

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

## Кафедра факультетской хирургии

### Рабочая программа дисциплины

#### ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

для иностранных обучающихся IV курса,  
(с использованием английского языка)

направление подготовки (специальность)

31.05.01 Лечебное дело

форма обучения  
очная

Трудоемкость, зачетные единицы/часы	6 з.е. / 216 ч.
в том числе:	
контактная работа	100 ч.
самостоятельная работа	116 ч.
Промежуточная аттестация, форма/семестр	Экзамен / 8 семестр

Тверь, 2024

**Разработчики:**

Г.В. Вакулин - к.м.н., доцент, и.о. зав. кафедрой факультетской хирургии

А.О. Ледин - к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии

И.В. Вакарчук – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии

Е.М. Ноженко - к.м.н., ассистент кафедры факультетской хирургии

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

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры факультетской хирургии «13» мая 2024 г. (протокол № 4)

Рабочая программа рассмотрена на заседании профильного методического совета «07» июня 2024 г. (протокол № 6)

Рабочая программа утверждена на заседании центрального координационно-методического совета «10» июня 2024 г. (протокол № 9)

## **I. Пояснительная записка**

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

### **1. Цель и задачи дисциплины:**

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

Задачами освоения дисциплины являются:

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

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

## 2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Индикатор достижения	Планируемые результаты обучения В результате изучения дисциплины студент должен:
<p><b>ОПК-4.</b> Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза</p>	<p>ИОПК-4.1 Применяет медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи.</p> <p>ИОПК-4.2 Владеет алгоритмом применения использования медицинских изделий, специализированного оборудования при решении</p>	<p><b>Знать:</b> методы диагностики и диагностические возможности исследования в хирургии медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях;</p> <p><b>Уметь:</b> Проводить физикальное обследование, назначать методы дополнительной диагностики</p> <p><b>Владеть:</b> методикой использования медицинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи, при наиболее распространенных заболеваниях;</p> <p><b>Знать:</b> методы объективной диагностики, лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья и диагностики наиболее распространенных заболеваний, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов;</p> <p><b>Уметь</b> формулировать предварительный</p>

	<p>профессиональных задач</p> <p>ИОПК-4.3 Обосновывает выбор использования медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач.</p> <p>ИОПК-4.4 Оценивает результаты</p>	<p>диагноз заболевания и осложнений. Направить пациента для проведения, дополнительных лабораторных и инструментальных исследований назначать консультации врачей-специалистов в соответствии с клиническими рекомендациями.</p> <p><b>Владеть:</b> оформлением истории болезни, алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза</p> <p><b>Знать:</b> методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья и диагностики хирургических заболеваний, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).</p> <p><b>Уметь:</b> Обосновать необходимость использования специализированного оборудования для уточнения диагноза Обосновать необходимость привлечения врачей-специалистов для проведения консультаций в соответствии с клиническими рекомендациями;</p> <p><b>Владеть:</b> Навыками направления пациентов на обследования с записью в электронной медицинской аналитической системе</p> <p><b>Знать:</b> Референсные значения лабораторных методов диагностики, основные патологические синдромы, выявляемые при лучевых и эндоскопических методах</p>
--	---	--

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

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

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

Дисциплина «Факультетская хирургия» входит в Обязательную часть Блока 1 ОПОП специалитета. Содержательно дисциплина закладывает основы

диагностики и лечения наиболее часто встречающихся, основных, хирургических заболеваний.

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

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

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

**Уровень начальной подготовки** обучающегося для успешного освоения дисциплины

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



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

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

- Фармакология

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

- Общая хирургия

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

- Лучевая диагностика

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

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

- Пропедевтика внутренних болезней.

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

- Топографическая анатомия и оперативная хирургия.

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

- Факультетская терапия.

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

неспецифический язвенный колит. Анемии: этиология, патогенез постгеморрагической анемии и коррекция.

- Учебная и производственная практики.

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

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

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

**4. Общая трудоемкость дисциплины** составляет 6 ЗЕ, 216 академических часов, в том числе 100 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, и 116 часов самостоятельной работы обучающихся.

#### **5. Образовательные технологии**

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

Традиционная лекция, лекция - визуализация, проблемная лекция.

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

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

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

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

## **6. Формы промежуточной аттестации**

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

## **II. Учебная программа дисциплины**

### **1. Содержание дисциплины**

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

Схема написания академической истории болезни. Особенности выявления 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**

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

#### **Тема 3 Грыжи живота.**

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

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

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

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

#### **Тема 5. Острый панкреатит**

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

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

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

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

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

#### **Тема 7. Рак желудка**

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

#### **Тема 8. Заболевания прямой кишки**

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

#### **Тема 9. Кишечная непроходимость.**

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

#### **Тема 10. Перитонит.**

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

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

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

#### **Тема 12. Заболевания пищевода.**

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

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

### **Тема 13. Абсцесс и гангрена лёгкого. Бронхоэктатическая болезнь.**

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

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

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

### **Тема 15. Рак лёгкого.**

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

### **Тема 16 Облитерирующие заболевания артерий.**

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

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

Классификация хронической венозной недостаточности. Пороки развития. Клиника, диагностика, лечение. Варикозное расширение вен. Частота, этиопатогенез. Клиника. Методы диагностики. Лечение. Осложнения варикозной болезни вен: тромбофлебиты поверхностных и глубоких вен. Профилактика. Прогноз. Трудоспособность. Тромбофлебиты нижних конечностей, ТЭЛА, венозная гангрена.

## **2. Учебно-тематический план**



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

Наименование разделов дисциплины и тем	Аудиторные занятия (контактная работа)					Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену	Итого часов	Формируемые компетенции		Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего и рубежного контроля успеваемости
	лекции	семинары	лабораторные практикумы	клинические практические занятия	курсовая работа				ОПК-4	ОПК-7		
1. Курация больных				5		5	6	11	X	X	АТД, ИБ**	ИБ***
2. Острый аппендицит	2			4		6	5	11	X	X	Л, Тр, КС, УИРС, ВД, ИБ, МГ, Р	Т, Пр, ЗС, Д, КЗ, С
3. Грыжи живота	2			4		6	5	11	X	X	Л, Тр, КС, ИБ, ВД, РД, ДОТ	Т, Пр, ЗС, Д, КЗ, С
4. ЖКБ. Острый холецистит	2			4		6	6	12	X	X	ПЛ, КС, ИБ,	Т, Пр, ЗС
5. Острый панкреатит	2			4		6	6	12	X	X	Л, КС, ИА, ИБ, ВК	Т, ЗС, С

Наименование разделов дисциплины и тем	Аудиторные занятия (контактная работа)					Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену	Итого часов	Формируемые компетенции		Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего и рубежного контроля успеваемости
	лекции	семинары	лабораторные практикумы	клинические практические занятия	курсовая работа				ОПК-4	ОПК-7		
6. Язвенная болезнь желудка и ДПК. Осложнения язвы желудка и ДПК: перфорация, пенетрация, ЖКК, пилородуоденальный стеноз, малигнизация. Синдром Меллори-Вейса..	2			5		7	5	12	X	X	ЛВ, РД, ВК, Тр	Т, ЗС, КЗ.
7. Рак желудка	2			4		6	4	10	X	X	Л, МГ, ВД, УИРС	Т, ЗС, С
8. Заболевания прямой кишки	2			4		6	4	10	X	X	ЛВ, МГ, Тр, ИА, ИБ, ДОТ	Т, КЗ
9. Кишечная непроходимость	2			4		6	5	11	X	X	Л, Т, РД, ИБ	Т, КЗ, С

Наименование разделов дисциплины и тем	Аудиторные занятия (контактная работа)					Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену	Итого часов	Формируемые компетенции		Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего и рубежного контроля успеваемости
	лекции	семинары	лабораторные практикумы	клинические практические занятия	курсовая работа				ОПК-4	ОПК-7		
10. Перитонит	2			4		6	6	12	X	X	ПЛ, КС, ВК, УИРС	Т, КР, Д
11. Заболевания щитовидной железы				4		4	4	8	X	X	ИА, РД, КС, ИБ	Т, ЗС.
12. Заболевания пищевода	2			4		6	4	10	X	X	ПЛ, КС, ВК, ИБ, МК	Т, ЗС, С
13. Абсцессы и гангрена легких.	2			4		6	4	10	X	X	Л, Тр, КС, ИБ, ДОТ	Т, Пр, ЗС, КЗ,
14. Эмпиема плевры. Пневмоторакс.	2			4		6	4	10	X	X	ПЛ, РД, Т, ИБ, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
15. Рак легких	2			4		6	4	10	X	X	Л,ВД, МГ, Т,	Т, КЗ, С, Д
16. Облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей	2			4		6	4	10	X	X	Л, КС, ВД, Тр., ИБ, ДОТ	Т, Пр, КЗ, С

Наименование разделов дисциплины и тем	Аудиторные занятия (контактная работа)					Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену	Итого часов	Формируемые компетенции		Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего и рубежного контроля успеваемости
	лекции	семинары	лабораторные практикумы	клинические практические занятия	курсовая работа				ОПК-4	ОПК-7		
17. ВРВ нижних конечностей. ХВН.	2			4		6	4	10	X	X	ЛВ, ВД, МК, ИБ, КС	Т, Пр, ЗС, С
Подготовка к экзамену							36	36	X	X		Т, Пр, ЗС, С, ДОТ
<b>ИТОГО*:</b>	<b>30</b>			<b>70</b>		<b>100</b>	<b>116</b>	<b>216</b>				

**Примечание:**

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

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

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

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

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

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

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

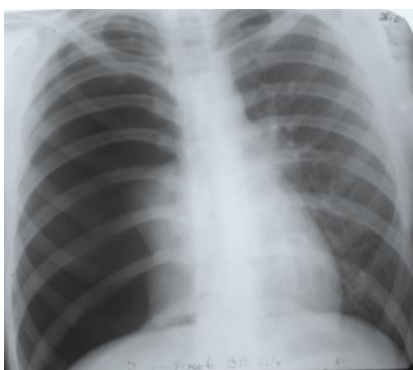
#### Примеры заданий на этапе оценки степени освоения практических навыков:

1)



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

брыжеечная артерия, почечные артерии, яичковые артерии, нижняя брыжеечная артерия). Появление коллатералей всегда свидетельствует о хронической ишемии, связанной с облитерирующим заболеванием артерий. Отсутствие подвздошных артерий будет свидетельствовать об их атеросклеротической окклюзии. На данной рентгенограмме представлен частный случай облитерирующего атеросклероза – синдром Лериша. У пациента будут высокая перемежающаяся хромота (при ходьбе на определенное расстояние в ногах возникают боли, которые в данном случае будут локализоваться не в 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. *мещурина, 62 лет*  
из *хирург. отд.*

Цвет *мутный*  
Прозрачность *мутный*  
Реакция *кислая*  
Удельный вес *1,026*  
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. *Мещурина, 42 года*  
Отделение *хирургия* палата \_\_\_\_\_

Общий белок *68* г/л

Альбумины \_\_\_\_\_ %; Глобулины \_\_\_\_\_ % А/Г

Альфа I \_\_\_\_\_ % Альфа II \_\_\_\_\_ % Бета \_\_\_\_\_ % Гамма \_\_\_\_\_ %

Ст-белок *2,5* мг/л Мочевая кислота \_\_\_\_\_ ммоль/л

МНО *4,5* А.Ч.Т.В. \_\_\_\_\_ сек

Фибриноген *3,0* г/л ПТИ *98* %

Билирубин общий *19,2* мкмоль/л А.С.Т. *42* Е/л

Билирубин прямой *15,4* мкмоль/л А.Л.Т. *36* Е/л

Щелочная фосфатаза *280* е/л Тимоловая проба *2* е

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

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

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

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

Калий *4,3* ммоль/л Хлориды *98* ммоль/л

Риглицерин *3,2* ммоль/л α-амилаза *84* Е

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: *мученик, 48 лет*  
 Дата: *04.10.9*

Гемоглобин: *105* Цв. показ.: *0,9*  
 Лейкоциты: *26 10<sup>9</sup>* 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: *41*

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.

## §2. Оценочные средства для текущего и рубежного контроля успеваемости

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

### 1) ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

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

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

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

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

- УСТРАНЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СБРОСА КРОВИ ИЗ ГЛУБОКИХ ВЕН В ПОВЕРХНОСТНЫЕ ДОСТИГАЕТСЯ ПУТЕМ:
  - 1) перевязки большой подкожной вены в месте впадения её в бедренную
  - 2) перевязки малой подкожной вены в устье
  - 3) перевязкой несостоятельных коммуникантных вен на бедре
  - 4) перевязкой несостоятельных коммуникантных вен на голени
  - 5) плаваньем \_\_\_\_\_ (1,2,3,4)
  
- ИНДУКЦИЯ АУТОЛИЗА ПАНКРЕАЦИТОВ ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ \_\_\_\_\_ (снижении рН клетки до 3,5-4,5 при накоплении жирных кислот)
  
- В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ГЛАВЕНСТВУЮЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ \_\_\_\_\_ (аутоферментной агрессии)
  
- К ОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТУ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ФОРМЫ, КРОМЕ:
  - 1) отечного
  - 2) псевдотуморозного панкреатита
  - 3) жирового панкреонекроза
  - 4) геморрагического панкреонекроза
  - 5) гнойного панкреатита \_\_\_\_\_ (2)
  
- ЖИРОВОЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:
  - 1) протеолитического некробиоза панкреоцитов под воздействием трипсина и других протеолитических ферментов
  - 2) воздействия эластазы на стенки венул и междольковые соединительнотканые перемычки
  - 3) повреждающего действия на панкреоциты и интерстициальную жировую клетчатку липолитических ферментов
  - 4) спонтанного купирования аутолитических процессов и инволюции мелкоочагового панкреонекроза
  - 5) присоединения инфекции на фоне отечного панкреатита \_\_\_\_\_ (3)

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

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

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

---

Критерии оценки:

Из всех тестовых заданий студентом даны правильные ответы на:

- 91-100% - оценка «отлично»,

81 -90% - оценка «хорошо»,

71-80% - оценка «удовлетворительно»,

70% и менее - оценка «неудовлетворительно».

**2) ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ:**

**ЗАДАЧА № 5:**

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

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

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

***Правильное направление ответа:***

1. У больного абсцесс Дугласова пространства.
2. Операцию необходимо было завершить дренирование брюшной полости.
3. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковскго, Раздольского, Воскресенского.
4. Дифференцировать необходимо с пельвиоректальным парапроктитом, межкишечным абсцессом, гематомой, недостаточностью 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, подпечёчные, поддиафрагмальные.

**ЗАДАЧА № 79:**

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



больше) и стопы. Кожные покровы ноги синюшны, усиленный венозный рисунок кожных вен. Уплотнение и напряжение икроножных мышц правой голени, положительный симптом Homans. На реовазограмме пульсация бедренных сосудов справа ослаблена.

**Вопросы к задаче:**

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

**Правильное направление ответа:**

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

*детралекс. Лечение длится 3-4 недели. В ряде случаев применяется оперативное лечение (в первые 7 суток от начала заболевания, в отделении сосудистой хирургии проводится идеальная тромбэктомия из подвздошных и бедренных вен).*

*6. Самым грозным осложнением является – тромбоэмболия лёгочной артерии.*

*7. Исход лечения: полного выздоровления практически не бывает. В отдалённые сроки наблюдения наступает организация и частичная реканализация тромба, ведущая к хроническому нарушению оттока из нижних конечностей и развитию посттромбофлебитического синдрома.*

### **ЗАДАЧА № 28:**

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

### **Вопросы к задаче:**

1. Поставьте диагноз.
2. Каким образом следует расценить течение заболевания?
3. Адекватна ли проводимая консервативная терапия?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

5. Развитие каких осложнений вы прогнозируете у больного?
6. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
7. Какая должна быть дальнейшая тактика лечения?

***Правильное направление ответа:***

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

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

Критерии оценки ответа на ситуационную задачу:

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

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

**оценку «удовлетворительно»** заслуживает студент, обнаруживший средний уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении, недостаточно владеющий

современными классификациями и вследствие этого неправильно формулирует диагноз. Затрудняется в достаточном объеме определить пути проведения дополнительной диагностики, определяет правильные направления лечения, но назначает их в неадекватном объеме. При формулировании рентгенологического заключения неточно называет метод исследования, не знает методики его проведения, затрудняется в формулировании характерных рентгенологических признаков данной патологии, но правильно формулирует рентгенологическое заключение.

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

### **3) ПРИМЕРЫ КОНТРОЛЬНЫХ ВОПРОСОВ:**

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

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

3.Стадии развития перитонита.

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

6. Методы декомпрессии кишечника при кишечной непроходимости.

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

8. Методы обследования больных с заболеваниями желудка.

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

10. Принципы консервативного лечения.

11. 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.

**И так далее (см. приложение № 1)**

### **ПРИМЕР КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ РАБОТЫ СТУДЕНТА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ:**

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Критерии оценки:

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

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

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

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

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

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

- ✓ Второй этап экзаменационной аттестации - тестовый контроль.

Критерии оценки:

Из всех тестовых заданий студентом даны правильные ответы на:

- 91-100% - оценка «отлично»,

81 -90% - оценка «хорошо»,

71-80% - оценка «удовлетворительно»,

70% и менее - оценка «неудовлетворительно».

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

Критерии оценки:

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

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

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

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

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

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

#### IV. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

##### Основная литература:

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

##### Дополнительная литература:

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

www.geotar.ru.

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

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

##### **4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:**

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

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

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

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

Приложение № 2

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

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

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

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

Представлены в Приложении № 3

**Фонд оценочных средств  
для проверки сформированности компетенций (части компетенций)  
при промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины  
Факультетская хирургия**

Название дисциплины/практики  
для студентов 4 курса,  
направление подготовки (специальность)  
31.05.01 Лечебное дело,  
форма обучения  
очная

*Тестовые задания и ситуационные задачи для экзаменационного собеседования см. по веб-ссылке*

*[https://eos.tvgmu.ru/pluginfile.php/22645/mod\\_resource/content/2/месты%20и%20задачи\\_новая.docx](https://eos.tvgmu.ru/pluginfile.php/22645/mod_resource/content/2/месты%20и%20задачи_новая.docx)*

<b>Шифр компетенции</b>	<b>Номера (перечень) заданий для оценки практических навыков</b>	<b>Номера ситуационных задач</b>
<i>ОПК 4</i>	Анализы: №№ 1-3, 5, 7-10, 12-14, 16, 18, 19, 24, 25, 27, 30  Рентгенограммы: 1-54	№№ 1-93
<i>ОПК 7</i>	Рентгенограммы: 1-5, 7, 9, 11, 14, 16, 27, 28, 29 – 32, 39 – 41, 45 – 49, 53, 54	№№ 1-93

**Справка**

о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины  
Факультетская хирургия

*(название дисциплины, модуля, практики)*

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

**Лист регистрации изменений и дополнений на 2024-2025 учебный год  
в рабочую программу дисциплины (модуля, практики)  
факультетская хирургия**

---

(название дисциплины, модуля, практики)

для студентов 4 курса,

специальность: лечебное дело

форма обучения: очная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на

заседании кафедры « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. (протокол № \_\_\_\_\_ )

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ (ФИО)

*подпись*

Содержание изменений и дополнений

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

**Примерные ТЕМЫ НИРС:**

1. Современные взгляды на причины развития заболеваний щитовидной железы, возможности консервативной терапии.
2. 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. Ахалазия кардии. Методы традиционного и малоинвазивного лечения.

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



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

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

### **КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ВЫПОЛНЕННОГО РЕФЕРАТ**

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

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