором проводится коррекция лечебных назначений, оцениваются результаты полученных обследований и при необходимости назначаются дополнительные анализы или инструментальные методы диагностики. Преподаватель помогает трактовать рентгенограммы, результаты анализов и других исследований при изучении соответствующей темы или в индивидуальном порядке. Так же, по итогам пройденной темы или при обсуждении в группе, определяются тактические и прогностические моменты, особенности лечебной тактики на конкретном примере, меры профилактики и реабилитации, экспертиза нетрудоспособности. При этом происходит освоение и закрепление основных практических навыков и умений. К концу занятий на цикле сдается на проверку история болезни

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

1. Формулирование диагноза и его обоснование.
2. Планирование обследования пациента.
3. Оформление разделов истории болезни

4. Определение симптомов острого аппендицита: Щеткина, Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Образцова, Бартомье-Михельсона, Раздольского.
5. Выставление показаний и противопоказаний к операции при подозрении на острый аппендицит.
6. Выявление грыж у больных, исследование типичных мест выхода грыж.
7. Определение грыжевых ворот, симптомов кашлевого толчка, определение неврвправимой грыжи.
8. Определение тактика лечения осложненных и неосложненных грыж.
9. Пальпация и перкуссия печени, определение ее границ.
10. Чтение рентгенограмм: выявление язв желудка и 12-перстной кишки, рака желудка; признаков перфорации на обзорных рентгенограммах брюшной полости, нарушения эвакуации из желудка.
11. Определение анемии – клиническое и лабораторное.
12. Определение симптомов острого панкреатита: Воскресенского, Кёрте, Мейо-Робсона, Грюнвальда, Холстеда, Мондора.
13. Выявление симптомов локальной болезненности, локального напряжения мышц и перитонеальных симптомов при пальпации.
14. Оценка степени ферментемии (амилазы в крови и диастазы в моче).
15. Выбор метода лечения, определение показаний к операции.
16. Пальпация желчного пузыря.
17. Определение симптомов Ортнера, Мерфи, Курвуазье.
18. Интерпретация операционных холецистохолангиограмм, ЭРХПГ.
19. Определение вида желтухи по данным объективного и лабораторных исследований.
20. Интерпретация основных показателей функции внешнего дыхания (ЖЕЛ, ДЖЕЛ, ОО, индекс Тифно, функциональные дыхательные пробы).

21. Интерпретация данных рентгенологического исследования органов грудной клетки и средостения при раке легкого, гнойно-деструктивных заболеваниях легких и плевры, пневмотораксе, рубцовых стриктурах и перфорациях пищевода, кардиоспазме.
22. Диагностика дисфагии.
23. Интерпретация обзорных рентгенограмм органов брюшной полости и контроля пассажа бария по кишечнику с определением тактики дальнейшего лечения.
24. Определение симптомов «Валя», Склярова, обуховской больницы.
25. Аускультация живота и интерпретация кишечных шумов, отсутствия перистальтики.
26. Функциональные пробы для определения клапанной недостаточности вен, проходимости глубоких вен.
27. Определение класса хронической венозной недостаточности по СЕАР.
28. Выявление симптомов тромбофлебита поверхностных и глубоких вен.
29. Назначение лечения при флеботромбозе.
30. Определение показаний к оперативному лечению при тромбофлебите поверхностных вен.
31. Чтение флебограмм.
32. Определение пульсации артерий.
33. Аускультация артерий.
34. Определение степени ишемии конечностей по Фонтейну-Покровскому.
35. Чтение ангиограмм при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей.
36. Определение показаний к реконструктивным операциям и к ампутации.
37. Пальпация и определение степени увеличения щитовидной железы.
38. Определение функции щитовидной железы по клиническим и лабораторным признакам.

**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, что бы 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 и 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 ГОСТ.

**«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; 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.

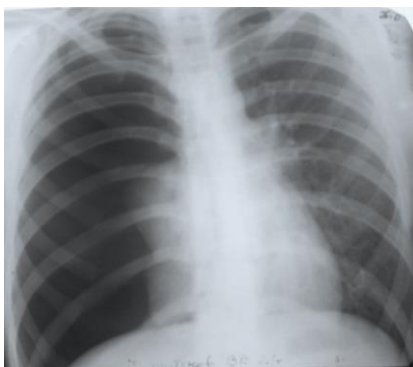
### Примеры заданий на этапе оценки степени освоения практических навыков:

1)



Эталон ответа: *пункционная чрескожная транслюмбальная аорто-артериография по Дос-Сантосу. Контрастирована брюшная аорта до L<sub>4</sub>. 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 голенях, 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 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.*

*Диагностика - 128 Ed*

**АНАЛИЗ МОЧИ**

№ \_\_\_\_\_ Гр. *мужчина, 62 лет*  
из *хирург. отд.*

Цвет *мутный*  
Прозрачность *мутный*  
Реакция *кислая*  
Удельный вес *1026*  
Белок *0,006 2/1*  
Сахар *отр.*

Осадок  
Эритроциты *8-5*  
Лейкоциты *12-15*  
Эпителий *5-8*  
Цилиндры гиалиновые *ед.*  
Цилиндры зернистые *ед.*  
Соли \_\_\_\_\_  
Слизь *+*  
Бактерии *++*  
Желчные пигменты *пеллоид*  
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**

№ \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Ф. И. О. *мужчина, 42 года*  
Отделение *хирургия* палата \_\_\_\_\_

Общий белок *68* г/л

| Альбумины          | %           | Глобулины       | %          | A/G |
|--------------------|-------------|-----------------|------------|-----|
| Альфа I            | %           | Бета            | %          |     |
| Ст - белок         | <i>25</i>   | Мочевая кислота |            |     |
| М.Н.О.             | <i>45</i>   | А.Ч.В.          |            |     |
| Фибриноген         | <i>3,0</i>  | П.Т.И.          | <i>98</i>  |     |
| Билирубин общий    | <i>19,2</i> | А.С.Т.          | <i>42</i>  |     |
| Билирубин прямой   | <i>15,4</i> | А.Л.Т.          | <i>36</i>  |     |
| Щелочная фосфатаза | <i>230</i>  | Тимоловая проба | <i>2</i>   |     |
| Креатинин          | <i>48</i>   | Моченена        | <i>9,0</i> |     |
| Холестерин         | <i>6,8</i>  | α-холестерин    |            |     |
| Сахар              | <i>15,0</i> | Фосфор          | <i>13</i>  |     |
| Калий              | <i>3,6</i>  | Натрий          | <i>153</i> |     |
| Кальций            | <i>2,3</i>  | Хлориды         | <i>98</i>  |     |
| Ринглицериды       | <i>3,2</i>  | α-амилаза       | <i>94</i>  |     |

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*  
 Трауб: *94.109*  
 Гемоглобин: *105* Цв. показ.: *0,9*  
 Лейкоциты: *26.109* Эритроц.: *3,3 · 10<sup>12</sup>*  
 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> |

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

3) *клинический анализ крови: анемия I 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.

✓ Второй этап экзаменационной аттестации - тестовый контроль.

ПОЛНОСТЬЮ смотри: [http://tvergma.ru/upload/iblock/b40/tests\\_2012.doc](http://tvergma.ru/upload/iblock/b40/tests_2012.doc)

### Примеры:

- ❖ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ ОТСУТСТВУЕТ:
  - а) резкие боли в области грыжи
  - б) внезапность развития заболевания
  - в) положительный кашлевой толчок +
  - г) быстрое развитие разлитого перитонита
  - д) неврапимость грыжи
- ❖ 102. КАКОЙ СИМПТОМ БУДЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ ПРИ ВОДЯНКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ:
  - а) увеличение желчного пузыря
  - б) боли в правом подреберье
  - в) желтуха +
  - г) рентгенологически-отключенный желчный пузырь
  - д) отсутствие перитонеальных симптомов
- ❖ ПРОБА ШВАРЦА - ЭТО ПРОБА НА:
  - а) наличие билирубина-глюконоида
  - б) переносимость лекарств
  - в) исследование пассажа бария по кишечнику +
  - г) коагулопатию
  - д) наличие крови в кале
- ❖ КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СТЕРИЛЬНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА СЧИТАЕТСЯ ПОРОЧНЫМ:
  - а) экстренная лапаротомия +
  - б) лапароскопическое дренирование брюшной полости
  - в) лечебная катетеризация чревной артерии
  - г) спазмолитики, анальгетики, ингибиторы протеаз, фторурацил
  - д) массивная инфузионная терапия
- ❖ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ:
  - а) прорыв абсцесса в плевральную полость
  - б) кровотечение
  - в) аспирация гноя в здоровое легкое
  - г) сепсис
  - д) все правильно

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 незначительным этапам.

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

**1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины.**

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

### **а). Основная литература:**

1. Хирургические болезни [Текст] : учебник / ред. М. И. Кузин. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 991 с.
2. Лагун, М. А. Курс факультетской хирургии в рисунках, таблицах и схемах [Электронный ресурс] / М. А. Лагун, Б. С. Харитонов; ред. С. В. Вертянкин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. -

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437834.html>

## **б). Дополнительная литература:**

1. Хирургические болезни [Текст] : учебник в 2-х т. / ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – Т. 1. – 719 с., Т. 2. – 684 с.
2. Хирургические болезни [Текст] : учебник. В 2-х т. / Н. В. Мерзликин [и др.]. – Москва : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - Т. 1. – 399 с.; Т. 2. – 598 с.
3. Абдоминальная хирургия [Текст] : национальное руководство : краткое издание / ред. И. И. Затевахин, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 903 с.
4. Желчнокаменная болезнь [Текст] : [руководство] / С.А. Дадвани [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-медиа, 2009. - 175 с.
5. Расмуссен, Т. Е. Руководство по ангиологии и флебологии [Текст] : пер. с англ. / Т. Е. Расмуссен, Л. В. Клауз, Б. Г. Тоннессен. – Москва : Литтерра, 2010. – 555 с.
6. Паховая грыжа [Текст] : учебное пособие / Т. К. Калантаров [и др.], Тверская гос. мед. акад. – Тверь : Триада, 2008. - 80 с.
7. Сергиенко, В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -  
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423622.html>

## **2. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине**

1. Калантаров, Т. К. Общие вопросы пропедевтики хирургических болезней [Текст] : учебно-методическое пособие / Т. К. Калантаров, Е. М. Мохов – Тверь : Триада, 2012. – 95 с.
2. Академическая история болезни [Электронный ресурс] : методические рекомендации для самостоятельной работы студентов IV курса лечебного факультета /сост. А. Е Новосельцев [и др.]. – Тверь : ТГМА,

2015. – 21 с. - [http://tvgmu.ru/upload/iblock/935/akademicheskaya-istoriya-bolezni\\_fak-khir\\_2015.doc](http://tvgmu.ru/upload/iblock/935/akademicheskaya-istoriya-bolezni_fak-khir_2015.doc)

3. Экзаменационные вопросы, тесты и задачи по факультетской хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие для студентов лечебного факультета / сост. А. Е Новосельцев [и др.]. – Тверь : ТГМУ, - 2016 г.- 119 с. - [http://tvergma.ru/upload/iblock/b40/tests\\_2012.doc](http://tvergma.ru/upload/iblock/b40/tests_2012.doc)
4. **УЧЕБНЫЕ ПАПКИ-СТЕНДЫ для самостоятельной работы обучающихся на практическом занятии с набором рентгенограмм с их описанием, фотографий, схем и таблиц по темам:**
1. Аппендицит.
  2. Грыжи живота.
  3. ЖКБ. Холецистит.
  4. Холедохолитиаз
  5. Кишечная непроходимость.
  6. Панкреатит.
  7. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки.
  8. Рак желудка.
  9. Гнойные заболевания лёгких и плевры.
  10. Рак лёгкого.
  11. Заболевания пищевода
  12. Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.
  13. Болезни вен нижних конечностей.

### **3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины.**

#### **Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:**

Университетская библиотека on-line ([www.biblioclub.ru](http://www.biblioclub.ru));

Информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);

Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (<http://www.emll.ru/newlib>);

Бесплатная электронная библиотека онлайн «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (<http://window.edu.ru>);

Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России (<http://vrachirf.ru/company-announce-single/6191>);

Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации (<http://www.rosminzdrav.ru>);

**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 2013:

- Access 2013;
- Excel 2013;
- PowerPoint 2013;
- Word 2013;

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

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» ([www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru));
2. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – Режим доступа: [www.geotar.ru](http://www.geotar.ru)

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

*(Приложения № 2)*

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

*(Приложение № 3)*

**VIII. Научно-исследовательская работа студента**

изучение специальной литературы и другой научно-технической информации о достижениях современной отечественной и зарубежной науки и техники; участие в проведении научных исследований или выполнении технических разработок; осуществление сбора, обработки, анализа и систематизации научно-технической информации по теме (заданию); составление отчёта (раздела отчёта) по теме или её разделу; подготовка и выступление с докладом на конференции; подготовка к публикации статьи, тезисов. (Примерные темы НИР в методическом пособии для преподавателей *и приложения № 8*)

**VIII. Протоколы согласования рабочей программы дисциплины с другими кафедрами.**

**ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ**

**КАФЕДРЫ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ**



**С КАФЕДРОЙ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ С КУРСАМИ  
УРОЛОГИИ И АНДРОЛОГИИ**

| <b>Базовая кафедра</b> | <b>Наименование дисциплины, изучение которой опирается на данную дисциплину</b> | <b>Предложения об изменениях в пропорциях материала, порядке его изложения</b>  | <b>Принятое решение (протокол №, дата, кафедры, разработавшей программу).</b>    |
|------------------------|---|---|--|
| Факультетской хирургии | Госпитальная хирургия   | <p>Темы, рекомендуемые для изучения после прохождения дисциплины «Факультетская хирургия»:</p> <p>Осложненное течение хирургических болезней. ПХЭС. Постгастрорезекционные и постаггтомические синдромы. Хронический панкреатит. Кисты поджелудочной железы. Диафрагмальные грыжи. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Дивертикулы кишечника. Кишечные свищи. Заболевания толстой кишки (болезнь Крона, НЯК). Заболевания селезенки. Неязвенные гастродуоденальные кровотечения. Эхинококкоз печени, легких. Медиастиниты.</p> | <p>Протокол № 7 заседания кафедры факультетской хирургии от «19» мая 2016 г.</p> |

Зав. кафедрой  
факультетской хирургии, доцент

А.Е. Новосельцев

Зав. кафедрой госпитальной  
хирургии с курсами урологии  
и андрологии, доцент

А.Г. Еремеев

**ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ  
КАФЕДРЫ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ  
С КАФЕДРОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**

| <b>Базовая кафедра</b> | <b>Наименование дисциплины, изучение которой опирается на данную дисциплину</b> | <b>Предложения об изменениях в пропорциях материала, порядке его изложения</b>   | <b>Принятое решение (протокол №, дата, кафедры, разработавшей программу).</b>    |
|------------------------|---|--|--|
| Факультетской хирургии | ССХ   | <p>Темы, рекомендуемые для изучения после прохождения дисциплины «Факультетская хирургия»:</p> <p>Заболевания аорты и ее ветвей.<br/> Мезентериальный тромбоз. Пороки сердца.<br/> Коарктация аорты. Хирургическое лечение ИБС. Аневризмы сердца и аорты.<br/> Перикардит. Неспецифический аортоартериит. ПТФС. Синдром Педжетта-Шреттера, ангио-венозные дисплазии.<br/> Портальная гипертензия.<br/> Болезни лимфатической системы</p> | <p>Протокол № 7 заседания кафедры факультетской хирургии от «19» мая 2016 г.</p> |

Зав. кафедрой  
факультетской хирургии, доцент

А.Е. Новосельцев

Зав. кафедрой сердечно-сосудистой  
Хирургии, профессор

Ю.И. Казаков

# ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

## КАФЕДРЫ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

### С КАФЕДРОЙ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ И ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ

| Базовая кафедра                                  | Наименование дисциплины, изучение которой опирается на данную дисциплину | Предложения о пропорциях материала, порядке его изложения.   | Принятое решение (протокол №, дата, кафедры, разработавшей программу).    |
|--|--|--|---|
| Топографическая анатомия и оперативная хирургия. | Факультетская хирургия   | При изучении дисциплины «Факультетская хирургия» необходимы следующие знания:<br><br>Топографическая анатомия органов грудной клетки и брюшной полости, шеи, таза, нижних конечностей.<br>Струмэктомия. Торакотомия. Дренирование плевральной полости. Пульмонэктомия, лобэктомия. Грыжечесение и герниопластика.<br>Аппендэктомия (антеградная и ретроградная). Холецистэктомия, ЛХЭ, операции на желчных протоках. Билиодигестивные анастомозы. Резекция желудка, ваготомия, гастрэктомия. Резекции тонкой кишки, гемиколэктомии, операция Гартмана, Микулича, межкишечные анастомозы, анастомозы по Ру.<br>Эндартериэктомия, сосудистый шов.<br>Шунтирование и протезирование сосудов.<br>Ампутации нижних конечностей.<br>Малоинвазивные технологии в хирургии | Протокол № 7 заседания кафедры факультетской хирургии от «19» мая 2016 г. |

Зав. кафедрой  
факультетской хирургии, доцент

А.Е. Новосельцев

Зав. кафедрой  
Топографической анатомии  
и оперативной хирургии, профессор

С.И. Волков

# ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

## КАФЕДРЫ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

## С КАФЕДРОЙ ОНКОЛОГИИ И ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

| Базовая кафедра         | Наименование дисциплины, изучение которой опирается на данную дисциплину | Предложения о пропорциях материала, порядке его изложения.   | Принятое решение (протокол №, дата, кафедры, разработавшей программу).    |
|-------------------------|--|--|---|
| Факультетская хирургия. | Онкология и паллиативная медицина  | Темы, рекомендуемые для изучения после прохождения дисциплины «Факультетская хирургия»:<br>Профилактика онкологических заболеваний.<br>Опухоли забрюшинного пространства.<br>Рак пищевода. Рак щитовидной железы.<br>Рак легких. Рак желудка, предраковые заболевания желудка. Колоректальный рак.<br>Рак поджелудочной железы, желчных протоков и печени. Комплексное лечение онкологических заболеваний.<br>Реабилитация онкологических больных.<br>Экспертиза нетрудоспособности. | Протокол № 7 заседания кафедры факультетской хирургии от «19» мая 2016 г. |

Зав. кафедрой  
факультетской хирургии, доцент

А.Е. Новосельцев

Зав. кафедрой онкологии  
и паллиативной медицины, д.м.н.

Р.Н. Чирков

# ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

## КАФЕДРЫ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

### С КАФЕДРОЙ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

| <b>Базовая кафедра</b> | <b>Наименование дисциплины, изучение которой опирается на данную дисциплину</b> | <b>Предложения о пропорциях материала, порядке его изложения.</b>  | <b>Принятое решение (протокол №, дата, кафедры, разработавшей программу).</b> |
|------------------------|---|--|---|
| общая хирургия.        | Факультетская хирургия  | При изучении дисциплины «Факультетская хирургия» необходимы следующие знания:<br><br>Синдром системной воспалительной реакции. Гнойные заболевания мягких тканей (абсцессы, флегмоны). Сепсис. Асептика и антисептика. Вопросы местного и общего обезболивания. Трансплантация органов и тканей. | Протокол № 7 заседания кафедры факультетской хирургии от «19» мая 2016 г.     |

Зав. кафедрой  
факультетской хирургии, доцент

А.Е. Новосельцев

Зав. кафедрой  
общей хирургии, профессор

Е.М. Мохов

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

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

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

**а) контрольные вопросы:**

1. Анатомо-морфологические сведения о слепой кишке и червеобразном отростке. Острый аппендицит как медико-социальная проблема. Особенность клиники острого аппендицита в зависимости от расположения червеобразного отростка.
2. Показания и противопоказания к аппендэктомии. Подготовка больных к операции. Обезболивание. Техника аппендэктомии в зависимости от формы острого аппендицита и расположения отростка.
3. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Методы лечения. Исход.
4. Грыжи. Определение понятия. Частота. Этиология, патогенез. Классификация. Элементы грыжи живота.
5. Тактика при сомнительном диагнозе ущемленной грыжи, самопроизвольном и насильственном вправлении. Осложнения после операции ущемленной грыжи. Исход.
6. Грыжи белой линии живота. Пупочные грыжи. Анатомические данные. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Методы оперативного лечения. Особенности лечения пупочных грыж в детском возрасте.
7. Перитонит. Определение. Этиология. Классификация. Роль организации экстренной помощи в ранней диагностике и лечении больных с перитонитом. Особенности распространения инфекции по брюшной полости при различных острых хирургических заболеваниях брюшной полости.
8. Патогенез и патолого-анатомические изменения при остром гнойном перитоните. Стадии развития перитонита.
9. Анатомо-физиологические сведения о желудке и 12-перстной кишке. Методы обследования больных с заболеваниями желудка.
10. Симптоматические язвы. Гормональные и лекарственные язвы. Синдром Меллори-Вейса. Синдром Золлингера-Эллисона. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
11. Рак желудка. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Метастазирование. Методы обследования.
12. Желчнокаменная болезнь. Статистические данные. Патогенез камнеобразования. Клиника. Диагностика.
13. Острый панкреатит. Понятие. Частота. Классификация. Патологоанатомические изменения в железе при различных формах панкреатита. Динамическая кишечная непроходимость. Определение понятия. Классификация. Клиника.
14. Анатомо-физиологические сведения об артериях (аорто-подвздошный сегмент, артерии нижних конечностей). Классификация заболеваний. Методы исследования артериальной системы. Стадии ишемии конечностей. Профилактика заболеваний. Трудоустройство больных.

15. Атеросклеротические поражения артерий. Определение понятия, этиопатогенез. Клиника, диагностика синдрома Лериша, окклюзии бедренной и подколенной артерии.
16. Тиреотоксикоз. Определение понятия. Патогенез. Классификация. Клиника диффузного токсического зоба и узловых форм.
17. Тиреоидиты и струмиты. Определение понятия. Этиопатогенез. Тиреоидиты Хашимото и Риделя.

**б) примеры тестов первого уровня\*:**

1. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ МЕТОДЫ:
  - а) лапароскопия
  - б) клинический анализ крови
  - в) ректальное исследование
  - г) термография
  - д) все перечисленное верно +
2. ТИПИЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЮТСЯ:
  - а) аппендикулярного инфильтрата
  - б) парааппендикулярного абсцесса
  - в) местного перитонита
  - г) разлитого перитонита
  - д) все перечисленное +
3. БЕДРЕННЫЕ ГРЫЖИ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ:
  - а) у мужчин
  - б) у женщин +
  - в) в детском возрасте
  - г) у подростков
  - д) в пожилом возрасте у мужчин
4. НИЖНЕЙ СТЕНКОЙ ПАХОВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ:
  - а) поперечная фасция
  - б) нижний край наружной косой мышцы живота
  - в) жимбернатова связка
  - г) паховая связка +
  - д) край подвздошной кости
5. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:
  - а) легкая вправляемость
  - б) врожденная природа
  - в) одной из стенок грыжевого мешка является орган брюшной полости, частично покрытый брюшиной +
  - г) проникновение между мышцами и апоневрозом
  - д) все перечисленное верно
6. ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ БУДЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ:
  - а) резкие боли в области грыжи
  - б) внезапность развития заболевания
  - в) положительный кашлевой толчок +
  - г) быстрое развитие разлитого перитонита
  - д) невраивимость грыжи
7. ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ УЩЕМЛЯЕТСЯ:
  - а) большой сальник
  - б) тонкая кишка +
  - в) толстая кишка
  - г) мочевого пузыря
  - д) околопузырная клетчатка

8. РИХТЕРОВСКИМ НАЗЫВАЕТСЯ УЩЕМЛЕНИЕ:
- а) пристеночное +
  - б) сигмовидной кишки в скользящей грыже
  - в) желудка в диафрагмальной грыже
  - г) Меккелева дивертикула
  - д) червеобразного отростка
9. ШИРИНА ХОЛЕДОХА В НОРМЕ РАВНА:
- а) до 0,5 см
  - б) 0,6-1,0 см +
  - в) 1,1-1,5 см
  - г) 1,6-2,0 см
  - д) свыше 2,0 см
10. НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ БИЛИРУБИНА КРОВИ:
- а) 0,10-0,68 мкмоль/л
  - б) 8,55-20,52 мкмоль/л +
  - в) 2,50-8,33 мкмоль/л
  - г) 3,64-6,76 мкмоль/л
  - д) 7,62-12,88 мкмоль/л
11. СПАСТИЧЕСКИЙ ИЛЕУС ВОЗНИКАЕТ ПРИ:
- а) гипокалиемии
  - б) порфириновой болезни +
  - в) панкреатите
  - г) перитоните
  - д) ни при одном из этих состояний
12. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- а) постоянные боли в животе
  - б) схваткообразные боли в животе +
  - в) рвота цвета "кофейной гущи"
  - г) вздутие живота
  - д) мелена
13. ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ЗАВОРОТ:
- а) большого сальника
  - б) сигмовидной кишки
  - в) слепой кишки
  - г) тонкой кишки +
  - д) желудка
14. НОРМАЛЬНЫЕ ВЕЛИЧИНЫ АКТИВНОСТИ АМИЛАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ СОСТАВЛЯЮТ
- а) 2-8 мг/ч мл
  - б) 12-32 мг/ч мл +
  - в) 0 мг/ч мл
  - г) 4 мг/ч мл
  - д) 8 мг/ч мл
15. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОЙ ЯЗВЫ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ
- а) пожилой возраст больного
  - б) в анамнезе прием аспирина или кортикостероидов +
  - в) сильные, приступообразные сезонные боли в эпигастрии
  - г) рвота пищей, приносящая облегчение
  - д) шум плеска в желудке



16. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ:
- а) аденокарцинома +
  - б) недифференцированный рак
  - в) плоскоклеточный рак
  - г) аденоакантома
  - д) низкодифференцированный рак
17. ПРИ РАКЕ ТЕЛА ЖЕЛУДКА БУДЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ:
- а) дисфагия +
  - б) анемия
  - в) желудочный дискомфорт
  - г) ноющие боли в эпигастрии
  - д) похудание
18. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
- а) острый аппендицит +
  - б) прободная язва
  - в) сальпингит
  - г) странгуляция тонкой кишки
  - д) рак желудка
19. ПРИ ПЕРИТОНИТЕ БУДЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ:
- а) напряжение мышц брюшной стенки
  - б) симптом Курвуазье +
  - в) учащение пульса
  - г) задержка отхождения газов
  - д) рвота
20. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ СЧИТАЕТСЯ:
- а) заворот
  - б) каловый завал
  - в) инвагинация
  - г) перитонит +
  - д) кровотечение в брюшную полость
21. В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГЕМОРРОЯ ОБЩЕПРИЗНАННОЙ СЧИТАЕТСЯ ТЕОРИЯ:
- а) инфекционная
  - б) механическая
  - в) эндо- и экзогенных интоксикаций
  - г) гипертрофии кавернозных тел +
  - д) нейrogenная
22. САМАЯ ЧАСТАЯ ФОРМА ПАРАПРОКТИТА:
- а) подкожный парапроктит +
  - б) подслизистый парапроктит
  - в) седалищно-прямокишечный
  - г) тазово-прямокишечный
  - д) межмышечковый парапроктит
23. ДЛЯ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО ХАРАКТЕРНО:
- а) развитие заболевания при ареактивности организма
  - б) отсутствие грануляционного вала на границе поражения
  - в) распространенный некроз легочной ткани
  - г) выраженная интоксикация
  - д) все перечисленное верно +
24. СУБПЛЕВРАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО ЧАЩЕ ОСЛОЖНЯЕТСЯ:
- а) пиопневмотораксом +

- б) легочным кровотечением
  - в) кровохарканьем
  - г) сепсисом
  - д) аспирационной пневмонией
25. СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС - ЭТО:
- а) внезапное поступление воздуха в плевральную полость вне связи с травмой или врачебной манипуляцией +
  - б) внезапное поступление воздуха в плевральную полость, связанное с закрытой травмой груди
  - в) внезапное поступление воздуха в плевральную полость, связанное с проникающим ранением груди
  - г) введение воздуха в плевральную полость с диагностической или лечебной целью
  - д) все вышеперечисленное верно
26. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА СЛУЖИТ:
- а) абсцесс легкого
  - б) рак легкого
  - в) бронхоэктазы
  - г) буллезные кисты легкого +
  - д) ателектаз легкого
27. ОБТУРАЦИОННЫЙ АТЕЛЕКТАЗ ЛЕГКОГО ВОЗНИКАЕТ:
- а) при эндобронхиальном раке легкого
  - б) при инородном теле в бронхе
  - в) оба вышеперечисленных случая +
  - г) при пневмотораксе
  - д) при гидротораксе
28. ОСНОВНОЙ РАННИЙ ПРИЗНАК ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКИХ:
- а) боли в грудной клетке
  - б) кровохарканье
  - в) анемия
  - г) рецидивирующий пневмоторакс
  - д) очаг затемнения с неровными контурами +
29. ПРОЯВЛЕНИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
- а) симптом Греффе и Мебиуса
  - б) тахикардия
  - в) экзофтальм
  - г) тремор нижних конечностей
  - д) всё правильно +
30. ДЛЯ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО КРИЗА ХАРАКТЕРНО:
- а) потери сознания, гипертермия, тахикардия, симптома Хвостека
  - б) потери сознания, гипертермия, тахикардия
  - в) нервнопсихических расстройств
  - г) правильные ответы а) и в)
  - д) правильные ответы б) и в) +

\* «+» отмечены правильные ответы

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

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту:

39. Формулирование диагноза и его обоснование.
40. Определение симптомов острого аппендицита.
41. Выявление грыж у больных, исследование типичных мест выхода грыж.
42. Определение грыжевых ворот, симптомов кашлевого толчка, определение невправимой грыжи.
43. Пальпация и перкуссия печени, определение ее границ.
44. Чтение рентгенограмм: выявление язв желудка и 12-перстной кишки, рака желудка; признаков перфорации на обзорных рентгенограммах брюшной полости, нарушения эвакуации из желудка.
45. Определение анемии – клиническое и лабораторное.
46. Определение симптомов острого панкреатита: Воскресенского, Кёрте, Мейо-Робсона, Грюнвальда, Холстеда, Мондора.
47. Выявление симптомов локальной болезненности, локального напряжения мышц и перитонеальных симптомов при пальпации.
48. Оценка степени ферментемии (амилазы в крови и диастазы в моче).
49. Пальпация желчного пузыря, определение симптомов Ортнера, Мерфи, Курвуазье.
50. Интерпретация холецистохолангиограмм.
51. Определение вида желтухи по данным объективного и лабораторных исследований.
52. Интерпретация основных показателей функции внешнего дыхания (ЖЕЛ, ДЖЕЛ, ОО, индекс Тифно, функциональные дыхательные пробы).
53. Интерпретация данных рентгенологического исследования органов грудной клетки и средостения при раке легкого, гнойно-деструктивных

заболеваниях легких и плевры, пневмотораксе, рубцовых стриктурах и перфорациях пищевода, кардиоспазме.

54. Диагностика дисфагии.

55. Интерпретация обзорных рентгенограмм органов брюшной полости и контроля пассажа бария по кишечнику.

56. Определение симптомов «Валя», Склярлова, обуховской больницы.

57. Аускультация живота и интерпретация кишечных шумов, отсутствия перистальтики.

58. Функциональные пробы для определения клапанной недостаточности вен, проходимости глубоких вен.

59. Определение класса хронической венозной недостаточности по CEAP.

60. Выявление симптомов тромбофлебита поверхностных и глубоких вен.

61. Чтение флебограмм.

62. Определение пульсации артерий.

63. Аускультация артерий.

64. Определение степени ишемии конечностей по Фонтейну-Покровскому.

65. Чтение ангиограмм при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей.

66. Пальпация и определение степени увеличения щитовидной железы.

67. Определение функции щитовидной железы по клиническим и лабораторным признакам.

Примеры заданий на этапе оценки степени освоения практических навыков:

1)



Эталон ответа: пункционная чрескожная транслюмбальная аорто-артериография по Дос-Сантосу. Контрастирована брюшная аорта до L<sub>4</sub>. 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 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.



2) Эталон ответа: обзорная рентгенограмма брюшной полости. Чаши Клойбера и аркады. Рентгенологическая картина кишечной непроходимости. При отсутствии симптомов перитонита, нужно уточнить, - это динамическая непроходимость, или она имеет механический характер. Необходимо провести исследование пассажа сульфата бария по кишечнику – проба Шварца-Напалкова.

*Диастаза мочи - 128 Ед*

**АНАЛИЗ МОЧИ**

№ \_\_\_\_\_ Гр. *мужчина, 62 лет*  
из *уролит. дис.*

Цвет \_\_\_\_\_  
из *мелкие*

Прозрачность *мутная*

Реакция *кислая*

Удельный вес *1,026*

Белок *0,006 2/1*

Сахар *отр.*

Осадок \_\_\_\_\_

Эритроциты *3-5*

Лейкоциты *12-15*

Эпителий *5-8*

Цилиндры гиалиновые *отр.*

Цилиндры зернистые *отр.*

Соли \_\_\_\_\_

Слизь *+*

Бактерии *++*

Желчные пигменты *пеллоид*

Уробилин \_\_\_\_\_

Лаборант \_\_\_\_\_

3) Эталон ответа: 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).

ЛАБОРАТОРИЯ  
Городской больницы № 6, г. Тверь

**АНАЛИЗ КРОВИ**

Болезного *мужчина, 48 лет*  
*трауб 94.109*

Гемоглобин *105* Цв. показ. *0,9*

Лейкоциты *26 10<sup>9</sup>* Эритроц. *3,3 10<sup>12</sup>*

СОЭ на 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> |

Св. кр. по Сухареву: \_\_\_\_\_

Начало *2* Конец *41*

4) Эталон ответа: 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.

*Диастаза мочи - 1024 Ед*

**АНАЛИЗ МОЧИ**

№ \_\_\_\_\_ Гр. *мужчина, 48 лет*  
из *ур. дис.*

Цвет \_\_\_\_\_  
из *мелкие*

Прозрачность *мутная*

Реакция *кислая*

Удельный вес *1,026*

Белок *0,1 2/1*

Сахар *отр.*

Осадок \_\_\_\_\_

Эритроциты *1-3*

Лейкоциты *3-5*

Эпителий *отр.*

Цилиндры гиалиновые *отр.*

Цилиндры зернистые *отр.*

Соли *оксалиты*

Слизь *+*

Бактерии *+*

Желчные пигменты *отр.*

Уробилин *отр.*

Лаборант \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ г.

5) Эталон ответа: Общий анализ мочи: протеинурия, свидетельствующая о функциональной недостаточности нефрона, возможно вследствие токсического поражения почек. Диастаза мочи резко повышена (норма 16-64 ед., кстати, определение последующих показателей осуществляется в арифметической прогрессии). Скрининг + в диагностике острого панкреатита.

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

### **Задача 1**

Больная 32 лет доставлена по экстренным показаниям в дежурный хирургический стационар в связи с возникновением боли в эпигастральной области, однократной рвоты с примесью только что съеденной пищи. Боль возникла внезапно, без видимой причины, 4 часа назад. Больная приняла но-шпу (1 таблетку), но эффект был незначительным. К моменту госпитализации боль сместилась в правую подвздошную область и нижние отделы живота, появился позыв на акт дефекации, но стула при этом не было. Мочится свободно, резей нет. Подобных изменений раньше не отмечала

Из истории жизни: последние месячные закончились 5 дней назад, в срок, имеется аллергия к пенициллину.

При обследовании больной выявлено: положение активно-вынужденное, при повороте на левый бок и ходьбе отмечает боль внизу живота. Температура тела 37,6 С, пульс 88 уд/мин, удовлетворительных качеств, ЧДД 18 /мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при натуживании и кашле – боль в правой подвздошной области над лоном, там же умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки. Глубокая пальпация болезненна в правой подвздошной области и больше над лоном. Перкуторно – умеренный тимпанит. При аускультации выслушиваются редкие шумы кишечной перистальтики. Положителен симптом: Щеткина-Блюмберга в гипогастрии, слабоположительные: Воскресенского, Бартомье-Михельсона, Ровзинга, отрицателен – Образцова. В анализе крови: Л 10,5 10<sup>9</sup>, СОЭ 28 мм/ч, э-2, б-1, п-12, с-70, л-10, м-5. Анализ мочи: плотность 1021, прозрачная, белок 0,066%, Л – 10-12, Эр – 0-1, Пл. эпит. – 5-6, цил. – нет.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить в данном случае?
2. С чем необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какое из обязательных исследований не проведено при первичном осмотре больной, в чем его эффективность в данной ситуации?
4. Надо ли провести какие-либо дополнительные исследования? Если надо, то с какой целью и какие?
5. Если у больной предположить наличие острого аппендицита, о какой форме может идти речь в данном случае? Какие анатомические особенности расположения могут иметь место? Имеет ли место развитие какого – либо осложнения ?
6. Если диагноз неясен, в течение какого времени можно проводить динамическое наблюдение за больной? Можно ли с целью уменьшения болевого синдрома применить препараты купирующие его ?
7. Какой лечебной тактики следует придерживаться:  
А) при уточненном диагнозе острого аппендицита?  
Б) при сомнительном диагнозе?

### **Эталон ответа**

1. *Острый аппендицит, местный тазовый перитонит.*
2. *С острым аднекситом, осложненным пельвиоперитонитом.*
3. *При подозрении на острый аппендицит необходимо провести ректальное или вагинальное исследование для уточнения состояния органов малого таза и распространенности процесса по брюшине.*
4. *В неясной ситуации дополнительно следует выполнить лапароскопию и УЗИ правой подвздошной области и органов малого таза. Это позволит исключить патологию*

*органов половой сферы и определить состояние аппендикулярного отростка, наличие и границы распространения перитонеального экссудата.*

- У больной речь может идти о деструктивной форме (флегмонозный, гангренозный, перфоративный). Наличие местных изменений в малом тазу говорит о тазовом расположении отростка. Заболевание осложнилось местным тазовым перитонитом.*
- В неясных случаях допустимо наблюдение и дообследование больной в течение 2-3 часов. Купировать болевой синдром в этот период не рекомендуется, чтобы не сгладить клиническую картину (мнимое улучшение).*
- А) если диагноз острый аппендицит уточнен, необходима экстренная операция. Б) если в течение 2-3 часов диагноз уточнить не удалось, так же показана диагностическая лапаротомия.*

## **Задача 2**

Больная М., 42 лет, оперируется по поводу желчнокаменной болезни, хронического холецистита. Больная страдает ЖКБ в течение 10 лет, периодически возникают боли коликообразного характера в правом подреберье, особенно после погрешности в диете. До операции обследована: изменений в клиническом анализе крови нет. Биохимическое исследование: билирубин 18.7 мкм\л, Щелочная фосфотаза 526 ед., ПТИ 87%, АСТ 0.65, АЛТ 0.26. Во время лапароскопической холецистэктомии выявлено, что пузырный проток имеет диаметр 0,6 см, холедох расширен. На интраоперационной холангиограмме расширение внутривнутрипеченочных желчных протоков. Терминальная часть холедоха сужена до 2 мм, над местом сужения 4 округлых тени от 4 до 8мм, подвижные. Поступление контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку замедлено.

- Поставьте окончательный диагноз, с учетом выявленных осложнений.*
- Какие анатомические отделы холедоха вы знаете? Диаметр холедоха в норме?*
- Какие Вы знаете интраоперационные методы обследования желчевыводящих путей?*

## **Эталон ответа**

- ЖКБ. Хронический холецистит. Холедохолитиаз. Стриктура терминального отдела холедоха.*
- 4 отдела: супрадуоденальный, ретродуоденальный, ретропанкреатический, интрамуральный. Макроскопический диаметр холедоха = 0,5 – 0,8 см.*
- Пальпация, зондирование, пальпация на зонде, трансиллюминация, ИОУЗИ гепатодуоденальной связки, ультразвуковая эхолокация, ИОХГ, холедохоскопия.*

## **Задача 3**

У больной В. 28 лет за 10 часов до госпитализации в хирургическое отделение вскоре после приёма пищи появились резкие боли в животе, которые затем приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы, не было стула, многократная рвота. Общее состояние средней тяжести, беспокойная, стонет, пульс 80 ударов в минуту, язык сухой, живот равномерно умеренно вздут. В правой подвздошной области старый послеоперационный рубец после аппендэктомии. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника усилена, резонирующая. Определяется «шум плеска».

- Укажите характер заболевания и его вероятную причину?*
- Представьте классификацию данной патологии.*
- Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?*
- С чем необходимо дифференцировать?*
- Отличие высоких и низких форм кишечной непроходимости.*



### **Эталон ответа**

1. У больной спаечная кишечная непроходимость. Вероятной причиной может быть спайка между пряжкой большого сальника и куполом слепой кишки или спайки между сальником и петлями тонкой и толстой кишки и придатками матки. Внедрённая под спайки кишка ущемляется.
2. Стандартная классификация кишечной непроходимости.
3. Необходимо сделать анализ крови на гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, ЦОЭ, гематокрит, анализ мочи, обзорную рентгеноскопию брюшной полости. В случае частичного улучшения при консервативной терапии возможно исследование пассажа бария по ЖКТ (полстаканная проба).
4. Состояние больной необходимо дифференцировать с аднекситом, внематочной беременностью, почечной коликой, гастроэнтеритом.
5. Опаснее высокая – потерями жидкости, ферментов, электролитов.

### **Задача 4**

Больной Ж. 42 года, каменщик. Заболевание началось остро 18.04.98 г. с повышения  $t$  тела до  $40^{\circ}\text{C}$ , болей в грудной клетке, рвоты. Накануне злоупотреблял алкоголем в течение 7 суток. 21.04.98г.- через 3 дня после начала заболевания, госпитализирован в отделение терапии городской больницы, где при рентгенографии органов грудной клетки выявлено однородное, массивное затемнение, занимающее большую часть нижней доли правого лёгкого. Диагностирована сливная пневмония, назначена антибактериальная терапия. Через 10 дней (28.04.98г.) от начала заболевания появился кашель с выделением гнойной мокроты с неприятным запахом в количестве 200-300 мл в сутки. При контрольной рентгенографии на фоне массивного затемнения, занимающего всю среднюю и нижнюю доли правого лёгкого, видны множественные, различных размеров, с горизонтальными уровнями полости деструкции. Состояние больного тяжёлое. Температура тела  $39,6^{\circ}$ , выраженные признаки гнойной интоксикации, частота дыхания 28-30 в мин. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. При перкуссии укорочение лёгочного звука в боковых и задненижних отделах правой половины грудной клетки, здесь же при аускультации резкое ослабление дыхания, свистящие хрипы,  $P_s = 100$  в мин. ритмичный. АД=110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 4 см.

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Какой механизм возникновения деструкции лёгкого вероятнее всего имеет место в данном наблюдении и почему?
3. Перечислите "выраженные признаки гнойной интоксикации".
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Какие изменения следует ожидать в данных дополнительного обследования?
6. Какие осложнения со стороны органов дыхания наиболее возможны в данной ситуации?
7. При каком осложнении показано дренирование плевральной полости?

### **Эталон ответа**

1. Гангрена средней и нижней долей правого лёгкого.
2. Учитывая длительный период злоупотребления алкоголем перед заболеванием, вероятнее всего в данном наблюдении предположить аспирационный механизм возникновения деструкции лёгкого.
3. К симптомам гнойной интоксикации относят лихорадку, фебрильную температуру тела, ознобы, проливной пот, слабость, анорексию, головную и мышечную боли.
4. Кроме выполненного рентгенологического исследования больному следует назначить:  
а) клинический анализ крови;

- б) общий анализ мочи;
  - в) биохимические исследования крови, в том числе: белковые фракции, С-реактивный белок, фибриноген, сиаловые кислоты;
  - г) ЭКГ;
  - д) фибробронхоскопию;
  - е) анализ мокроты на атипичные клетки, бактерии Коха, микрофлору (с определением чувствительности к антибиотикам);
5. В клиническом анализе крови следует ожидать анемию, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличенную СОЭ. В общем анализе мочи: протеинурию и лейкоцитурию. При биохимическом исследовании крови: диспротеинемия за счёт снижения содержания альбумина ( $N=52-62\%$ ), повышенное содержание сиаловых кислот ( $N=1,98-2,34$  мкмоль/л) и фибриногена ( $N=2,0-4,0$  г/л), появление С-реактивного белка. На ЭКГ – гипоксия миокарда, увеличение нагрузки на правые отделы сердца. На фибробронхоскопии – гнойный бронхит справа.
  6. К наиболее частым осложнениям со стороны органов дыхания в подобных ситуациях следует отнести развитие лёгочного кровотечения, пиопневмоторакса и аспирационную пневмонию в противоположном лёгком.
  7. При развитии пиопневмоторакса показано дренирование плевральной полости.

### Задача 5

Большая Г., 43 года, дворник, злоупотребляет алкоголем. Заболевание началось остро 07.03.99г., когда после переохлаждения появилось лёгкое недомогание, слабость, сухой кашель. Температуру тела не измеряла, к врачам не обращалась, лечилась «народными средствами». Ухудшение состояния наступило 17.03.99г., когда температура тела поднялась до  $40^{\circ}$ , появились сильные боли в правой половине грудной клетки. Госпитализирована в терапевтическое отделение городской больницы. При рентгенологическом исследовании диагностирована крупозная пневмония верхней доли правого лёгкого. Через неделю начала откашливать гнойную коричневого цвета мокроту с неприятным запахом в количестве до 500 ml в сутки. При рентгенографии 28.03.99г. в верхней доле правого лёгкого выявлена полость деструкции  $12 \times 10$  см, имеющая периферическую локализацию, содержащая жидкость и пристеночный секвестр. 30.03.99г. состояние больной резко ухудшилось: появились сильные боли в правом боку, резкая слабость, чувство нехватки воздуха, обморочное состояние. Состояние больной очень тяжёлое. Бледная, акроцианоз. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, межрёберные промежутки её сглажены. Голосовое дрожание резко ослаблено справа. При перкуссии справа в верхних отделах до уровня V ребра определяется тимпанит, ниже притупление. Границы сердечной тупости смещены влево. При аускультации резкое ослабление дыхания над правым лёгким, хрипов нет. Частота дыхания 32 в мин. Пульс 120 в мин. ритмичный, слабого наполнения. АД= 120/80 мм рт. ст. При рентгенографии: правое лёгкое полностью коллабировано, широкий горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, резкое смещение средостения влево.

1. Поставьте развёрнутый диагноз на 28.03.99 г.
2. Какое осложнение развилось у больной 30.03.99 г.? перечислите его основные клинические и рентгенологические признаки.
3. Дайте развёрнутый диагноз на 30.03.99 г.
4. О чём говорят результаты перкуссии?
5. О чём говорят такие рентгенологические симптомы, как наличие горизонтального уровня жидкости в плевральной полости, резкое смещение средостения влево?
6. Чем опасно смещение средостения в здоровую сторону?
7. В чём заключается экстренная помощь больной 30.03.99г.?

### **Эталон ответа**

1. *Острый гангренозный абсцесс верхней доли правого лёгкого.*
2. *30.03.99г. у больной развился тотальный напряжённый пиопневмоторакс справа. Его клиническими признаками являются отставание в акте дыхания правой половины грудной клетки, сглаженность межрёберных промежутков, определение при перкуссии грудной клетки справа тимпанита до уровня V ребра и тупости в нижних отделах, смещение границы сердечной тупости вправо, ослабление при аускультации дыхания над правым лёгким, тахипноэ.*
3. *Основной диагноз – острый гангренозный абсцесс верхней доли правого лёгкого. Осложнения: тотальный напряжённый пиопневмоторакс справа; дыхательная недостаточность II-III.*
4. *Наличие тимпанита выше V ребра справа говорит о скоплении воздуха в правой плевральной полости, притупление в нижних границах – о скоплении жидкости.*
5. *Горизонтальный уровень жидкости в правой плевральной полости при рентгенологическом исследовании говорит о том, что у больной имеется не только гидроторакс, но и скопление воздуха в плевральной полости (иначе бы жидкость имела дугообразную верхнюю границу). Резкое смещение средостения в здоровую сторону свидетельствует о том, что у больной имеется напряжённый пневмоторакс.*
6. *Смещение средостения в здоровую сторону опасно тем, что, во-первых, происходит сдавление контрлатерального лёгкого, тем самым усугубляется дыхательная недостаточность; во-вторых может возникнуть перегиб сосудов, впадающих в сердце, а это в свою очередь, приведёт к уменьшению притока крови к сердцу и может вызвать его рефлекторную остановку.*
7. *Экстренная помощь больной должна заключаться в дренировании правой плевральной полости. Необходимо ввести два дренажа. Один во 2-3 межреберье по правой среднеключичной линии для эвакуации воздуха, другой – в 6-7 межреберье по правой заднеподмышечной линии для эвакуации гноя.*

**Фонды оценочных средств**  
**для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)**  
**для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**  
**«Факультетская хирургия»**  
**ПК-8: *Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами***

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

**а) контрольные вопросы:**

1. Показания и противопоказания к аппендэктомии. Подготовка больных к операции. Обезболивание. Техника аппендэктомии в зависимости от формы острого аппендицита и расположения отростка.
2. Осложнения острого аппендицита. Клиника, диагностика и лечение.
3. Ведение послеоперационного периода у больных после аппендэктомии. Результаты хирургического лечения. Экспертиза трудоспособности.
4. Лечение ущемленных грыж. Особенности оперативной техники, определение жизнеспособности ущемленного органа. Осложнения при самопроизвольном и насильственном вправлении.
5. Тактика при сомнительном диагнозе ущемленной грыжи, самопроизвольном и насильственном вправлении. Осложнения после операции ущемленной грыжи. Исход.
6. Современные принципы и методы лечения острого гнойного перитонита.
7. Методы консервативного и оперативного лечения кровотечения из язв желудка и 12-перстной кишки.
8. Методы оперативного лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Осложнения в раннем периоде после операций на желудке. Их диагностика и лечение. Прогноз.
9. Принципы радикального лечения рака желудка. Виды операций. Прогноз.
10. 6.Современные принципы консервативного и хирургического лечения больных с острым холециститом. Подготовка к операции и ведение послеоперационного периода. Экспертиза трудоспособности.
11. Холангит. Клиника. Диагностика. Методы консервативного и хирургического лечения. Прогноз.
12. Современные принципы консервативного лечения больных с острым панкреатитом.
13. Показания к хирургическому лечению острого панкреатита. Методы оперативного лечения. Исходы лечения острого панкреатита. Режим больных, перенесших острый панкреатит.
14. Спаечная кишечная непроходимость. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
15. Лечение трофических язв и гангрены. Прогноз. Профилактика. Трудоустройство.
16. Принципы лечения больных с облитерирующим тромбангиитом. Показания к оперативному лечению и виды его. Прогноз. Трудоустройство больных.
17. Методы консервативного и хирургического лечения варикозного расширения вен. Склерозирующая терапия. Ведение послеоперационного периода. Причины рецидива заболевания.
18. Подготовка к операции и ведение послеоперационного периода у больных с заболеваниями пищевода. Восстановительная хирургия пищевода. Осложнения после операции. Прогноз. Трудоустройство.

19. Принципы консервативного лечения больных с острым абсцессом и гангреной легких. Прогноз. Показания к оперативному лечению больных с острым абсцессом и гангреной легкого. Виды операций. Исход.
20. Подготовка к операции больных с гнойными заболеваниями легких. Виды операций. Ведение послеоперационного периода. Осложнения после операций на легких. Клиника. Диагностика. Лечение. Трудоустройство.
21. Показания к различным видам лечения тиреотоксического зоба. Виды операций при зобе. Предоперационная подготовка.

**б) примеры тестов первого уровня\*:**

1. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
  - а) аппендикулярный инфильтрат +
  - б) инфаркт миокарда
  - в) вторая половина беременности
  - г) геморрагический диатез
  - д) разлитой перитонит
2. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ:
  - а) острый катаральный аппендицит
  - б) острый аппендицит во второй половине беременности
  - в) 1-ый приступ острого аппендицита
  - г) аппендикулярный инфильтрат +
  - д) аппендицит у грудных детей
3. ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИНА КОЖНОГО РАЗРЕЗА ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ:
  - а) 2-2,5 см
  - б) 3-4 см
  - в) 5-6 см
  - г) 6-8 см +
  - д) 10-12 см
4. ВЫ ОПЕРИРУЕТЕ БОЛЬНОГО 25 ЛЕТ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА ИЗ ДОСТУПА ПО ВОЛКОВИЧУ - ДЬЯКОНОВУ. ПО ВСКРЫТИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОБНАРУЖЕНО, ЧТО В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ЯМКЕ ИМЕЕТСЯ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ВЫПОТА СОЛОМЕННОГО ЦВЕТА. В РАНУ УДАЛОСЬ ВЫВЕСТИ КУПОЛ СЛЕПОЙ КИШКИ С ОСНОВАНИЕМ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА. ПОСЛЕДНИЙ УТОЛЩЕН, ГИПЕРЕМИРОВАН, С НАЛЕТОМ ФИБРИНА. ОДНАКО ВЕРХУШКА ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА НЕ ВЫВОДИТСЯ. ХИРУРГ ДОЛЖЕН:
  - а) рассечь париетальную брюшину правого латерального канала и выделить червеобразный отросток
  - б) произвести ретроградную аппендэктомию +
  - в) осуществить дренирование брюшной полости
  - г) выполнить срединную лапаротомию с последующей аппендэктомией
  - д) произвести аппендэктомию с применением "лигатурного способа"
5. ПРОМЫВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОКАЗАНО:
  - а) при установленном диагнозе аппендикулярного инфильтрата
  - б) при периаппендикулярном абсцессе
  - в) при гангренозном аппендиците и местном отграниченном перитоните
  - г) при воспалении лимфоузлов брыжейки тонкой кишки
  - д) при разлитом перитоните +

6. БОЛЬНОМУ 80 ЛЕТ БЕЗ ГРУБОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ЧАСТЫХ УЩЕМЛЕНИЯХ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ:
- а) консервативное лечение, направленное на регуляцию стула
  - б) экстренную операцию - грыжесечение
  - в) плановую операцию после амбулаторного обследования +
  - г) госпитализацию, наблюдение в хирургическом отделении
  - д) ношение суспензория
7. У БОЛЬНОГО 70 ЛЕТ ЛЕВОСТОРОННЯЯ КОСАЯ ПАХОВАЯ ГРЫЖА СО СКЛОННОСТЬЮ К УЩЕМЛЕНИЮ. ИМЕЕТСЯ АДЕНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С НАРУШЕНИЕМ МОЧЕИСПУСКАНИЯ. БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ:
- а) ношение постоянно бандажа
  - б) экстренная операция при очередном ущемлении
  - в) оперативное лечение при быстром увеличении размеров грыжи
  - г) плановая операция, после осмотра уролога и коррекции нарушений мочеиспускания +
  - д) одновременное грыжесечение и удаление аденомы
8. ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ГРЫЖИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНО:
- а) наблюдение, холод на живот
  - б) вправление грыжи
  - в) введение спазмолитиков
  - г) положение Тренделенбурга
  - д) экстренная операция +
9. О ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ УЩЕМЛЕННОЙ КИШКИ ГОВОРИТ:
- а) отсутствие выпота в брюшной полости
  - б) наличие в просвете кишки жидкости
  - в) состояние отводящей петли кишки
  - г) размеры приводящей петли кишки
  - д) наличие перистальтики кишки +
10. ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПРИВОДЯЩЕГО ОТДЕЛА УЩЕМЛЕННОЙ КИШКИ ОТСТУПАЮТ:
- а) на 30-40 см +
  - б) на 20-25 см
  - в) на 10-20 см
  - г) на 5-10 см
  - д) на 2-3 см
11. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ ОПЕРАЦИЮ НАЧИНАЮТ:
- а) с вскрытия флегмоны
  - б) со срединной лапаротомии +
  - в) с выделения грыжевого мешка из окружающих тканей
  - г) с пункции грыжевого мешка
  - д) с одновременной операции из двух доступов
12. БОЛЬНОМУ С ГАНГРЕНОЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ПОКАЗАНО:
- а) консервативное лечение
  - б) отсроченная операция
  - в) принятие решения зависит от возраста больного
  - г) операция при отсутствии эффекта от консервативной терапии
  - д) экстренная операция +

13. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ МИКРОХОЛЕЦИСТОСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
- а) внутривенное расположение желчного пузыря
  - б) пожилой и старческий возраст больных
  - в) перфоративный холецистит с развитием перитонита +
  - г) отсутствие конкрементов в желчном пузыре
  - д) развитие эмпиемы желчного пузыря
14. БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ СТРАДАЕТ ЧАСТЫМИ ПРИСТУПАМИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ВЫРАЖЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ. В АНАМНЕЗЕ ДВА ИНФАРКТА МИОКАРДА, ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ III СТАДИИ. ДВА МЕСЯЦА НАЗАД ПЕРЕНЕС РАССТРОЙСТВО МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. В КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЧЕСТЬ:
- а) отказ от хирургического лечения, проведение консервативной терапии
  - б) холецистэктомии под интубационным наркозом
  - в) холецистэктомии под перидуральной анестезией
  - г) холецистостомии под контролем УЗИ с облитерацией полости желчного пузыря +
  - д) дистанционную волновую литотрипсию
15. БОЛЬНОЙ ЖЕЛТУХОЙ НА ФОНЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА НУЖДАЕТСЯ В:
- а) экстренной операции
  - б) консервативном лечении
  - в) срочной операции после предоперационной подготовки +
  - г) катетеризации чревной артерии
  - д) плазмаферезе
16. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ПРИ:
- а) завороте
  - б) узлообразовании
  - в) обтурационной кишечной непроходимости
  - г) динамической непроходимости +
  - д) обтурации желчным камнем
17. ПРИ УЗЛООБРАЗОВАНИИ, УЩЕМЛЕНИИ КИШКИ И ЗАВОРОТЕ:
- а) следует проводить консервативные мероприятия по разрешению непроходимости
  - б) показана экстренная операция +
  - в) предпочтительна операция в "холодном" периоде
  - г) необходимо динамическое наблюдение
  - д) все ответы не верны
18. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО ПРИСТУПА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:
- а) вагосимпатическая блокада
  - б) перидуральная анестезия
  - в) паранефральная блокада
  - г) блокада круглой связки печени
  - д) морфин +
19. ПРИ НАГНОИВШЕЙСЯ ПСЕВДОКИСТЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНА:
- а) консервативная антибиотикотерапия
  - б) консервативная дезинтоксикационная терапия
  - в) операция +
  - г) наблюдение
  - д) продолжить ранее назначенную терапию
20. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ:
- а) парапанкреатический инфильтрат

- б) гнойные осложнения +
  - в) отек забрюшинной клетчатки
  - г) панкреатогенный перитонит
  - д) тяжелая интоксикация
21. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ:
- а) пенетрирующая язва с образованием межорганного патологического свища +
  - б) большая язва привратника, угрожающая развитием стеноза при заживлении
  - в) сочетание гигантских язв желудка и 12-перстной кишки
  - г) наличие генетической предрасположенности к язвенной болезни
  - д) упорный дуоденогастральный рефлюкс с гастритом и язвой
22. ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ СТАВЯТСЯ ПРИ:
- а) стенозе привратника
  - б) рецидиве язвенного кровотечения после эндоскопической остановки его
  - в) низких залуковичных язвах +
  - г) злокачественном перерождении язвы
  - д) атипичной перфорации язвы
23. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ПОКАЗАНО:
- а) при невозможности проведения операции под общим обезболиванием
  - б) при одновременном наличии активного туберкулеза легких
  - в) при клинической картине общего перитонита
  - г) если перфорация произошла за час до поступления в стационар
  - д) при отказе больного от операции +
24. ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ СТЕНОЗЕ ПРИВРАТНИКА В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ:
- а) субтотальная резекция желудка
  - б) антрумэктомия с ваготомией
  - в) пилоропластика с ваготомией
  - г) пилоросохраняющая резекция желудка
  - д) гастроэнтероанастомоз +
25. РАДИКАЛЬНЫМИ ОПЕРАЦИЯМИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЮТСЯ:
- а) дистальная субтотальная резекция желудка
  - б) проксимальная субтотальная резекция
  - в) гастрэктомия
  - г) расширенные комбинированные операции
  - д) все перечисленные операции +
26. ГАСТРОСТОМИЯ ПОКАЗАНА:
- а) при неоперабельных раках пищевода и кардии +
  - б) при питании больных, находящихся без сознания
  - в) при кровоточащей язве желудка
  - г) при нарушениях глотания после операции при облучении глотки
  - д) при рецидиве кровотечения из варикозных вен пищевода
27. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА, В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
- а) гемосорбция
  - б) локальная внутрижелудочная гипотермия
  - в) внутривенный форсированный диурез +
  - г) эндолимфатическое введение антибиотиков
  - д) дренирование грудного лимфатического протока с лимфосорбцией
28. ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП У БОЛЬНОГО С ПЕРИТОНИТОМ ЗАВИСИТ ОТ:



- а) характера ранее выполненных операций
  - б) распространенности перитонита +
  - в) наличия рубцов на передней брюшной стенке
  - г) локализации источника перитонита
  - д) характера микрофлоры
29. ПРИ АБСЦЕССЕ ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА ПОКАЗАНО:
- а) пункция через брюшную стенку
  - б) лечебные клизмы
  - в) вскрытие через брюшную стенку
  - г) пункция, вскрытие и дренирование через прямую кишку +
  - д) консервативное лечение
30. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ ЯВЛЯЮТСЯ:
- а) хирургический – геморроидэктомия +
  - б) консервативный - диета, свечи, микроклизмы
  - в) склерозирующая терапия
  - г) лигирование латексом, шелком
  - д) физиотерапия
31. ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ ВЕН ИСПОЛЬЗУЮТ:
- а) анальгетики
  - б) антикоагулянты
  - в) пресакральную блокаду
  - г) диету
  - д) все перечисленное

**\*\* «+» отмечены правильные ответы**

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

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту:

1. Планирование обследования пациента.
2. Оформление разделов истории болезни
3. Выставление показаний и противопоказаний к операции при подозрении на острый аппендицит.
4. Определение тактика лечения осложненных и неосложненных грыж.
5. Выбор метода лечения, определение показаний к операции.
6. Функциональные пробы для определения клапанной недостаточности вен, проходимости глубоких вен.
7. Назначение лечения при флеботромбозе.

8. Определение показаний к оперативному лечению при тромбозе поверхностных вен.
9. Определение показаний к реконструктивным операциям и к ампутации.

Примеры заданий на этапе оценки степени освоения практических навыков:

| Городская больница № 6, г. Тверь |                  |  |        |           |         |  |       |  |  |
|----------------------------------|------------------|--|--------|-----------|---------|--|-------|--|--|
| БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ |                  |  |        |           |         |  |       |  |  |
| «...» 20... г.                   | женщина, 42 года |  |        | №         |         |  |       |  |  |
| Ф. И. О.                         | Иванова, Мария   |  |        | палата    |         |  |       |  |  |
| Отделение                        | хирургия         |  |        |           |         |  |       |  |  |
| Общий белок                      | 68 г/л           |  |        |           |         |  |       |  |  |
| Альбумины                        |                  |  |        | Глобулины |         |  |       |  |  |
| Альфа I                          | % Альфа II       |  | % Бета |           | % Гамма |  | % A/G |  |  |
| Ст - белок                       | 25               |  | 45     |           | 96      |  | 42    |  |  |
| М.Н.О.                           | 3,0              |  | 19,2   |           | 42      |  | 36    |  |  |
| Фибриноген                       | 15,4             |  | 430    |           | 9,0     |  | 1,3   |  |  |
| Билирубин общий                  | 15,4             |  | 430    |           | 9,0     |  | 1,3   |  |  |
| Билирубин прямой                 | 4,3              |  | 3,2    |           | 6,8     |  | 15,0  |  |  |
| Щелочная фосфатаза               | 48               |  | 6,8    |           | 15,0    |  | 3,6   |  |  |
| Креатинин                        | 4,8              |  | 15,0   |           | 3,6     |  | 4,3   |  |  |
| Холестерин                       | 3,6              |  | 4,3    |           | 3,2     |  | 3,2   |  |  |
| Сахар                            | 15,0             |  | 6,8    |           | 15,0    |  | 3,6   |  |  |
| Калий                            | 3,6              |  | 4,3    |           | 3,2     |  | 3,2   |  |  |
| Кальций                          | 4,3              |  | 3,2    |           | 6,8     |  | 15,0  |  |  |
| Триглицериды                     | 3,2              |  | 6,8    |           | 15,0    |  | 3,6   |  |  |

1) Эталон ответа: в биохимическом анализе крови выражено 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.

| Городская больница № 6, г. Тверь |                 |  |        |           |         |  |       |  |  |
|----------------------------------|-----------------|--|--------|-----------|---------|--|-------|--|--|
| БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ |                 |  |        |           |         |  |       |  |  |
| «...» 20... г.                   | мужчина, 46 лет |  |        | №         |         |  |       |  |  |
| Ф. И. О.                         | Иванов, Иван    |  |        | палата    |         |  |       |  |  |
| Отделение                        | хирургия        |  |        |           |         |  |       |  |  |
| Общий белок                      | 68 г/л          |  |        |           |         |  |       |  |  |
| Альбумины                        |                 |  |        | Глобулины |         |  |       |  |  |
| Альфа I                          | % Альфа II      |  | % Бета |           | % Гамма |  | % A/G |  |  |
| Ст - белок                       | 75              |  | 43     |           | 931     |  | 88    |  |  |
| М.Н.О.                           | 3,5             |  | 30,2   |           | 92      |  | 80    |  |  |
| Фибриноген                       | 3,5             |  | 30,2   |           | 92      |  | 80    |  |  |
| Билирубин общий                  | 30,2            |  | 420    |           | 2       |  | 8,1   |  |  |
| Билирубин прямой                 | 24,6            |  | 110    |           | 3,1     |  | 1,1   |  |  |
| Щелочная фосфатаза               | 420             |  | 3,1    |           | 8,8     |  | 3,5   |  |  |
| Креатинин                        | 110             |  | 3,1    |           | 8,8     |  | 3,5   |  |  |
| Холестерин                       | 3,1             |  | 8,8    |           | 3,5     |  | 7,95  |  |  |
| Сахар                            | 8,8             |  | 3,5    |           | 7,95    |  | 2,6   |  |  |
| Калий                            | 3,5             |  | 7,95   |           | 2,6     |  | 2,6   |  |  |
| Кальций                          | 7,95            |  | 2,6    |           | 2,6     |  | 2,6   |  |  |
| Триглицериды                     | 2,6             |  | 2,6    |           | 2,6     |  | 2,6   |  |  |

2) Эталон ответа: в биохимическом анализе крови гипербилирубинемия I ст., за счет прямого билирубина. Увеличение щелочной фосфатазы, что свидетельствует о явлениях внутрипеченочного холестаза. Резкое повышение амилазы крови, характерное для острого панкреатита. Причем имеется повышение С-реактивного белка и гипокальциемия, что характеризует

развитие панкреонекроза. Если у этого пациента не было в анамнезе сахарного диабета, то гипергликемию (8,8) следует трактовать как осложнение панкреонекроза – развитие панкреотропного сахарного диабета. Лечение в ПИТ реанимации – инфузионная терапия, дезинтоксикация, инфузия кальция, антиферментная терапия, противовоспалительная. Контроль за гликемией и своевременная коррекция

**АНАЛИЗ МОЧИ**

№ \_\_\_\_\_ гр. Иванов Иван  
 из клиники онкологии

Цвет белый, мутный  
 Прозрачность мутная  
 Реакция кислая  
 Удельный вес 1018  
 Белок отсутствует  
 Сахар положительный  
 Билрубин +++  
 Эритроциты нет  
 Лейкоциты до 10  
 Эпителий до 5  
 Цилиндры гиалиновые нет  
 Цилиндры зернистые нет  
 Соли нет  
 Слизь нет  
 Бактерии нет  
 Желчные пигменты нет  
 Уробилин \_\_\_\_\_

Лаборант \_\_\_\_\_  
 Дата \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

3) Эталон ответа: в общем анализе мочи выраженная глюкозурия и наличие большого количества кетоновых тел – признак декомпенсации сахарного диабета с развитием кето-ацидоза.

Лечение в ПИТ реанимации – инфузионная терапия с инсулином, подкожное введение инсулина, в зависимости от суточных колебаний сахара крови, дезинтоксикация.

**ЛАБОРАТОРИЯ**  
 Городской больницы № 6, г. Тверь

**АНАЛИЗ КРОВИ**

Больного Иванов Иван, 35 лет

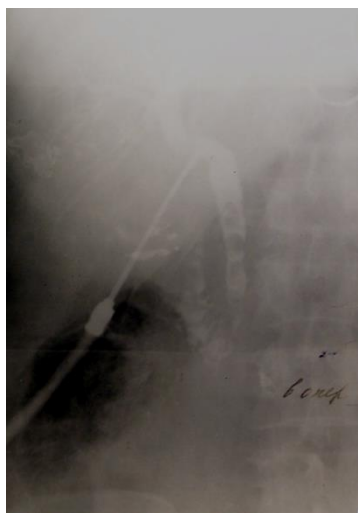
Гемоглобин 62 г/л Цп. показ. 1,0  
 Лейкоциты 6,4 · 10<sup>9</sup> Эритроциты 4,8 · 10<sup>12</sup>  
 Тромб. 160 · 10<sup>9</sup> СОЭ за 1 час. 15 мм/ч

| В | Э | М | Ю | П | С | Л  | М |
|---|---|---|---|---|---|----|---|
|   | 2 |   |   | 3 | 6 | 30 | 4 |

Св. кр. по Сухареву \_\_\_\_\_  
 Начало 2 Конец 4  
 Вр. кровот. 3

4) Эталон ответа: в клиническом анализе крови выраженная анемия (3 ст.), снижение эритроцитов, выраженная тромбоцитопения. Лейкоцитоза и существенных изменений в лейкоцитарной формуле нет. Представленный анализ может

свидетельствовать о кровотечении или перенесенной кровопотере. Необходима заместительная терапия (гемотрансфузия + терапия, направленная на профилактику рецидива кровотечения)

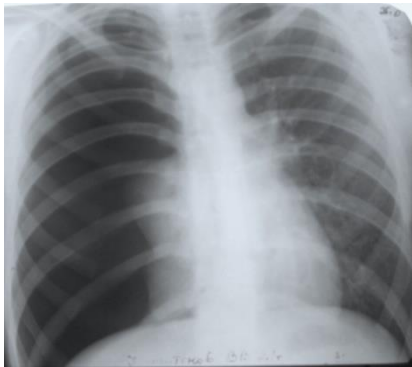


5) Эталон ответа: интраоперационная холангиограмма (интраоперационная, т.к. видны металлические инструменты). Выполняется при проведении холецистэктомии, как обязательный этап операции. Тень общего желчного протока расширена до 1.7 см, негетерогенна. В просвете холедоха множество дефектов наполнения, разного размера, обтекаемых контрастным веществом. Сброс контрастного препарата (водорастворимый контраст) в двенадцатиперстную кишку замедлен, возможно, из-за стеноза терминального отдела холедоха. Внутривенные протоки расширены как

следствие длительного холестаза. Заключение: множественный холедохолитиаз. Операцию необходимо продолжить – холедохолитотомия, наружное или внутреннее дренирование холедоха (из-за того, что это множественный холедохолитиаз предпочтительнее билио-дигестивный анастомоз). Возможно, как вариант ЭПСТ с эндоскопической санацией холедоха, если операция выполняется лапароскопически.



б) Эталон ответа: прицельная рентгенограмма желудка в прямой проекции. Желудок резко растянут и увеличен в размерах. Антральный отдел доходит до малого таза (располагается ниже L<sub>4</sub>- L<sub>5</sub>). Эвакуация из желудка нарушена в крайней степени (бариевая взвесь за привратник не поступает) (1). В теле желудка по малой кривизне глубокая ниша, создающая «депо» бария, выглядит как симптом «указующего перста» (2), по задней стенке тела желудка виден дефект с отчетливой картиной схождения к нему складок слизистой – симптом «конвергенции» складок (3), характерный для язвенного дефекта. Заключение: множественные язвы тела желудка (2,3), осложненные пенетрацией (2). Декомпенсированный пилородуоденальный стеноз (1), что тоже является осложнением язвенной болезни. Концептуально, больному показана резекция 2/3 желудка по Бильрот -2 (т.е. с наложением гастроЭНТЕРОанастомоза).



7) 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.

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

### **ЗАДАЧА № 1**

Больной К., 18 лет поступил в клинику с жалобами на тупые постоянные боли в нижних отделах живота, повышение температуры тела к вечеру до 38-39о, 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.

1. В чем ошибка хирургов?
2. Лечебная тактика.
3. К какому виду перитонита относится данное осложнение?
4. Где ещё возможно расположение гнойников у больных после аппендэктомии?

#### ***Эталон ответа***

1. У больного абсцесс Дугласова пространства.
2. Операцию необходимо было завершить дренирование брюшной полости.
3. Вскрытие и дренирование абсцесса через прямую кишку, антибактериальная и детоксикационная терапия.
4. Местный отграниченный перитонит.
5. Межкишечные, подпечёночные, поддиафрагмальные.

### **ЗАДАЧА № 2**

У больной К., 46 лет, в течение 10 лет страдавшей язвенной болезнью желудка с частыми сезонными обострениями последние 3 месяца появились тупые боли в эпигастральной области, усиливаются после еды, отрыжка с неприятным запахом, снизился аппетит, похудела на 5 кг, быстро устает. Последние 2 года к терапевту не обращалась.

Объективно: бледная, пониженного питания, лимфатические узлы не увеличены. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Инфильтратов в брюшной полости не пальпируется. В анализе крови Нв – 86г/л,

Эр. –  $3,2 \cdot 10^{12}$ , ЦП – 0,8, лейкоциты –  $7,4 \cdot 10^9$ , СОЭ – 32 мм/ч. анализ кала на скрытую кровь – реакция положительная.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Наметьте план возможного лечения и предоперационной подготовки больной.
3. Опишите основные этапы возможного в данном случае радикального или паллиативного оперативного вмешательства. От чего оно будет зависеть?
4. Укажите меры профилактики той патологии, которая возникла у больной?
5. Укажите прогноз и экспертизу трудоспособности в данном случае.

#### **Эталон ответа**

1. У больной, вероятно, возникла малигнизация хронической язвы желудка.
2. В случае отсутствия отдаленных метастазов ( $M_0$ ) и местнораспространенного процесса (врастания в кровеносные сосуды и органы (T4) возможна или дистальная субтотальная резекция желудка с сальниками и связками, либо – экстирпация желудка с сальниками и связками. В предоперационном периоде показано по возможности устранение нарушений гемостаза (анемии, дисгипопротеинемии, и др. нарушений).
3. Объем операции будет зависеть от локализации опухоли, от классификации T,N,M. При неудалимой опухоли и наличии стеноза выходного отдела желудка возможно наложение обходного гастроэнтероанастомоза. При расположении опухоли в области кардии – возможна проксимальная резекция желудка, при наличии канцероматоза брюшины или отдаленных метастазов в печени – отказ от операции.
4. Мерой профилактики малигнизации язвы желудка является ее патогенетическое лечение, тщательное диспансерное ежегодное обследование, при переходе язвенного дефекта в каллезную пенетрирующую язву – оперативное лечение (резекция желудка).

#### **ЗАДАЧА № 3**

Больная 38 лет, поступила для планового оперативного лечения по поводу холецистолитиаза. Конкременты в желчном пузыре выявлены около года назад на УЗИ при профосмотре на предприятии. Беспокоили периодические боли в верхних отделах живота при употреблении жирной и острой пищи. К врачам не обращалась. После очередного осмотра направлена на плановую операцию.

Объективно: состояние удовлетворительное, правильного телосложения.

Повышенного питания (ожирение 2 ст.). Кожные покровы обычной окраски и влажности. Склеры субъиктеричны. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

Отеков нет. В легких везикулярное дыхание, без хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 76 в мин. АД 130\90 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Печень по краю реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Отправления не нарушены.

Клинический анализ крови: Нв 128 г\л, Эр.  $4.7 \times 10^{12}$ /л., L  $9.2 \times 10^9$ /л.; эозинофилы-1, палочкоядерные нейтрофилы- 2, сегментоядерные нейтрофилы - 65, лимфоциты - 23, моноциты - 9. СОЭ 12 мм\ч.

Биохимический анализ: билирубин 29.3 мкм\л, (прямой 21.1, непрямой 8.2); щелочная фосфатаза 346 ед., Холестерин 6.2 мм\л.

Диастаза мочи 64 ед.

На УЗИ при поступлении: печень без явных признаков холестаза, не увеличена. Желчный пузырь увеличен, стенка утолщена до 5-7 мм, в просвете конкременты 0,7-1,5 см в диаметре, подвижны. Холедох 0,8 см в диаметре, осмотрен на протяжении 2.5 см, просвет его гомогенный.

1. Поставьте предварительный развернутый диагноз.
2. В чем будет заключаться оперативное лечение у данного больного?
3. Возможно ли применение малоинвазивных технологий в лечении данной больной, и каких?
4. Какой прогноз для трудоспособности?

#### **Эталон ответа**

1. ЖКБ. Хронический холецистит. Холедохолитиаз?
2. Холецистэктомия, ИОХГ, при выявлении холедохолитиаза – холедохолитотомия и наружное дренирование холедоха. При выявлении стеноза БДС – папиллосфинктеротомия.
3. ЛХЭ, ЭПСТ, эндоскопическая санация холедоха корзинкой Dormia или баллонным катетером.
4. Прогноз для трудоспособности благоприятный.

#### **ЗАДАЧА № 4**

Больной 26 лет работает грузчиком. На хирургическом приёме в поликлинике обратился с жалобой на появление выпячивания при подъёме тяжести в правой паховой области. Появление выпячивания сопровождается незначительно выраженными болезненными ощущениями. При натуживании в положении стоя в правой паховой области, появляется выпячивание овальной формы, размерами 6 x 4 x 4 см, смещающееся вниз и медиально, достигающее до мошонки. При перкуссии над выпячиванием определяется тимпанический звук. В горизонтальном положении выпячивание самопроизвольно исчезает.

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какое лечение Вы будете рекомендовать пациенту? Обоснуйте. Какие могут быть противопоказания к нему?
3. Опишите этапы оперативного лечения в данном случае (подготовка, обезболивание, доступ, порядок выполнения, способ пластики).
4. Какие местные осложнения могут возникнуть в послеоперационном периоде?
5. Когда можно выписать больного из отделения и какие рекомендации Вы ему дадите?
6. Как поступить, если больной откажется от оперативного лечения?
7. Прогноз?

#### **Эталон ответа**

1. Правосторонняя полная вправимая косая не осложнённая паховая грыжа.

2. Показано плановое оперативное лечение при отсутствии показаний: местных - наличие гнойничков и общих - отсутствие общих заболеваний и выраженная недостаточность основных систем, а также не пролеченные состояния, вызвавшие повышение внутрибрюшного давления.
3. Операция в день поступления или на следующий. Бритьё операционного поля, местная анестезия, разрез над выпячиванием, выделение грыжевого мешка, ревизия его и удаление, пластика задней стенки пахового канала (Бассини, Кукуджанова).
4. Кровотечение, нагноение раны, образование гематомы, серомы лигатурных свищей.
5. Через 4-5 дней, снятие швов на 7-ой день, освобождение от работы на 4 недели, от тяжёлой физической – на 6 месяцев.
6. Предложить ношение, предупредить о возможных осложнениях, поставить на диспансерный учёт, периодически предлагать оперативное лечение, зарегистрировать отказ в амбулаторной карте.
7. Прогноз благоприятный, возможность рецидива – не более 5-7%.

#### **ЗАДАЧА № 5**

Больная 30 лет в течение 2,5 лет проходит лечение по поводу болезни Грейвса с токсикозом средней степени тяжести. Лечение позволяет достичь кратковременной ремиссии, очередной курс терапии закончила 4 месяца назад. Последние 3 недели отмечает ухудшение самочувствия – похудела на 6 кг, температура повышается до 37,3, появилась раздражительность, потливость, сердцебиения. Настаивает на оперативном методе лечения. При поступлении – состояние средней тяжести, масса тела 54 кг при росте 165 см, выраженные глазные симптомы, пульс – 126 уд/мин, АД 140/60 мм.рт.ст., раздражительна, плаксива. Щитовидная железа увеличена за счет обеих долей, мягко-эластической консистенции (толстая шея). На ЭКГ – изменения в миокарде, билирубин – 30 ммоль/л, в моче – белок 0,2%, ед. эритроциты и гиалиновые цилиндры. С диагнозом ДТЗ через 2 дня под наркозом проведено стационарное оперативное лечение. Через 18 часов после операции состояние больной резко ухудшилось: больную лихорадит (Т 39°), пульс – 160 уд/мин, аритмия, резкое возбуждение, АД 80/40 мм.рт.ст.

1. Поставьте диагноз больной при госпитализации в отделение.
2. Какое консервативное лечение должно проводиться при этой болезни?
3. Какие показания к операции имеются при данном заболевании?
4. Виды оперативного лечения ДТЗ?
5. Какое осложнение возникло в раннем послеоперационном периоде и почему?
6. Как лечить это осложнение и каков прогноз?
7. Какие другие осложнения возможны после операций на щитовидной железе?



### **Эталон ответа**

1. Диффузно-токсический зоб III ст., тиреотоксикоз тяжелой степени, токсический миокардит, гепатит, нефрит.
2. Применяются антитиреоидные препараты (метилтиоурацил, мерказолил, перхлорат калия), в-адреноблокаторы (обзидан, анаприлин, индерал), кортикостероиды, плазмаферез,  $j^{131}$ .
3. Безуспешность медикаментозного лечения, средний и тяжелый токсикоз, больших размеров зоб с синдромом сдавления органов шеи.
4. Лучшие под наркозом субтотальная резекция щитовидной железы по Кохеру или Николаеву.
5. Тиреотоксический криз в связи с отсутствием предоперационной подготовки – больная должна была консервативными методами переведена в эутиреоидное состояние.
6. Лечение криза: тиреотоксические препараты, в-адреноблокаторы, гидрокортизон, амидопирин, гидратационная терапия – введение электролитов, энергетических ресурсов, плазмаферез. Летальность 50%.
7. Кроме этого возможны: кровотечение, гипопаратиреоз, удушье из-за повреждения возвратных нервов и паралича голосовых связок, трахеомаляции, послеоперационный гипотиреоз.

## КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ АКАДЕМИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

(см. [http://tvgmu.ru/upload/iblokс/935/akademicheskaya-istoriya-bolezni\\_fak-khir\\_2015.doc](http://tvgmu.ru/upload/iblokс/935/akademicheskaya-istoriya-bolezni_fak-khir_2015.doc)).

**«отлично»** – история болезни отражает умения студента собрать полноценный анамнез, выявить и изучить дополнительные жалобы пациента, не имеющие отношения к основному заболеванию, что бы 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 и 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 ГОСТ.

**«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.).

**Методические указания для обучающихся  
по освоению дисциплины «факультетская хирургия».**

1. Калантаров, Т. К. Общие вопросы пропедевтики хирургических болезней [Текст] : учебно-методическое пособие / Т. К. Калантаров, Е. М. Мохов – Тверь : Триада, 2012. – 95 с.
2. Академическая история болезни [Электронный ресурс] : методические рекомендации для самостоятельной работы студентов IV курса лечебного факультета /сост. А. Е Новосельцев [и др.]. – Тверь : ТГМА, 2015. – 21 с. - [http://tvgmu.ru/upload/iblokc/935/akademicheskaya-istoriya-bolezni\\_fak-khir\\_2015.doc](http://tvgmu.ru/upload/iblokc/935/akademicheskaya-istoriya-bolezni_fak-khir_2015.doc)
3. Экзаменационные вопросы, тесты и задачи по факультетской хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие для студентов лечебного факультета / сост. А. Е Новосельцев [и др.]. – Тверь : ТГМУ, - 2016 г.- 119 с. - [http://tvergma.ru/upload/iblock/b40/tests\\_2012.doc](http://tvergma.ru/upload/iblock/b40/tests_2012.doc)

**Научно-исследовательская работа обучающихся на дисциплине**

**«Факультетская хирургия»:**

1. Результаты аппендэктомии у больных разных возрастных групп (по данным хирургического отделения ГКБ№6).
2. Частота встречаемости дивертикула Меккеля и хирургическое лечение его воспаления (по данным хирургического отделения ГКБ№6).
3. Результаты устранения паховой грыжи при разных способах пластики передней брюшной стенки (по данным хирургического отделения ГКБ№6).
4. Отдаленные результаты пластики по Лихтенштейн (по данным хирургического отделения ГКБ№6).
5. Профилактика компартмент-синдрома при оперативном лечении гигантских вентральных грыж.
6. Изучение специальной литературы о современных подходах к хирургическому лечению ЖКБ.
7. Подготовка к докладам на студенческой научной конференции
8. Ятрогенные осложнения во время и после операций при ЖКБ, причины возникновения, частота, способы коррекции.
9. Мониторинг билиарной гипертензии в послеоперационном периоде.
10. Осложнения во время и после операций при ЖКБ, причины возникновения, частота, способы коррекции.
11. Современные представления о течении и лечении острого панкреатита по результатам исследований доказательной медицины.
12. Частота развития тяжелых форм панкреатита, требующих хирургического лечения.
13. Пути оптимизации консервативного и хирургического лечения для снижения затратности лечения и длительности пребывания больных в стационаре.

14. Диспансерное наблюдение и проведение консервативной терапии больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (по данным поликлиники ГКБ №6).
15. Течение прободных язв. Сезонность, сроки госпитализации, послеоперационные осложнения и летальность.
16. Гастродуоденальные кровотечения: частота встречаемости, распространенность и основные причины возникновения на примере ГБ №6.
17. Синдром Мэллори-Вейса в дифференциальной диагностики гастродуоденальных кровотечений.
18. Качество жизни больных с раком желудка. До и послеоперационный период.
19. Изучение специальной литературы о современных классификациях и стандартах медицинской помощи больным раком желудка.
20. Отдаленные результаты лечения острого парапроктита (по материалу проктологического отделения ГКБ №6).
21. Современные взгляды на дозированную сфинктеротомию при устранении анальной трещины.
22. Применение малоинвазивных методик при кровоточащем геморрое.
23. Изучение причин летальности больных с острой кишечной непроходимостью.
24. Характер летальности у больных с перитонитом
25. Изучение специальной литературы о современных классификациях и стандартах медицинской помощи больным с перитонитом.
26. Диспансерное наблюдение и проведение консервативной терапии заболеваний щитовидной железы (по данным поликлиники ГКБ №6).
27. Частота развития послеоперационных осложнений в зависимости от техники выполняемой операции (по данным поликлиники ГКБ №6).
28. Отдаленные результаты хирургического лечения ахалазии кардии (по материалу отделения торакальной хирургии ГБУЗ ГКБ №6).

