

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной и воспитательной
работе, председатель ЦКМС



Д.В. Килейников

«18» июня 2018 г.

**Рабочая программа дисциплины
«Госпитальная хирургия»**

для студентов 5-6 курса

направление подготовки (специальность) -
31.05.01 Лечебное дело

форма обучения
очная

Рабочая программа дисциплины обсуждена на заседании кафедры

«10» мая 2018 г.
(протокол № 4)

Разработчик(и) рабочей программы:

К.м.н., доцент, Волков С.В.
К.м.н., доцент Еремеев А.Г.

Зав. кафедрой  Еремеев А.Г.
подпись

Тверь, 2018

I.Рабочая программа утверждена на заседании центрального координационно-методического совета « 18 » 06 2018 г. (протокол № 6)

II. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины «Госпитальная хирургия» 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 «Госпитальная хирургия» на V и VI курсах является окончательное формирование у обучающихся профессиональных компетенций для оказания квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами освоения дисциплины являются:

- Обучение принципам диагностики патологических состояний, характерные для хирургических больных, на основе анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования;
- Окончательно сформировать знания вариантной анатомии, этиологии и патогенеза заболевания для понимания особенностей течения хирургических заболеваний и различных возможных вариантов диагностики;
- Научить планировать комплекс дополнительного обследования с учетом необходимости проведения дифференциальной диагностики и определять тактические задачи ведения пациента;
- Научить проведению важнейших лечебных мероприятий и оказанию плановой и неотложной помощи хирургическим больным, выбору оптимального алгоритма лечения и профилактики осложнений;

- Сформировать компетенции, позволяющие мотивировать пациентов и членов их семей к позитивному поведению, направленному на формирование здорового образа жизни, обучение методам профилактики и самоконтроля, доверие к медицинскому персоналу; осуществление мероприятий по сохранению их здоровья как хирургических больных;
- Сформировать компетенции экспертизы нетрудоспособности хирургических больных и ведения отчетно-учетной документации в медицинских организациях хирургического профиля;
- Совершенствование навыков работы с научной литературой, ее поиском, анализом и реферированием;
- Стимуляция участия в научно-исследовательском поиске, решения инновационных задач в прикладной медицине.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине.

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения 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>Владеть:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Методикой общего клинического обследования, техникой определения основных симптомов. 2. Оформлением медицинской документации – карты стационарного больного. 3. Алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза. <p>Уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проводить общее и местное обследование хирургических больных, устанавливать диагноз и обосновывать его. 2. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов обследования. 3. Разрабатывать план лечения хирургических больных. <p>Знать:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее часто встречающиеся хирургические заболевания человека, частоту их в популяции, степень опасности для здоровья, этиологию и патогенез, клинику, осложнения, прогноз, различные варианты течения. 2. Методы диагностики хирургических заболеваний, их диагностическую ценность, показания и противопоказания к применению, возможные осложнения. 3. Методы определения и оценки состояния жизненно важных органов и систем. 4. Клинику, диагностику экстренных состояний при хирургических заболеваниях и неотложную помощь при них.
<p>ПК-8 <i>Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами</i></p>	<p>Владеть:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Составлением плана обследования больного, назначением консультаций специалистов. 2. Тактическим алгоритмом лечения urgentных хирургических заболеваний. <p>Уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Разрабатывать план лечения хирургических больных. 2. Определять трудоспособность хирургических больных. 3. Намечать программу реабилитационных мероприятий. <p>Знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Показания и противопоказания к оперативному лечению при хирургической патологии. 2. Вопросы реабилитации, трудоустройства и экспертиза трудоспособности хирургических больных. 3. Принципы консервативного лечения хирургических заболеваний (фармакотерапия, методы физического воздействия и др.) 4. Принципы использования современной лечебно-диагностической аппаратуры.

3. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы.

Дисциплина «Госпитальная хирургия» входит в базовую часть профессионального цикла специалитета (С.3). Содержательно она

окончательно формирует компетенции диагностики и лечения основных хирургических заболеваний и их осложнений.

Данная дисциплина является финальным этапом освоения компетенций диагностики и лечения хирургических болезней - одного из профилирующих направлений специальности «Лечебное дело». Изучение дисциплины «Госпитальная хирургия» как составной части для освоения специальности «Лечебное дело» позволяет окончательно сформировать у обучающегося компетенции профилактики, диагностики, дифференциальной диагностики основных хирургических заболеваний, их типичных и наиболее частых осложнений, составления плана консервативного и оперативного лечения, разработки комплекса мероприятий по реабилитации пациента, оценки его трудоспособности, диспансеризации.

В структуре изучения дисциплины «Госпитальная хирургия» присутствуют разделы и темы, позволяющие освоить не только типичную патологию органов шеи, грудной и брюшной полости, которая требует в своем лечении применения оперативных приемов, но и её осложнения. Обучающиеся должны освоить типичное и вариантное течение хирургических болезней в плановой ситуации; освоить 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.

Дисциплина «Госпитальная хирургия» непосредственно связана со следующими дисциплинами: пропедевтикой внутренних болезней, общей хирургией, факультетской хирургией, лучевой диагностикой, госпитальной терапией, эндокринологией и др., которые также формируют у студента навыки обследования пациентов, применения методов дополнительной диагностики, обучают принципам 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 «Госпитальная хирургия» окончательно закрепляются знания, навыки и формируются компетенции для успешной профессиональной деятельности врача по специальности «Лечебное дело».

Уровень «входных» знаний обучающегося для успешного освоения дисциплины должен включать:

- **Знание** анатомо-физиологические особенностей систем органов, характера патологических изменений в них, методов обследования пациента, правила асептики и антисептики, организации хирургического стационара, методику основных хирургических операций и фармакологического воздействия на организм человека в различных патологических состояниях. **Знание** о возможном вариантном течении основных хирургических заболеваний человека, об осложнённом их течении, о возможных комбинациях заболеваний у конкретного больного. **Умение** применить методы обследования пациента.

1) Перечень дисциплин и практик, усвоение которых студентам необходимо для изучения госпитальной хирургии:

- Нормальная анатомия.
- Биология.
- Физика.
- Биоорганическая и биологическая химия.
- Гистология с эмбриологией и цитологией.
- Нормальная физиология.
- Микробиология, вирусология.
- Иммунология.

- Патологическая анатомия.
- Патологическая физиология.
- Общая гигиена.
- Фармакология.
- Общая хирургия, лучевая диагностика.
- Онкология.
- Пропедевтика внутренних болезней.
- Топографическая анатомия и оперативная хирургия.
- Кожные и венерические болезни.
- Нервные болезни.
- Факультетская терапия.
- Факультетская хирургия.
- Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения.
- Учебная практика:
 - уход за хирургическими больными
- Производственные практики:
 - клиническая - помощник младшего медицинского персонала;
 - клиническая - помощник палатной медсестры;
 - клиническая - помощник процедурной медсестры;
 - клиническая – помощник врача стационара.

2) Дисциплина «Госпитальная хирургия» является заключительной в комплексе дисциплин хирургической направленности.

В процессе изучения дисциплины «Госпитальная хирургия» планируется сотрудничество в одновременном изучении дисциплин «Госпитальная терапия, эндокринология», «Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия».

4. Объем дисциплины составляет 9 зачетных единиц, 324 академических часов, в том числе 186 часов, выделенных на контактную

работу обучающихся с преподавателем, и 111 часов самостоятельной работы обучающихся, из них контроль – 27 часов.

5. Образовательные технологии

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

Лекция – традиционная лекция (Л), лекция-визуализация (ЛВ), проблемная лекция (ПЛ).

Клинические практические занятия – тренинг (Т), деловая и ролевая учебная игра (ДИ, РИ), метод работы в малых группах (МГ), занятие - мозговой штурм (МШ), регламентированная дискуссия (РД), мастер-класс при изучении методики обследования хирургического пациента и при проведении хирургических операций (МК), разбор конкретных клинических случаев (КС), подготовка и защита учебного клинического кураторского листа (УККЛ), просмотр видеофильмов и мультимедийных презентаций с демонстрацией методики и техники оперативных вмешательств/инвазивных диагностических процедур (ВФ), использование компьютерных обучающих программ (КОП), посещение врачебных обходов и консилиумов (ВК), участие в научно-практических конференциях (НПК), учебно-исследовательская работа студента (УИРС), подготовка и защита рефератов (Р) или методических учебных материалов.

Элементы, входящие в самостоятельную работу студента: подготовка к семинарским и практическим занятиям, подготовка к курсовому и Государственному экзамену, написание учебной истории болезни, рефератов, решение ситуационных задач по теме занятия, работа в Интернете, в читальном зале библиотеки академии, работа с электронными кафедральными программами.

Клинические практические занятия проводятся на базе хирургического отделения, отделения гнойной хирургии ГБУЗ ОКБ г. Твери, хирургического отделения поликлиники ФГБОУ ВО ТГМУ МЗ РФ.

6. Формы промежуточной аттестации

Итоговый контроль знаний и умений студентов проходит в виде экзамена по окончании 11 семестра. Экзамен проводится по трехэтапной системе.

III. Учебная программа дисциплины

1. Содержание дисциплины

Тема 1. Курация хирургического больного	1.1 Схема написания учебного клинического кураторского листа. Особенности выявления жалоб у хирургического больного, проведения активного расспроса по системам органов. Местный статус. Проведение дифференциальной диагностики. Формулировка диагноза. Составление плана лечения. Дневник. Прогноз. Схема формирования эпикриза.
	1.2 Предоперационная подготовка. Планирование и обоснование дополнительного обследования. Послеоперационные осложнения.
	1.3 Итоговое занятие. Защита учебного клинического кураторского листа. Решение заданий в тестовой форме.
Тема 2. 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 Хасимото, Риделя.

	<p>Рак щитовидной железы. Клиника, диагностика, методы лечения, прогноз. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями органов шеи. Вопросы диспансеризации, реабилитации, поликлинического обслуживания. Геронтологические аспекты проблемы.</p>
<p>Тема 3. Заболевания системы органов дыхания.</p>	<p>Неотложные состояния в торакальной хирургии. Определение понятий, классификация. Частота. Методы диагностики. Этиопатогенез. Клиника. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению, подготовка к операции, виды операций. Осложнения. Исход. Экспертиза трудоспособности. Профилактика.</p>
<p>Тема 4. Заболевания диафрагмы.</p>	<p>Анатомо-физиологические данные. Методы исследования. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Травматические и нетравматические (ложные врожденные и истинные) грыжи диафрагмы. Грыжи Ларрея (ретрокостостернальные) и Бохдалека (пояснично-реберная). Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению и методы оперативных вмешательств. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Классификация. Скользящие и параэзофагеальные грыжи. Осложнения грыж. Консервативное лечение скользящих грыж. Показания к оперативному лечению. Принципы лечения параэзофагеальных грыж. Релаксация диафрагмы. Клиника, диагностика. Показания к операции. Методы пластики диафрагмы при релаксации. Профилактика заболевания и</p>

	осложнений. Вопросы диспансеризации, реабилитации, поликлинического обслуживания. Геронтологические аспекты проблемы.
Тема 5. Заболевания пищевода.	Синдром дисфагии. Классификация болезней пищевода. 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. Дифференциальная диагностика (доброкачественные и злокачественные опухоли). Профилактика заболевания и осложнений. Вопросы диспансеризации, реабилитации, поликлинического обслуживания. Геронтологические аспекты проблемы.
Тема 6. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.	<p>6.1 Неосложнённая язвенная болезнь. Современные принципы обследования. Показания к хирургическому лечению. Виды и методы операций при язвенной болезни. Показания и противопоказания к операции. Профилактика заболевания и осложнений. Вопросы диспансеризации, реабилитации, поликлинического обслуживания. Геронтологические аспекты проблемы.</p> <p>6.2 Осложнения язвенной болезни: кровотечение, стеноз, перфорация, пенетрация, малигнизация. Клиническая картина. Классификация степеней тяжести осложнений. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения</p>

	<p>и выбор метода лечения. Прогноз. Экспертиза трудоспособности. Симптоматические язвы, их консервативное и хирургическое лечение. Кровотечение из расширенных вен пищевода и кардии. Дифференциальная диагностика, первая врачебная помощь, зонд Блэкмора и др. Консервативное лечение. Методы медикаментозного и хирургического лечения (операция типа Таннера, прямые и не прямые портокавальные анастомозы, эндоскопические операции).</p>
	<p>6.3 Болезни оперированного желудка. Классификация. Пептические язвы анастомоза, синдром приводящей петли, демпинг-синдром. Рефлюкс-гастрит и рефлюкс-эзофагит. Причины возникновения. Клиника и диагностика. Показания к хирургическому лечению, методы реконструктивных операций.</p>
<p>Тема 7. Заболевания толстого кишечника и прямой кишки (колопроктология).</p>	<p>7.1 Заболевания толстого кишечника. Анатомо-физиологические сведения о толстой кишке. Классификация заболеваний. Методика обследования больных с заболеваниями толстой кишки. Пороки развития. Хронический неспецифический язвенный колит. Этиология. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы консервативного и оперативного лечения. Осложнения, их диагностика и лечение. Дивертикулы толстой кишки. Клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению, виды операций.</p>

Осложнения: дивертикулиты, параколические абсцессы, перитонит, обструкция ободочной кишки, кровотечение. Клиника, диагностика, лечение. Ишемический колит. Рак ободочной кишки. Предраковые заболевания. Классификация рака. Осложнения (непроходимость кишечника, перфорация, кровотечение). Диагностика, значение ирригоскопии, колоноскопии. Дифференциальная диагностика. Выбор метода хирургического лечения (определение объема оперативного вмешательства, одномоментные и многомоментные операции и показания к ним). Особенности хирургического лечения при непроходимости толстой кишки раковой природы. Паллиативные операции (паллиативные резекции, обходные анастомозы, колостомия, показания к ним). Принципы предоперационной подготовки, особенности оперативных вмешательств и послеоперационного ведения больных после радикальных операций. Профилактика заболевания и осложнений. Вопросы диспансеризации, реабилитации, поликлинического обслуживания. Геронтологические аспекты проблемы.

	<p>7.2 Заболевания прямой кишки. Анатомо-физиологические сведения о прямой кишке. Классификация заболеваний. Методика обследования больных с заболеваниями прямой кишки. Парапроктиты. Геморрой. Определение понятия. Классификация. Этиология. Патогенез. Расширение геморроидальных вен как симптом цирроза печени, опухолей органов малого таза и других заболеваний. Вторичный геморрой. Клиника геморроя и его осложнений. Консервативное лечение, оперативное лечение геморроя, выбор метода лечения. Предоперационная подготовка, ведение послеоперационного периода. Анальные трещины, выпадение прямой кишки. Полипы прямой кишки и полипоз. Клиника, диагностика, лечение. Рак прямой кишки, дифференциальная диагностика. Методы операции. Показания к сфинктеросохраняющим и комбинированным операциям при раке прямой кишки, паллиативные операции. Отдаленные результаты лечения. Профилактика заболевания и осложнений. Вопросы диспансеризации, реабилитации, поликлинического обслуживания. Геронтологические аспекты проблемы.</p>
	<p>7.3 Кишечные свищи. Классификация, диагностика, лечение. Профилактика.</p>
	<p>7.4 Острый и хронический аппендицит. Классификация. Морфологические формы. Этиология, патогенез. Клиника и диагностика.</p>

	<p>Особенности клиники в зависимости от варианта положения червеобразного отростка. Острый аппендицит у детей, беременных и стариков. Лечение, показания и противопоказания к аппендэктомии, выбор метода обезболивания и оперативного доступа. Подготовка больных к операции, ведение послеоперационного периода.</p> <p>Осложнения острого аппендицита. Клиника различных осложнений; их диагностика (УЗИ, КТ и др.) и лечение (хирургическое, ультразвуковой метод дренирования абсцессов).</p>
<p>Тема 8. Кишечная непроходимость.</p>	<p>Определение понятия. Классификация (по происхождению, патогенезу, анатомической локализации, клиническому течению). Методы исследования больных. Динамическая (спастическая, паралитическая) кишечная непроходимость. Этиология, патогенез. Динамическая кишечная непроходимость как симптом других острых заболеваний и интоксикаций. Клиника, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.</p> <p>Механическая кишечная непроходимость. Обтурационная, странгуляционная, смешанная. Классификация механической кишечной непроходимости. Обтурационная кишечная непроходимость. Определение понятия, причины, патогенез. Особенности нарушений водно-электролитного и кислотно-основного состояния. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Предоперационная подготовка и особенности оперативного лечения.</p>

	<p>Странгуляционная кишечная непроходимость. Определение понятия. Классификация по этиологическим причинам. Особенности патогенеза. Клиника различных видов странгуляционной непроходимости кишечника. Диагностика, дифференциальный диагноз. Виды операций. Показания к резекции кишечника. Инвагинация, как совокупность обтурационной и странгуляционной кишечной непроходимости. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Виды операций. Показания к дезинвагинации и резекции кишки. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода у больных с ОКН. Борьба с интоксикацией, парезом кишечника, гидроионными нарушениями, изменениями кислотно-основного состояния. Спаечная болезнь брюшной полости. Профилактика.</p>
<p>Тема 9. Острые нарушения мезентериального кровообращения</p>	<p>Виды острых нарушений мезентериального кровообращения (эмболии, тромбоз артерий, неокклюзивные нарушения мезентериального кровообращения, тромбоз вен). Основные механизмы патогенеза заболевания. Симптомы, клиника и течение. Стадии болезни (ишемия, инфаркт кишечника, перитонит). Диагностика (лабораторная, ангиография, лапароскопическая, рентгенодиагностика). Лечение: методика оперативных вмешательств; виды операций. Интенсивная терапия.</p>
<p>Тема 10. Заболевания</p>	<p>10.1 Хронический холецистит. Анатомо-физиологические сведения о печени, желчном</p>

<p>печени, желчного пузыря и желчных протоков.</p>	<p>пузыре и желчных протоках. Классификация заболеваний. Методы исследования больных с заболеваниями печени, желчного пузыря и желчных протоков. Желчнокаменная болезнь. Эпидемиология, частота. Этиология и патогенез камнеобразования. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение, показания к операции. Методы операции. Значение интраоперационных методов исследования для выбора метода операции. Холецистэктомия лапароскопическая; из минидоступа. Профилактика заболевания и осложнений. Вопросы диспансеризации, реабилитации, поликлинического обслуживания. Геронтологические аспекты проблемы.</p>
	<p>10.2 Осложнения желчнокаменной болезни: холедохолитиаз, рубцовый стеноз большого дуоденального сосочка, протяженные стриктуры желчных протоков. Причины развития этих осложнений. Клиника. Дооперационная и интраоперационная диагностика. Лечение. Показания к операции холедохотомии и методы завершения ее (глухой шов, наружное дренирование, супрадуоденальная холедоходуоденостомия, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия). Эндоскопическая папиллотомия. Острый холецистит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика (УЗИ, лапароскопия). Дифференциальный диагноз. Лечение: консервативное, оперативное. Показания</p>

к экстренным операции. Методы операции (холецистэктомия, холецистостомия), показания к ним. Осложнения острого холецистита: перитонит, подпеченочный абсцесс, эмпиема желчного пузыря, холангит. Клиника, диагностика, лечение.

10.3 Механическая желтуха. Клиника. Диагностика (УЗИ, ЭРХПГ, чрескожная гепатохолангиография). Дифференциальная диагностика, патогенез нарушений основных звеньев гомеостаза (функций печени, почек, системы гемостаза, реологических свойств крови и др.). Медикаментозная терапия при механической желтухе, методы детоксикации. Эндоскопический метод лечения больных с механической желтухой (ЭПСТ, литоэкстракция, назобилиарное дренирование, эндобилиарная литотрипсия). Показания и выбор хирургических операций.

10.4 Болезни оперированных желчных путей. Определение понятия, причины. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Эндоскопические методы в диагностике и лечении постхолецистэктомического синдрома. Показания к операции и виды оперативных вмешательств.

10.5 Заболевания печени и селезёнки. Эхинококкоз и альвеококкоз печени. Эндемические районы в РФ. Морфологическая характеристика паразитов. Клиника, диагностика, роль серологической диагностики, дифференциальная диагностика, методы хирургического лечения. Доброкачественные опухоли печени. Клиника,

	<p>диагностика, лечение. Рак печени. Заболеваемость, частота. Морфологические формы. Клиника, диагностика (значение ультразвукового исследования, изотопного сканирования, компьютерной томографии, пункции печени). Лечение. Анатомо-физиологические сведения о селезенке. Классификация заболеваний. Повреждения, инфаркт селезенки, кисты селезенки. Клиника, диагностика, лечение. Гематологические заболевания селезенки, подлежащие оперативному лечению. Показания к спленэктомии. Травмы селезенки. Клиника, диагностика, лечение.</p>
<p>Тема 11. Заболевания поджелудочной железы.</p>	<p>11.1 Острый панкреатит. Анатомо-физиологические сведения о поджелудочной железе. Классификация заболеваний. Определение понятия. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия. Клиника, периоды течения панкреонекроза. Диагностика: УЗИ, лапароскопия, КТ, ангиография, чрескожные пункции, ферментная диагностика. Консервативное лечение. Роль медикаментозной терапии. Лечебная эндоскопия, показания к хирургическому лечению и виды операций. Гнойные осложнения острого панкреатита, диагностика и лечение. Исходы заболевания. Профилактика заболевания и осложнений. Вопросы диспансеризации, реабилитации, поликлинического обслуживания. Геронтологические аспекты проблемы.</p> <p>11.2 Хронический панкреатит. Этиология и патогенез хронического панкреатита.</p>

	<p>Классификация. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Специальные методы диагностики: УЗИ, КТ, МРТ, ангиография, чрескожная пункция железы. Лечение: консервативное и хирургическое. Кисты поджелудочной железы: истинные и ложные. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение: операции наружного и внутреннего дренирования кист. Чрескожное дренирование кист. Рак поджелудочной железы - дифференциальный диагноз. Радикальные и паллиативные операции. Профилактика заболевания и осложнений. Вопросы диспансеризации, реабилитации, поликлинического обслуживания. Геронтологические аспекты проблемы.</p>
<p>Тема 12. Заболевания брюшной стенки</p>	<p>12.1 Неосложнённые вентральные грыжи. Определение понятия. Элементы грыжи живота. Классификация грыж до происхождения, локализации, течению. Паховые грыжи, грыжи белой линии. Пупочные и бедренные грыжи. Послеоперационные грыжи. Частота, этиопатогенез. Общая симптоматика грыж. Диагностика. Принципы хирургического лечения. Основные этапы операции герниопластики. Синтетические эндопротезы. Противопоказания к операции. Профилактика заболевания и осложнений. Вопросы диспансеризации, реабилитации, поликлинического обслуживания.</p>

	<p>Геронтологические аспекты проблемы.</p> <p>12.2 Осложнённые вентральные грыжи. Воспаление, невправимость, копростаз, ущемление. Определение понятия. Клиника, диагностика, лечение. Ущемленная грыжа. Определение понятия. Механизм калового и эластического ущемления. Виды ущемления: ретроградное, пристеночное. Клиника ущемленной грыжи. Диагностика и дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение ущемленных грыж. Особенности оперативной техники; определение жизнеспособности ущемленной петли кишки. Лечебная тактика при сомнительном диагнозе, при самопроизвольном и насильственном вправлении ущемленной грыжи. Мнимое вправление. Ложное ущемление.</p>
<p>Тема 13. Перитониты.</p>	<p>13.1 Местный перитонит. Источники развития перитонита. Особенности распространения инфекции брюшной полости при различных острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Патологоанатомические изменения при остром гнойном перитоните, патогенез. Диагностика, лечение. Профилактика.</p> <p>13.2 Распространённый перитонит. Значение нарушения всасывания из брюшной полости, параза кишечника, эндотоксемии, нарушения гидроионного равновесия и микроциркуляции в развитии клинической картины перитонита. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Современные принципы комплексного</p>

	<p>лечения. Особенности оперативного вмешательства. Роль антибиотиков в комплексном лечении перитонита. Борьба с нарушениями гемодинамики и микроциркуляции, гидроионными нарушениями, интоксикацией и парезом кишечника в послеоперационном периоде. Особенности оперативного вмешательства в зависимости от распространенности перитонита. Показания к лапаротомии, методика и ведение больного в послеоперационном периоде. Исходы лечения.</p>
<p>Тема 14. Хирургическая инфекция.</p>	<p>14.1 Современные проблемы диагностики и лечения хирургической инфекции. Хирургическая инфекция. Анаэробная инфекция. Хирургический сепсис. Профилактика.</p>
	<p>14.2 Воспалительные заболевания мягких тканей. Гнойные заболевания пальцев и кисти. Современные представления об асептике и антисептике. Принципы современной антибиотикотерапии и антибиотикопрофилактики.</p>
	<p>14.3 Современные методы детоксикации в хирургии.</p>
<p>Тема 15. Амбулаторно-поликлиническая хирургия</p>	<p>Современные методики малоинвазивной и амбулаторной хирургии. Организационные принципы. Профилактика заболеваний и осложнений. Вопросы диспансеризации, реабилитации, поликлинического обслуживания. Геронтологические аспекты проблемы.</p>

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

Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем		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 и рубежного контроля успеваемости
	Лекции	Клинические практические занятия				ПК-6	ПК-8		
1.			7	4	11	*	*	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, МШ, МК, УККЛ, РД, ДИ, РИ, МГ, КС, КОП, ВК, НПК, УИРС, Р.	Т, Пр, ЗС, Р, С, Д, УККЛ
<i>1.1.</i>		1							
<i>1.2.</i>	2	2							
<i>1.3.</i>		2							
2.	2	4	6	4	10	*	*	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, МШ, МК, РД, ДИ, РИ, МГ, КС, КОП, ВК, НПК, УИРС, Р, ВФ.	Т, Пр, ЗС, Р, С, Д.
3.		4	4	8	12	*	*	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, МШ, МК, РД, ДИ, РИ, МГ, КС, КОП, ВК, НПК, УИРС, Р.	Т, Пр, ЗС, Р, С, Д.
4.	2	4	6	4	10	*	*	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, МШ, МК, РД, ДИ, РИ,	Т, Пр, ЗС, Р, С, Д.

								МГ, КС, КОП, ВК, НПК, УИРС, Р, ВФ.	
5.	2	4	6	4	10	*	*	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, МШ, МК, РД, ДИ, РИ, МГ, КС, КОП, ВК, НПК, УИРС, Р, ВФ.	Т, Пр, ЗС, Р, С, Д.
6.			25	15	40	*	*	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, МШ, МК, РД, ДИ, РИ, МГ, КС, КОП, ВК, НПК, УИРС, Р, ВФ.	Т, Пр, ЗС, Р, С, Д.
6.1		4							
6.2	2	10							
6.3	2	7							
7.			30	8	38	*	*	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, МШ, МК, РД, ДИ, РИ, МГ, КС, КОП, ВК, НПК, УИРС, Р, ВФ.	Т, Пр, ЗС, Р, С, Д.
7.1	2	5							
7.2	2	5							
7.3	2	6							
7.4	2	6							
8.		4	4	8	12	*	*	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, МШ, МК, РД, ДИ, РИ, МГ, КС, КОП, ВК, НПК, УИРС, Р, ВФ.	Т, Пр, ЗС, Р, С, Д.
9.	2	2	4	8	12	*	*	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, МШ, МК, РД, ДИ, РИ, МГ, КС, КОП,	Т, Пр, ЗС, Р, С, Д.

								ВК, НПК, УИРС, Р. ВФ.		
10.			30	8	38	*	*	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, МШ, МК, РД, ДИ, РИ, МГ, КС, КОП, ВК, НПК, УИРС, Р, ВФ.	Т, Пр, ЗС, Р, С, Д.	
	10.1	4								
	10.2	2								8
	10.3	2								6
	10.4									4
	10.5									4
11.			20	10	30	*	*	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, МШ, МК, РД, ДИ, РИ, МГ, КС, КОП, ВК, НПК, УИРС, Р, ВФ.	Т, Пр, ЗС, Р, С, Д.	
	11.1	4								6
	11.2	2								8
12.			10	12	22	*	*	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, МШ, МК, РД, ДИ, РИ, МГ, КС, КОП, ВК, НПК, УИРС, Р, ВФ.	Т, Пр, ЗС, Р, С, Д.	
	12.1	1								4
	12.2	1								4
13.			12	8	20	*	*	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, МШ, МК, РД, ДИ, РИ, МГ, КС, КОП, ВК, НПК, УИРС, Р, ВФ.	Т, Пр, ЗС, Р, С, Д.	
	13.1									2
	13.2	2								8
14.			14	6	20	*	*	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК,	Т, Пр, ЗС, Р, С, Д.	

14.1.	4	6						Т, МШ, МК, РД, ДИ, РИ, МГ, КС, КОП, ВК, НПК, УИРС, Р, ВФ.	
14.2		2							
14.3		2							
15.	2	6	8	4	12	*	*	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, МШ, МК, РД, ДИ, РИ, МГ, КС, КОП, ВК, НПК, УИРС, Р, ВФ.	Т, Пр, ЗС, Р, С, Д.
Экзамен					27				
ИТОГО:	42	144	186	111	324				

Примечания.

- Сокращения образовательных технологий, способов и методов обучения:** традиционная лекция (Л), лекция-визуализация (ЛВ), проблемная лекция (ПЛ), занятие – конференция (ЗК), тренинг в Центре практических навыков (Т), мозговой штурм (МШ), мастер-класс (МК), регламентированная дискуссия (РД), деловая и ролевая учебная игра (ДИ, РИ), метод малых групп (МГ), разбор клинических случаев (КС), просмотр видеофильмов и презентаций (ВФ), подготовка и защита учебного клинического кураторского листа (УККЛ), использование компьютерных обучающих программ (КОП), посещение врачебных конференции, консилиумов (ВК), участие в научно-практических конференциях (НПК), учебно-исследовательская работа студента (УИРС), подготовка и защита рефератов (Р). Технология проведения занятия избирается преподавателем индивидуально.
- Сокращения форм текущего и рубежного контроля успеваемости:** Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, КР – контрольная работа, КЗ – контрольное задание, УККЛ – написание и защита учебного клинического кураторского листа, Р – написание и защита реферата, С – собеседование по контрольным вопросам, Д – подготовка доклада.

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

§1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости.

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

1) ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ («+» - правильный ответ).

1. Что из перечисленного НЕ является признаком холангита:
 - 1) многократная рвота; +
 - 2) гипертермия с ознобами;
 - 3) механическая желтуха;
 - 4) боль в правом подреберье.

2. К облигатным предракам ободочной кишки относят:
 - 1) диффузный семейный полипоз; +
 - 2) ювенильные полипы;
 - 3) одиночный полип ободочной кишки;
 - 4) терминальный илеит.

3. Гипертиреоз проявляется всем, кроме:
 - 1) увеличения щитовидной железы; +
 - 2) мерцательной аритмии;
 - 3) увеличения систолического давления;
 - 4) потери массы тела.

4. При грыжах больших размеров в комплекс предоперационного обследования входит:
 - 1) спирография; +
 - 2) колоноскопия;
 - 3) КТ брюшной полости;
 - 4) флебография.

5. Для острого панкреатита характерна:
 - 1) олигурия; +
 - 2) гипостенурия;
 - 3) протеинурия;
 - 4) полиурия.

Критерии оценки заданий в тестовой форме:

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 1

Больному 30 лет по поводу длительно протекающей язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с выраженной гиперсекрецией («голодные» и ночные боли, иногда диарея) была выполнена резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру—Финстереру. Через 4 месяца после операции у больного появились жалобы на боли в эпигастрии после еды и натощак, по интенсивности такие же, как и до операции. Температура тела – нормальная. Живот мягкий, имеется выраженная болезненность в эпигастрии, патологических образований не пальпируется.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Основные анатомо-функциональные сведения о зоне поражения.
3. Этиология, патогенез заболевания или одного из развившихся клинических состояний. Используемые классификации.
4. Если в тактике ведения или в лечении больного на предшествующих этапах были допущены ошибки и просчёты, то какие?
5. Направления дифференциальной диагностики?
6. Укажите необходимый объём дообследования больного и его ожидаемые результаты. Подробно опишите одну из показанных инструментальных методик обследования (подготовка и техника выполнения)
7. Необходимые лечебные мероприятия, их последовательность и характер? Рецепты на 1-2 используемых в лечении препарата. Рентгенограмма.
8. Описать основные элементы техники одной из показанных или проведённых пациенту операций.
9. Диспансеризация больного, основные реабилитационные мероприятия. Профилактика.

БАЗИСНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ОТВЕТА

Не исключено, что у больного имеется пептическая язва анастомоза. Она может быть обусловлена техническими погрешностями операции, а также наличием синдрома Золлингера—Эллисона. На мысль об этом еще перед первой операцией могли навести наличие гиперсекреции и диарея при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке. Для подтверждения диагноза следовало бы применить определение уровня гастрина крови, а также выявить характерные для этого заболевания КТ и УЗС-признаки. Однако, не исключены неадекватный объём резекции, оставление слизистой антрального отдела желудка в культе 12-п.к. Показаны рентгеноскопия культи желудка, рН-метрия. Активное консервативное лечение. При доброкачественном процессе хороший эффект достигается подавляющей секрецию терапией –

гастрозол, омепрол, омепразол, сандостатин. При неэффективности – резекция желудка (возможно даже с поддиафрагмальной стволовой ваготомией или вплоть до гастрэктомии). Обнаружив во время операции ulcerогенную опухоль поджелудочной железы, следует подвергнуть ее срочному патогистологическому исследованию. Если опухоль окажется доброкачественной, то можно ограничиться ее иссечением. При опухоли злокачественного характера в зависимости от ее локализации производят лево- или правостороннюю гемипанкреатэктомию.

ЗАДАЧА 2

Больная 64 лет после кратковременной потери сознания доставлена в стационар с жалобами на резкую слабость, малоинтенсивные боли в эпигастральной области и правом подреберье. Тошноты и рвоты не было. В течение последнего года отмечала периодические боли в эпигастрии, усиливающиеся при погрешностях в диете. В анамнезе – артериальная гипертензия, полиартрит (периодически принимает ортофен). По данным УЗС ранее выявлены конкременты в желчном пузыре. Объективно: состояние средней тяжести. Повышенного питания, кожные покровы бледные. ЧСС-102 в мин, АД-125 и 70 мм рт. ст. В лёгких дыхание везикулярное, сердечные тоны приглушены. Живот увеличен в размерах за счёт подкожно-жировой клетчатки, при пальпации – мягкий, болезненность в эпигастрии и правом подреберье. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Патологических образований пальпировать не удаётся. В течение 3 суток не было стула (страдает запорами).

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Основные анатомо-функциональные сведения о зоне поражения.
3. Этиология, патогенез заболевания или одного из развившихся клинических состояний. Используемые классификации.
4. Если в тактике ведения или в лечении больного на предшествующих этапах были допущены ошибки и просчёты, то какие?
5. Направления дифференциальной диагностики?
6. Укажите необходимый объём дообследования больного и его ожидаемые результаты. Подробно опишите одну из показанных инструментальных методик обследования (подготовка и техника выполнения)
7. Необходимые лечебные мероприятия, их последовательность и характер? Рецепты на 1-2 используемых в лечении препарата. Рентгенограмма.
8. Описать основные элементы техники одной из показанных или проведённых пациенту операций.
9. Диспансеризация больного, основные реабилитационные мероприятия. Профилактика.

БАЗИСНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ОТВЕТА

1-4. У пациентки подозрение на острое гастродуоденальное кровотечение, наиболее вероятными причинами которого могут явиться хроническая язва желудка, острая (симптоматическая) медикаментозная язва желудка, опухоль желудка. Кроме того, у больной необходимо срочно исключить острый инфаркт миокарда!

5. Экстренно произвести пальцевое ректальное исследование! ЭКГ (отсутствие острой коронарной патологии), клинический анализ крови, гематокрит, время свёртывания и кровотечения, определение количества тромбоцитов, группа крови и резус-фактор, взятие крови для определения индивидуальной совместимости. Биохимическое исследование крови (сахар, трансаминазы, билирубин, мочевины, креатинин, электролитный состав, общий белок крови и фракции). Эндоскопическое обследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с целью определения источника кровотечения, его характера, выполнения эндоскопического гемостаза, при необходимости – взятие биоптатов.

6. На фоне проведения инфузионной терапии (при необходимости – гемотрансфузия) **при продолжающемся кровотечении** или его рецидиве – выполнение экстренного оперативного вмешательства. Характер операции зависит от установленной причины кровотечения. При хронической язве желудка – резекция желудка с удалением язвы; иссечение язвы в сочетании с ваготомией. Симптоматическая язва – прошивание кровоточащих сосудов в язве. Рак желудка – паллиативная резекция желудка с целью выполнения хирургического гемостаза, при возможности – радикальная операция – субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией, экстирпация желудка.

ЗАДАЧА 3

Больной 36 лет был оперирован по поводу прободной язвы желудка - выполнено ушивание перфоративного отверстия. На пятые сутки после операции сохраняется субфебрильная температура, появились схваткообразные боли в животе, тошнота, повторная рвота. После сифонной клизмы отошли газы, боли уменьшились, но вскоре вновь появилась рвота с примесью желчи. Состояние больного средней тяжести, пульс 100 ударов в мин, АД 110/80 мм рт. ст. Язык сухой, живот вздут больше в верхних отделах, мягкий. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Кишечные шумы редкие, резонирующие, положительный симптом «шума плеска». Состояние послеоперационной раны удовлетворительное.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Основные анатомо-функциональные сведения о зоне поражения.
3. Этиология, патогенез заболевания или одного из развившихся клинических состояний. Используемые классификации.
4. Если в тактике ведения или в лечении больного на предшествующих этапах были допущены ошибки и просчёты, то какие?
5. Направления дифференциальной диагностики?
6. Укажите необходимый объём дообследования больного и его

ожидаемые результаты. Подробно опишите одну из показанных инструментальных методик обследования (подготовка и техника выполнения)

7. Необходимые лечебные мероприятия, их последовательность и характер? Рецепты на 1-2 используемых в лечении препарата. Рентгенограмма.

8. Описать основные элементы техники одной из показанных или проведённых пациенту операций.

9. Диспансеризация больного, основные реабилитационные мероприятия. Профилактика.

БАЗИСНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ОТВЕТА

У больного развилась ранняя кишечная непроходимость, вероятно – спаечного генеза. Обзорная рентгенография брюшной полости (уровни, чаши Клойбера), рег ос дать барий. При неэффективности консервативных мероприятий (декомпрессия желудка и толстого кишечника, инфузионная терапия, стимуляция кишечника) в течение 12-24 часов больному показана экстренная релапаротомия. Необходимо произвести рассечение спаек и оценку жизнеспособности кишки. В случае нежизнеспособности петли кишки выполняется ее резекция. Во всех случаях производится введение новокаина к корню брыжейки тонкой кишки, эвакуация кишечного содержимого, санация брюшной полости. По показаниям – интубация кишечника.

ЗАДАЧА 4

У больного 54 лет постепенно в течение 1-2 месяцев появилось ощущение переполнения желудка, отрыжка и рвота пищей с неприятным запахом с примесью продуктов, съеденных накануне. Отмечает прогрессирующую слабость и похудание. Объективно: пониженного питания, тургор тканей снижен, кожные покровы бледные, живот асимметричен за счет выбухания эпигастрия и левого подреберья, где визуально обнаруживается перистальтика желудка. Объёмных образований не пальпируется. В эпигастрии определяется «шум плеска».

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Основные анатомо-функциональные сведения о зоне поражения.
3. Этиология, патогенез заболевания или одного из развившихся клинических состояний. Используемые классификации. Профилактика.
4. Если в тактике ведения или в лечении больного на предшествующих этапах были допущены ошибки и просчёты, то какие?
5. Направления дифференциальной диагностики?
6. Укажите необходимый объём дообследования больного и его ожидаемые результаты. Подробно опишите одну из показанных инструментальных методик обследования (подготовка и техника выполнения)
7. Необходимые лечебные мероприятия, их последовательность и

характер?

8. Описать основные элементы техники одной из показанных или проведенных пациенту операций. Рецепты на 1-2 используемых в лечении препарата. Рентгенограмма.

9. Диспансеризация больного, основные реабилитационные мероприятия.

БАЗИСНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ОТВЕТА

У больного клиника стеноза выходного отдела желудка. Отсутствие язвенного анамнеза, постепенное развитие симптоматики, нарастание ее, возраст больного дают основание подозревать опухолевую природу стеноза.

Длительно сохраняющийся стеноз выходного отдела желудка приводит к кахексии, обезвоживанию организма, потере электролитов, белков, метаболическим нарушениям, ацидозу, атонии желудка, повышению свертываемости крови и склонности к тромбоэмболическим осложнениям

Среди причин стеноза выходного отдела желудка следует дифференцировать рак желудка, язву желудка или 12-перстной кишки, послеожоговую стриктуру, сдавление извне опухолью поджелудочной железы, толстой кишки, забрюшинного пространства.

Следует применить ФГДС с биопсией опухоли, УЗИ печени и забрюшинных лимфатических узлов, лапароскопию. Не исключается диагностическая лапаротомия. Также показаны клинический и биохимический анализы крови, мочи, определение гематокрита, коагулограммы, КЩС, ЭКГ, ФЛГ, КТ

Рентгенологическими признаками стеноза выходного отдела желудка будут увеличение объема желудка, опускание его большой кривизны и тела ниже гребешковой линии (гастрэктазия), наличие в желудке натошак слизи, жидкости, остатков пищи, ослабление перистальтики, отсутствие или резкое замедление эвакуации контрастного вещества из полости желудка.

Перед операцией требуется инфузионная и дезинтоксикационная терапия, улучшение реологических свойств крови, противовоспалительная терапия, ежедневное промывание желудка.

Оперативное лечение состоит в дистальной субтотальной резекции желудка. В нерезектабельном случае показано наложение обходного гастроэнтероанастомоза с межкишечным Брауновским соустьем.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

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; 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. Правильно оформляет рецепт на одно из лекарственных средств.

Оценку «хорошо» заслуживает студент, обнаруживший достаточное знание программного материала, 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. Оформляет рецепт на одно из лекарственных средств с неточностями (1 ошибка принципиального характера).

Оценку «удовлетворительно» заслуживает студент, обнаруживший средний уровень знания основного программного материала, допустивший погрешности при его изложении, недостаточно владеющий современными классификациями и вследствие этого не правильно 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 не точно называет метод исследования, не знает методики его проведения, затрудняется в формулировании характерных рентгенологических признаков данной патологии, но правильно формулирует рентгенологическое заключение. Оформляет рецепт на одно из лекарственных средств с множественными неточностями (2-3 ошибки принципиального характера).

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы задачи множественные 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. Неверно (4 ошибки и более) выписывает рецепт на лекарственное средство.

3) ПРИМЕРЫ КОНТРОЛЬНЫХ ВОПРОСОВ

1. Алгоритм обследования пациентов с неосложнённой желчнокаменной болезнью.
2. Определение симптомов острого холецистита.
3. Биохимические показатели при механической желтухе.
4. Современные методы диагностики патологии желчевыводящих протоков.

5. Методы малоинвазивных вариантов лечения пациентов с желчнокаменной болезнью.
6. Холедохолитиаз, клиника, диагностика, современные принципы лечения.
7. Билиодигестивные анастомозы: показания, техника выполнения.
8. Гнойный холангит. Причины возникновения, диагностика и лечение.
9. Этапное лечение больных с осложненным течением желчнокаменной болезни.
10. Виды внутрибрюшных послеоперационных осложнений после абдоминальных операций.
11. Виды раневых послеоперационных осложнений после абдоминальных операций.
12. Эвентрация – виды, причины, диагностика, лечение.
13. Послеоперационные внутренние кровотечения – причины, диагностика, лечение.
14. Послеоперационный перитонит – причины, диагностика, лечение.
15. Синдром полиорганной недостаточности при перитоните – профилактика, диагностика, лечение.
16. Послеоперационная ранняя кишечная непроходимость – причины, диагностика, лечение.
17. Поздние послеоперационные осложнения - виды, причины, диагностика, лечение.

Подробно все контрольные вопросы, тесты и ситуационные задания изложены в учебно-методическом пособии для преподавателей (и студентов), имеющемся на кафедре и библиотеке.

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. Обзор клинических рекомендаций по лечению заболеваний щитовидной железы.
2. Эндохирургические технологии в лечении патологии щитовидной железы.
3. Послеоперационная заместительная терапия при заболеваниях щитовидной железы.
4. Консервативная терапия при портальной гипертензии. Борьба с печеночной энцефалопатией.
5. Трансплантация печени. Организация системы донации органов в разных странах.
6. Методы малоинвазивных вариантов лечения пациентов с диагнозом паховая грыжа.
7. Хирургическое лечение пациентов с грыжей живота в условиях стационара одного дня.
8. Современные способы пластики пахового канала.
9. Роль эндохирургических технологий в лечении пациентов с хирургической инфекцией.
10. Особенности ведения пациентов в стадии исхода воспаления при гнойно-воспалительных хирургических заболеваниях.
11. Возможности ультразвуковой диагностики острого аппендицита.
12. Особенности хирургической тактики при аппендикулярном инфильтрате.
13. Причины высокой летальности больных перитонитом и пути ее уменьшения.
14. Спаечная болезнь брюшной полости. Причины, лечение, профилактика.
15. Лапаростомия как метод лечения больных тяжелым перитонитом.
16. Объем и характер инфузионной терапии у больных кишечной непроходимостью.

Критерии оценки выполненного реферата:

«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 учебном кураторском листе), 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. Также, 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 учебный клинический кураторский лист.

Схема написания учебного клинического кураторского листа приведена в ссылке в приложении 2.

Критерии оценки учебного клинического кураторского листа.

Оценка «отлично». Учебный клинический кураторский лист сдан в срок, до окончания цикла занятий. Работа написана грамотно, литературным языком. Диагноз выставлен с учетом современной классификации и МКБ-10. Проведено логическое обоснование диагноза, больному назначено полное лечение и необходимое обследование.

Оценка «хорошо». Учебный клинический кураторский лист сдан в срок. Написана аккуратно, достаточно грамотно. Диагноз выставлен с учетом современной классификации и МКБ-10. Допущены незначительные ошибки при назначении обследования и лечения, не принципиального характера.

Оценка «удовлетворительно». Учебный клинический кураторский лист сдан преподавателю с опозданием. Написана работа небрежно, допускаются много неточностей, исправлений. Основной диагноз выставлен верно, но не соблюдена классификация, нет сопутствующей патологии. Принципы лечения выдержаны, но не конкретно к данному больному.

Оценка «неудовлетворительно». Учебный клинический кураторский лист подан с большим опозданием (спустя месяц и более). Много замечаний принципиального характера по диагностике и лечению.

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

Компетенции	Наименование практического навыка
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	Формулирование развернутого диагноза и его обоснование.
	Оформление разделов медицинской карты.
	Проведение объективного обследования пациента с определением специальных симптомов и функциональных проб.
	Планирование дополнительного обследования пациента.
	Интерпретация анализов крови и мочи, данных лучевых методов диагностики, эндоскопических методов диагностики
ПК-8 Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	Консервативное лечение хирургических заболеваний.
	Определение сроков и показаний к операции.
	Оказание первой помощи при основных острых хирургических заболеваниях.
	Вопросы реабилитации, трудоустройства и экспертиза трудоспособности хирургических больных.

На практических занятиях в Центре практических навыков студенты отрабатывают практическое выполнение следующих процедур:

1. Обработать кожу рук и надеть стерильные перчатки.
2. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий при первичной хирургической обработке раны.
3. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий в ходе плевральной пункции при гидротораксе.
4. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий в ходе плевральной пункции при пневмотораксе.
5. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий при катетеризации мочевого пузыря.
6. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий при надлобковой пункции мочевого пузыря.
7. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий при лапароцентезе.

8. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий при пункционной биопсии лимфоузла.
9. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий при вскрытии постинъекционного абсцесса.
10. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий при постановке назогастрального зонда.
11. Собрать инструменты и изложить последовательность действий при постановке зонда Блэкмора
12. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий при фистулографии.
13. Наложить кровоостанавливающий жгут Эсмарха.
14. Выполнить пальцевое ректальное исследование.

Критерии оценки практических навыков:

Оценка «отлично» - студент обладает отличными практическими умениями (знает методику выполнения практических навыков, умеет правильно применять тот или иной диагностический прием при проведении объективного исследования конкретного пациента, способен обоснованно запланировать комплекс дополнительной диагностики, поставить правильный диагноз, с учетом современной классификации, назначить план лечения, 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 так же планирует реабилитацию).

Оценка «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).

Оценка «удовлетворительно» - студент обладает 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 требований 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).

Оценка «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 11 семестра. Экзамен проводится по трехэтапной схеме.

Первым этапом экзамена является выполнение заданий в тестовой форме, которое решением кафедрального собрания проводится в последний день учебного цикла. **Вторым этапом** является определение уровня освоения практических навыков и умений, полученных студентом в ходе обучения на цикловых практических занятиях. Сюда включается также оценка, полученные за написание учебного клинического кураторского листа. Эта оценка является интегральной, характеризующей уровень усвоения конкретных практических аспектов диагностики и лечения пациента по всем разделам от жалоб до планирования лечения, реабилитации, профилактики. Данный этап проводится на базе Центра практических навыков. **Третий этап** – решение двух ситуационных заданий, которые представлены в виде – текстовой задачи и рентгенограмма по пройденным нозологиям. Проводится на клинической базе ГБУЗ ОКБ. Типовые данные методов лучевой диагностики с интерпретацией представлены в методическом пособии (раздел V.2).

Задания в тестовой форме и ситуационные задачи соответствуют таковым, используемым при проведении текущего контроля успеваемости.

V. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

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

а) Основная литература:

1. Госпитальная хирургия [Текст]: учебник для медицинских вузов. В 2-х т. / под ред. Котива Б.Н. и Бисенкова Л.Н. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016. – Т.1 – 751 с., Т. 2 – 567 с.

2. Частная хирургия [Текст]: учебник для медицинских вузов. В 2-х т. /ред. Ю.Л. Шевченко. – 3-е изд. испр. и доп. – Москва: Российская академия естественных наук, 2017. – Т. -704 с., Т. 2 - 806 с. + СД

Электронный ресурс:

1. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник. В 2 т. /ред. В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 720 с.

2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс]: учебник / Сергиенко В.И., Петросян Э.А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

б) Дополнительная литература:

1. Клиническая хирургия [Текст]: национальное руководство. В 3-х т. / ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. – Москва: ГЭОТАР-медиа, 2008. – Т.1 - 858 с.; 2013. – Т. 2 – 825 с.; 2010. – Т. 3 - 1002 с.

2. Хирургические болезни [Текст] : учебник / ред. М. И. Кузин. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 991 с.

3. Хирургические болезни [Текст] : учебник / ред. М. И. Кузин. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 991 с.

4. Абдоминальная хирургия [Текст] : национальное руководство : краткое издание / ред. И. И. Затевахин, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 903 с.

5. Калантаров, Т. К. Общие вопросы пропедевтики хирургических болезней [Текст] : учебно-методическое пособие /Т. К. Калантаров, Е. М. Мохов..– Тверь : Триада, 2012. – 96 с.

Электронный ресурс:

1. Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 440 с.

2. Глухов А.А. Основы ухода за хирургическими больными [Электронный ресурс]: учебное пособие. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

3. Курс факультетской хирургии в рисунках, таблицах и схемах [Электронный ресурс] / М.А. Лагун, Б.С. Харитонов; под общ. ред. С.В. Вертянкина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016.

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

Интерпретация результатов дополнительных методов исследования	[Текст] : учебно-методическое пособие / под ред. Е. С. Мазура. — Тверь : Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2012. — 123 с.: ил. ISSN 978-5-8388-0108-1	Авторский коллектив: М. А. Бачурина, С. В. Боголюбов, С. В. Волков, И. Ю. Колесникова, С. В. Лебедев, В. В. Мазур, Е. С. Мазур, Ю. А. Орлов, О. Б. Поселюгина
Требования к оформлению учебного клинического кураторского листа (6 курс лечебный факультет) при изучении клинической дисциплины «Госпитальная хирургия».	Электронное учебно-методическое пособие / Тверь: ФГБОУ ВО Тверской ГМУ, 2018	Волков С.В., Еремеев А.Г., Голубев А.А.
УЧЕБНЫЕ ПАПКИ для самостоятельной работы обучающихся на практическом занятии с набором рентгенограмм с их описанием, фотографий, схем и таблиц по темам	Диафрагмальные грыжи ЖКБ. Холецистит. Холедохолитиаз Кишечная непроходимость. Панкреатит. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Рак желудка. Заболевания лёгких и плевры. Заболевания пищевода	

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);
- 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);
2. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – Режим доступа: <http://www.geotar.ru>.

5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины. (Приложение № 2)

VI. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине. (Приложение № 3)

VII. Научно-исследовательская работа студента

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.

Научно-исследовательская работа студентов организована в рамках работы кружка СНО на кафедре госпитальной хирургии с курсом урологии. Осуществляется поисковая работа студентов при изучении медицинских документов из архива, историй болезни пациентов, операционных журналов. Проводятся опросы и анкетирование пациентов. Возможна экспериментальная работа в операционной вивария ФГБОУ ВО ТГМУ. Практикуется реферативная работа и проведение научных исследований с последующим выступлением на итоговых научных студенческих конференциях в Твери и в других городах России, а так же публикацией в сборниках студенческих работ, региональных сборниках и Верхневолжском медицинском журнале.

Примерные темы НИР:

1. Подготовка к выступлению с докладами на студенческой научной конференции
2. Результаты консервативной терапии химических ожогов пищевода (по материалам хирургического отделения ГБУЗ «ОКБ»).
3. Диспансерное наблюдение и проведение консервативной терапии у больных с химическими ожогами пищевода (по данным хирургического отделения ГБУЗ «ОКБ»).
4. Результаты операции лигирования геморроидальных артерий под контролем УЗДГ, мукопексии (по материалу хирургического отделения ФГБОУ ВО ТГМУ).
5. Эффективность консервативного лечения хронического панкреатита (по материалам хирургических отделений).
6. Качество жизни больных, оперированных по поводу осложнений острого и хронического панкреатита.

Остальные темы НИР изложены в методическом пособии для преподавателей.

VIII. Протоколы согласования рабочей программы дисциплины с другими кафедрами.

ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

КАФЕДРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ С КУРСОМ УРОЛОГИИ

С КАФЕДРОЙ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Базовая кафедра	Наименование дисциплины, изучение которой опирается на данную дисциплину	Предложения об изменениях в пропорциях материала, порядке его изложения	Принятое решение (протокол №, дата, кафедры, разработавшей программу).
Госпитальная хирургия	Факультетской хирургии	<p>Темы, рекомендуемые для углубленного изучения после прохождения дисциплины «Факультетская хирургия»:</p> <p>Осложненное течение хирургических болезней. ПХЭС. Постгастрорезекционные и постваготомические 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. Эххинококкоз печени, легких. Медиастиниты.</p>	<p>Протокол № 7 заседания кафедры факультетской хирургии от «19» мая 2016 г.</p>

Зав. кафедрой госпитальной хирургии с курсом урологии, доцент

А.Г. Еремеев

Зав. кафедрой факультетской хирургии, доцент

А.Е. Новосельцев

ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

КАФЕДРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ С КУРСОМ УРОЛОГИИ

**С КАФЕДРОЙ ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

Базовая кафедра	Наименование дисциплины, изучение которой опирается на данную дисциплину	Предложения об изменениях в пропорциях материала, порядке его изложения	Принятое решение (протокол №, дата, кафедры, разработавшей программу).
Госпитальная хирургия	Госпитальной терапии	<p>Темы, рекомендуемые для изучения одновременно с прохождением дисциплины «Госпитальная хирургия»:</p> <p>Диагностика и консервативная терапия пограничных заболеваний органов грудной и брюшной полости (пищевод, желудок и 12-перстная кишка, толстый кишечник), щитовидной железы.</p>	<p>Протокол № _____ заседания кафедры госпитальной хирургии от «___» _____ 2016 г.</p>

Зав. кафедрой госпитальной хирургии с курсом урологии, доцент

А.Г. Еремеев

Зав. кафедрой госпитальной терапии и профессиональных болезней, профессор

Е.С. Мазур

IX. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины
Представлены в Приложении № 4

Приложение № 1

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины
«Госпитальная 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) примеры контрольных вопросов:

1. Понятие об индивидуальном операционном риске.
2. Определение понятия «Послеоперационное осложнение».
3. Причины и особенности течения послеоперационных осложнений.
4. Ожоги пищевода. Классификация химических ожогов пищевода.
5. Патоморфологические и клинические периоды химических ожогов пищевода.
6. Классификация заболеваний желчевыводящих путей.

б) примеры тестов первого уровня (правильный ответ в правой графе):

1.	В диагностике ранней послеоперационной кишечной непроходимости основным методом является: 1) Клинический; 2) Рентгенологический; 3) Ультразвуковая диагностика; 4) Термография.	2
2.	Осложнением холедохолитиаза является: 1) Водянка желчного пузыря; 2) Эмпиема желчного пузыря; 3) Желтуха, холангит; 4) Перфоративный холецистит, перитонит.	3
3.	Наиболее важный местный фактор, способствующий развитию наружных грыж живота - это: 1) Особенности конституции человека; 2) Наличие «слабых мест» передней брюшной стенки; 3) Повышение внутрибрюшного давления; 4) Наследственная предрасположенность.	2


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 обучающемуся:

Формулировка развернутого диагноза и его обоснование.
Оформление разделов медицинской карты.
Проведение объективного обследования пациента с определением специальных симптомов и функциональных проб.
Планирование дополнительного обследования пациента.
Интерпретация анализов крови и мочи, данных лучевых методов диагностики,

Примеры заданий на этапе оценки степени освоения практических навыков (рентгенограмма):

Рентгенограмма 1.

	Метод исследования	Рентгенография пищевода
	Прицельный или обзорный снимок	Обзорный
	Контрастное или бесконтрастное исследование	Контрастное
	Если контрастное – что является контрастом	Наиболее вероятно – сульфат бария
	Проекция	Наиболее вероятно - прямая
	Само описание с использованием специальных терминов («дефект наполнения», «ниша», «затемнение» и т.д.	В пищеводе натошак – большое количество слизи и жидкости. Тень пищевода в средней трети значительно расширена, расширение по типу мешотчатого. В средней трети пищевода имеется концентрическое сужение с ровными чёткими контурами, выше которого имеется задержка бариевой взвеси. Позвоночник резко деформирован – hіbbus. Тень аорты резко расширена, содержит включения кальцинатов. Дуга левого желудочка также расширена влево.
	Возможный диагноз	Рубцовая послеожоговая стриктура средней трети пищевода, полная непроходимость пищевода. Застойный эзофагит. Hіbbus, атеросклероз и кальциноз аорты, признаки артериальной гипертензии.
Рекомендуемое дообследование	Возможна эзофагоскопия с биопсией – исключить рак.	

Рентгенограмма 2.



Метод исследования	Фистулохолангиография
Прицельный или обзорный снимок	Прицельный
Контрастное или бесконтрастное исследование	Контрастное
Если контрастное – что является контрастом	Водорастворимый контраст – верографин, гипак, омнипак
Проекция	Наиболее вероятно - прямая
Само описание с использованием специальных терминов («дефект наполнения», «ниша», «затемнение» и т.д.).	Контраст, введенный через имеющийся дренаж желчных протоков заполняет общий печёночный и общий желчный протоки, внутripеченочные протоки. Они расширены, без дефектов наполнения. В терминальном отделе общего желчного протока имеется сужение просвета протока, о характере и причине которого по форме судить сложно. Он больше похож на клешневидный дефект наполнения (холедохолитиаз). Контрастное вещество в 12-перстную кишку поступает в очень небольшом количестве
Возможный диагноз	Холестаз механической природы. Стеноз терминального отдела общего желчного протока (панкреатит, холедохолитиаз, стриктура БДС, рак ПЖ или БДС)
Рекомендуемое дообследование	Эндо-УЗС, КТ

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

Больному 30 лет по поводу длительно протекающей язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с выраженной гиперсекрецией («голодные» и ночные боли, иногда диарея) была выполнена резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру—Финстереру. Через 4 месяца после операции у больного появились жалобы на боли в эпигастрии после еды и натощак, по интенсивности такие же, как и до операции. Температура тела – нормальная. По органам грудной клетки – без особенностей. Живот мягкий, имеется выраженная болезненность в эпигастрии, патологических образований не пальпируется. Послеоперационный рубец в удовлетворительном состоянии.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Основные анатомо-функциональные сведения о зоне поражения.
3. Этиология, патогенез заболевания или одного из развившихся клинических состояний. Используемые классификации.
4. Если в тактике ведения или в лечении больного на предшествующих этапах были допущены ошибки и просчёты, то какие?
5. Направления дифференциальной диагностики?
6. Укажите необходимый объём дообследования больного и его ожидаемые результаты. Подробно опишите одну из показанных инструментальных методик обследования (подготовка и техника выполнения)
7. Необходимые лечебные мероприятия, их последовательность и характер? Рецепты на 1-2 используемых в лечении препарата. Рентгенограмма.
8. Описать основные элементы техники одной из показанных или проведённых пациенту операций.
9. Диспансеризация больного, основные реабилитационные мероприятия.

БАЗИСНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ОТВЕТА

Не исключено, что у больного имеется рецидив язвенной болезни - пептическая язва гастроэюноанастомоза. Она может быть обусловлена техническими погрешностями операции, а также наличием синдрома Золлингера—Эллисона. На мысль об этом еще перед первой операцией могли навести наличие гиперсекреции и диарея при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке. Для подтверждения диагноза следовало бы применить определение уровня гастрина крови, выявить характерные для этого заболевания КТ и УЗС-признаки. Однако, не исключены неадекватный объём резекции, оставление слизистой антрального отдела желудка в культе 12-п.к. Показаны рентгеноскопия культи желудка, рН-метрия. Активное консервативное лечение. При доброкачественном процессе хороший эффект достигается подавляющей секрецию терапией – гастрозол, омепразол, сандостатин. При неэффективности (редко) – ререзекция желудка (возможно даже с поддиафрагмальной стволовой ваготомией, вплоть до гастрэктомии). Обнаружив во время операции ульцерогенную опухоль поджелудочной железы, следует подвергнуть ее срочному патогистологическому исследованию. Если опухоль окажется доброкачественной, то можно ограничиться ее иссечением. При опухоли злокачественного характера в зависимости от ее локализации производят лево- или правостороннюю гемипанкреатэктомию.

ЗАДАЧА 2

Больной 36 лет обратился с жалобами на внезапно появившиеся резкие боли в правой половине живота, иррадиирующие в пах и в правую поясничную область. Заболел 9 ч назад. Раньше подобных болей никогда не было. Боли сопровождались однократной рвотой. Больной беспокоен, принимает коленно-локтевое положение. Температура при поступлении 37,5°C. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот напряжен в правой половине, резко болезнен, не участвует в дыхании, симптом Щеткина - Блюмберга сомнительный. Симптом Пастернацкого справа положителен. Лейкоцитов в крови $14,0 \times 10^9$ в 1 мкл. Ан. мочи: следы белка, относительная плотность 1,018, свежих эритроцитов 3-4 в поле зрения, выщелоченных эритроцитов 1-2 в поле зрения, лейкоцитов 10-12 в поле зрения, клеток плоского эпителия - большое количество.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Основные анатомо-функциональные сведения о зоне поражения.
3. Этиология, патогенез заболевания или одного из развившихся клинических состояний. Используемые классификации.

4. Если в тактике ведения или в лечении больного на предшествующих этапах были допущены ошибки и просчёты, то какие?
5. Направления дифференциальной диагностики?
6. Укажите необходимый объём дообследования больного и его ожидаемые результаты. Подробно опишите одну из показанных инструментальных методик обследования (подготовка и техника выполнения)
7. Необходимые лечебные мероприятия, их последовательность и характер? Рецепты на 1-2 используемых в лечении препарата. Рентгенограмма.
8. Описать основные элементы техники одной из показанных или проведённых пациенту операций.
9. Диспансеризация больного, основные реабилитационные мероприятия.

БАЗИСНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ОТВЕТА

В данном случае можно заподозрить почечную колику. Однако иррадиация болей в поясничную область и положительный симптом Пастернацкого могут быть при ретроцекальном положении червеобразного отростка. Тяжелые деструктивные изменения в отростке, вызвав интоксикацию организма, могут дать и те изменения в моче, которые имеются у больного. Для дифференциальной диагностики допустимо назначить больному спазмолитики, сделать новокаиновую поясничную блокаду или блокаду семенного канатика. Обезболивающих не вводить! В сомнительных случаях можно произвести хромоцистоскопию, экскреторную урографию. Лапароскопия, возможно, будет малоинформативной. Если снять диагноз острого аппендицита нельзя, больного следует оперировать. Если отросток окажется неизменным, следует по возможности инфильтрировать новокаином околопочечную клетчатку и клетчатку по ходу мочеточника. Брюшную полость защитить наглухо. В дальнейшем больной подлежит детальному урологическому обследованию.

Фонды оценочных средств

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

«Госпитальная 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) примеры контрольных вопросов:

1. Алгоритм диагностики и тактика лечения легкой формы панкреатита и первой фазы средней и тяжелой форм заболевания. Принципы консервативной терапии с позиции доказательной медицины.
2. Лечение второй фазы тяжелой формы острого панкреатита. Виды и объём оперативных вмешательств. Осложнения острого панкреатита.
3. Тактика при сомнительном диагнозе ущемленной грыжи, самопроизвольном и насильственном вправлении. Осложнения после операции ущемленной грыжи. Исход.
4. Современные принципы и методы лечения острого гнойного перитонита.
5. Методы консервативного и оперативного лечения кровотечения из язв желудка и 12-перстной кишки.

6. Показания к различным видам лечения тиреотоксического зоба. Виды операций при зобе. Предоперационная подготовка.

б) примеры тестов первого уровня (правильный ответ в правой графе):

1.	При острой правосторонней толстокишечной непроходимости и тяжёлом состоянии больного следует выполнить: 1) Правостороннюю гемиколэктомию; 2) Наложение обходного илеотрансверзоанастомоза; 3) Подвесную илеостомию; 4) Резекцию кишки с опухолью.	2
2.	Больная 56 лет поступила с клинической картиной острого холецистита. Больна в течение 2 дней. При УЗИ обнаружены множественные конкременты в желчном пузыре, воспалительно-инфильтративные изменения стенки последнего. Патологии желчевыводящих путей и поджелудочной железы не выявлено. Какую тактику следует выбрать? 1) Холецистэктомию в срочном порядке; 2) Консервативную терапию; 3) Микрохолецистостомию под контролем УЗИ; 4) Дистанционную волновую литотрипсию.	1
3.	Показанием к антеградной операционной холедохоскопии является: 1) Уточнение данных о состоянии желчевыводящих протоков; 2) Уточнение данных о состоянии панкреатического протока; 3) Уточнение функциональных изменений билиарной системы; 4) Выявление недостаточности БДС.	1

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

На практических занятиях в рамках работы в УЦПН обучающиеся отрабатывают следующие конкретные навыки:

1. Обработать кожу рук и надеть стерильные перчатки.
2. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий при первичной хирургической обработке раны.
3. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий в ходе плевральной пункции при гидротораксе.
4. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий в ходе плевральной пункции при пневмотораксе.
5. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий при катетеризации мочевого пузыря.
6. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий при надлобковой пункции мочевого пузыря.
7. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий при лапароцентезе.
8. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий при пункционной биопсии лимфоузла.
9. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий при вскрытии постинъекционного абсцесса.

10. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий при постановке назогастрального зонда.
11. Собрать инструменты и изложить последовательность действий при постановке зонда Блэкмора.
12. Собрать инструменты и продемонстрировать последовательность действий при фистулографии.
13. Наложить кровоостанавливающий жгут Эсмарха.
14. Выполнить пальцевое ректальное исследование.

Примеры заданий на этапе оценки степени освоения практических навыков (рентгенограмма):

Рентгенограмма 1.



Базовое направление ответа: интраоперационная холангиограмма (т.к. видны металлические инструменты). Выполняется при проведении холецистэктомии, как обязательный этап операции. Тень общего желчного протока расширена до 1.7 см, негетогенна. 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. Внутрипеченочные протоки расширены как следствие длительного холестаза. Заключение: множественный холедохолитиаз. Операцию необходимо продолжить – холедохолитотомия, наружное или внутреннее дренирование холедоха (при условии множественного

холедохолитиаза - предпочтительнее билио-дигестивный анастомоз). Возможно, как вариант - ЭПСТ с эндоскопической санацией холедоха, если операция выполняется лапароскопически.

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 с распространённым гнойным перитонитом с поражением всех отделов брюшной полости поступил в приёмное отделение городской больницы.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Тактика хирурга в приемном покое.
2. Что необходимо делать, чтобы контролировать у больного мочевыделение?
3. Какие исследования необходимо выполнить больному, чтобы исключить острый сепсис у больного? Проанализируйте эти данные.
4. Время предоперационной подготовки у больного с перитонитом у больного без септического шока.
5. Какое оперативное лечение хирург выполнит больному? Куда нужно перевести больного после операции?

БАЗИСНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ОТВЕТА

1. Вызвать реаниматолога, начать обследование больного, предоперационную подготовку, перевести в отделение реанимации или палату интенсивной терапии.
2. Установить в мочевой пузырь катетер для изучения почасового диуреза. После удаления остаточной мочи в мочевом пузыре, наблюдают за мочеотделением. При отсутствии выделения мочи по катетеру, при правильной его установке, этот факт свидетельствует о анурии. В среднем, суточный диурез составляет 1,5 литра (75% объема выпитой жидкости). Измерять диурез. Различают диурезы следующих типов: суточный диурез; дневной диурез - с 9 до 21 часа; ночной диурез - с 21 до 9 часов утра; часовой диурез. Отношение дневного диуреза к ночному составляет 3:1. В норме количество мочи в утренней порции от 100 до 300 мл. Олигурия (пониженное мочеотделение) - менее 500 мл в сутки. Анурия - полное прекращение выделения мочи: истинная (секреторная): нарушение мочевыделительной функции почек - острая почечная недостаточность.
3. Основанием для констатации диагноза перитонит, осложнённого сепсисом при наличии инфекционного очага является наличие 2-х и более критериев SIRS из следующего перечня - температура тела выше 38°C или ниже 36°C, число сердечных сокращений 90 и более в минуту (исключение — пациенты, страдающие заболеваниями, сопровождающимися тахикардией) частота дыханий выше 20 в минуту или рСО₂ менее 32 Нг, количество лейкоцитов в циркулирующей крови 12x10⁹/л или наличие более 10% незрелых нейтрофилов.
4. Стандартом является кратковременная предоперационная подготовка в течении 2-4 часов.
5. Операция заключается в выполнении средне-срединной лапаротомии, удалении или локализации очага инфекции, удалении гноя, промывания брюшной полости растворами, установке дренажей в отлогие места брюшной полости, назогастротонкокишечной интубации, ушивании послеоперационной раны или лапаростомии. После операции больной переводится в отделение реанимации или палату интенсивной терапии.

ЗАДАЧА 2

Больная 64 лет, после кратковременной потери сознания, доставлена в стационар с жалобами на резкую слабость, малоинтенсивные боли в эпигастральной области и правом подреберье. Тошноты и рвоты не было. В течение последнего года отмечала периодические боли в эпигастрии, усиливающиеся при погрешностях в диете. В анамнезе – артериальная гипертензия, полиартрит (периодически принимает ортофен). По данным УЗИ ранее выявлены конкременты в желчном пузыре. Объективно: состояние средней тяжести. Повышенного питания, кожные покровы бледные. ЧСС-102 в мин, АД-125 и 70 мм рт. ст. В лёгких дыхание везикулярное, сердечные тоны приглушены. Живот увеличен в размерах за счёт подкожно-жировой клетчатки, при пальпации – мягкий, болезненность в эпигастрии и правом подреберье. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Патологических образований пальпировать не удаётся. В течение 3 суток не было стула (страдает запорами).

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Основные анатомо-функциональные сведения о зоне поражения.
3. Этиология, патогенез заболевания или одного из развившихся клинических состояний. Используемые классификации.
4. Если в тактике ведения или в лечении больного на предшествующих этапах были допущены ошибки и просчёты, то какие?
5. Направления дифференциальной диагностики?
6. Укажите необходимый объём дообследования больного и его ожидаемые

- результаты. Подробно опишите одну из показанных инструментальных методик обследования (подготовка и техника выполнения)
7. Необходимые лечебные мероприятия, их последовательность и характер? Рецепты на 1-2 используемых в лечении препарата. Рентгенограмма.
 8. Описать основные элементы техники одной из показанных или проведённых пациенту операций.
 9. Диспансеризация больного, основные реабилитационные мероприятия.

БАЗИСНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ОТВЕТА

У пациентки подозрение на острое гастродуоденальное кровотечение, наиболее вероятными причинами которого могут явиться хроническая язва желудка, острая (симптоматическая) медикаментозная язва желудка, опухоль желудка. Кроме того, у больной необходимо срочно исключить острый инфаркт миокарда! Экстренно произвести пальцевое ректальное исследование! ЭКГ (отсутствие острой коронарной патологии), клинический анализ крови, гематокрит, время свёртывания и кровотечения, определение количества тромбоцитов, группа крови и резус-фактор, взятие крови для определения индивидуальной совместимости. Биохимическое исследование крови (сахар, трансаминазы, билирубин, мочевины, креатинин, электролитный состав, общий белок крови и фракции). Эндоскопическое обследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с целью определения источника кровотечения, его характера, выполнения эндоскопического гемостаза, при необходимости – взятие биоптатов. На фоне проведения инфузионной терапии (при необходимости – гемотрансфузия) при продолжающемся кровотечении или его рецидиве – выполнение экстренного оперативного вмешательства. Характер операции зависит от установленной причины кровотечения. При хронической язве желудка – резекция желудка с удалением язвы; иссечение язвы в сочетании с ваготомией. Симптоматическая язва – прошивание кровоточащих сосудов в язве. Рак желудка – паллиативная резекция желудка с целью выполнения хирургического гемостаза, при возможности – радикальная операция – субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией, экстирпация желудка.

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

<p>Интерпретация результатов дополнительных методов исследования</p>	<p>[Текст] : учебно-методическое пособие / под ред. Е. С. Мазура. — Тверь : Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2012. — 123 с. : ил. ISSN 978-5-8388-0108-1</p>	<p>Авторский коллектив: М. А. Бачурина, С. В. Боголюбов, С. В. Волков, И. Ю. Колесникова, С. В. Лебедев, В. В. Мазур, Е. С. Мазур, Ю. А. Орлов, О. Б. Поселюгина</p>
<p>Требования к оформлению учебного клинического кураторского листа (6 курс лечебный факультет) при изучении клинической дисциплины «Госпитальная хирургия».</p>	<p>Электронное учебно-методическое пособие / Тверь: ФГБОУ ВО Тверской ГМУ, 2018</p>	<p>Волков С.В., Еремеев А.Г., Голубев А.А.</p>
<p>УЧЕБНЫЕ ПАПКИ для самостоятельной работы обучающихся на практическом занятии с набором рентгенограмм с их описанием, фотографий, схем и таблиц по темам</p>	<p>Диафрагмальные грыжи ЖКБ. Холецистит. Холедохолитиаз Кишечная непроходимость. Панкреатит. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Рак желудка. Заболевания лёгких и плевры. Заболевания пищевода</p>	

**Лист регистрации изменений и дополнений на _____ учебный год
в рабочую программу дисциплины «Госпитальная хирургия»**

для студентов _____ курса,

специальность (направление подготовки): Лечебное дело

форма обучения: очная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на
заседании кафедры «_____» _____ 201__ г. (протокол № _____)

Зав. кафедрой _____ (А.Г.Еремеев)
подпись

Содержание изменений и дополнений

№ п/п	Раздел, пункт, номер страницы, абзац	Старый текст	Новый текст	Комментарий
<i>1</i>				
<i>2</i>				
<i>3</i>				