

Электронная цифровая подпись

Лысов Николай Александрович



F 2 5 6 9 9 F 1 D E 0 1 1 1 E A

Бунькова Елена Борисовна



F C 9 3 E 8 6 A C 8 C 2 1 1 E 9

Утверждено Утверждено 31 мая 2018 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Дисциплина «Факультетская хирургия»

по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)

Направленность: Лечебное дело

Форма обучения: очная

Квалификация (степень) выпускника: Врач - лечебник

Срок обучения: 6 лет

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине (модулю) «Факультетская хирургия»:

№ п/п	Контролируемые темы дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1	Острый аппендицит.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
2	Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
3	Острый панкреатит.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
4	Курация. Представление истории болезни.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, защита реферата, практические навыки, написание учебной истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
5	Острая кишечная непроходимость.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
6	Перитонит.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
7	Вентральные грыжи.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания

			ция/разбор тематического больного, разбор историй болезни	
8	Хирургия осложнений язвенной болезни.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, curaция/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
9	Рак желудка.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, curaция/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
10	Острые нарушения мезентериального кровообращения.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, curaция/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
11	Острые венозные тромбозы и их осложнения. Тромбоэмболия лёгочной артерии.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, curaция/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
12	Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, curaция/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
13	Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, curaция/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
14	Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Аневризмы аорты и артерий.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, curaция/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания

2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль;
- решение ситуационных задач;
- защита рефератов;
- практические навыки;
- курация/разбор тематического больного;
- разбор историй болезни;
- написание истории болезни/фрагмента истории болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы.

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Тема №1 «Острый аппендицит.»

1. Операция аппендэктомии у больного острым аппендицитом противопоказана при:

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Двухсторонней плевропневмонии. | 4. Аппендикулярном инфильтрате. |
| 2. Остром инфаркте миокарда. | 5. Гемофилии. |
| 3. Беременности 36-40 недель. | |

2. Симптом Кохера-Волковича – это:

1. Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области.
2. Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении правой подвздошно-поясничной мышцы.
3. Появление болей в эпигастральной области.
4. Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок.
5. Перемещение болей из эпигастральной области или верхних отделов живота в правую подвздошную область.

3. Симптом Образцова характерен для:

1. Острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка.
2. Острого аппендицита при подпеченочном расположении червеобразного отростка.
3. Эмпиемы червеобразного отростка.
4. Воспаления дивертикула Меккеля.
5. Острого аппендицита при ретроцекальном расположении червеобразного отростка.

4. Экстренная операция не показана при следующей патологии:

1. Острый гангренозный аппендицит.
2. Острый катаральный аппендицит.
3. Аппендикулярный инфильтрат.
4. Прикрытая перфорация дуоденальной язвы с давностью заболевания свыше 72 часа без явлений перитонита.
5. Острый панкреатит отечной формы.

Правильным будет: 1. 3,4,5. 2. 2,3,4. 3. 2,4,5. 4 3 и 5. 5. Только 5.

5. При дифференциальной диагностике острого аппендицита и прикрытой прободной язвы двенадцатиперстной кишки следует применить:

1. Гастродуоденоскопию.
2. Обзорную рентгенографию брюшной полости.
3. Ультрасонографию брюшной полости.
4. Лапароскопию.
5. Рентгенографию желудка с сульфатом бария.

Отметьте лучшую комбинацию ответов: 1. 1,2,3. 2. 2,3,5. 3. 1,2,4,5 4. 2,4. 5. 2,5.

6. При осмотре больного в поликлинике врач на основании клинической картины заболевания установил диагноз – «острый аппендицит», диагноз сомнений не вызывал. Через 3 часа при осмотре в хирургическом отделении субъективно состояние больного улучшилось, само-

стоятельные боли в правой подвздошной области не беспокоят, но все остальные признаки острого аппендицита сохраняются. Почему уменьшились спонтанные боли?

1. Диагноз был установлен неверно, следует предположить наличие другого заболевания.
2. Произошла перфорация червеобразного отростка в свободную брюшную полость.
3. Уменьшение болей является следствием регрессии деструктивного процесса в червеобразном отростке.
4. Формируется аппендикулярный инфильтрат.
5. Следует предположить наличие гангренозной формы острого аппендицита.

7. При остром флегмонозном аппендиците наблюдаются симптомы:

1. Щеткина-Блюмберга.
2. Бартомье-Михельсона.
3. Кохера-Волковича.
4. Ровзинга.
5. Мэрфи.

Выберите правильное сочетание ответов: 1. 1,2,4,5. 2. 1,2,3,4. 3. 3,4. 4. 3,5. 5. Все ответы правильные.

8. Операцию по поводу острого аппендицита следует выполнить в условиях местной анестезии в следующем случае:

1. Больной с ранним сроком беременности, страдающей бронхиальной астмой.
2. При осложнении острого аппендицита разлитым перитонитом.
3. Больным от 14 до 16 лет.
4. При подозрении на ретроцекальное расположение червеобразного отростка.
5. Больному старческого возраста с типичней картиной неосложненного острого аппендицита.

9. Вы должны оперировать больного с типичной картиной острого флегмонозного аппендицита. Каким оперативным доступом целесообразно произвести аппендэктомии в данном случае?

1. Нижнесрединная лапаротомия.
2. Разрез Волковича-Дьяконова.
3. Правосторонний параректальный доступ.
4. Правосторонний трансректальный разрез.
5. Поперечная лапаротомия над лоном.

10. Лигатурный способ аппендэктомии применяется в следующих случаях:

1. При катаральном аппендиците.
2. У детей в возрасте до 10 лет.
3. У больных пожилого и старческого возраста.
4. У больных с атипичным расположением червеобразного отростка.
5. У женщин с малым сроком беременности.

Эталонные ответы:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	4	5	5	1	4	5	2	1	2	2

Тема №2 «Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.»

1. Гнойный холангит чаще всего является следствием:

1. Холедохолитиаза и стриктуры гепатикохоледоха
2. Хронического бескаменного холецистита
3. Рака поджелудочной железы
4. Индуриативного панкреатита
5. Дискинезии желчного пузыря

2. При выборе сроков оперативного вмешательства у больного с острым деструктивным холециститом определяющими факторами будет развитие всего, кроме:

1. Острого подпеченочного абсцесса, панкреатита
2. Перитонита
3. Наружного желчного свища
4. Перфорации желчного пузыря
5. Количества лейкоцитов в крови

3. Решая вопрос о срочности хирургического вмешательства при остром холецистите, в первую очередь следует ориентироваться на:

1. Выраженность болевого синдрома
2. Температурную реакцию
3. Выраженность симптома Мэрфи
4. Выраженность перитонеальных симптомов
5. Величину желчного пузыря

4. Укажите вид дренажа, не являющегося дренажом холедоха:

1. Дренаж Кера
2. Дренаж Вишневого
3. Дренаж Спасокукоцкого
4. Дренаж Холстеда
5. Все ответы неверные

5. Клиническая картина гнойного холангита характеризуется всеми нижеперечисленными признаками, кроме:

1. Озноба
2. Гектической температуры
3. Пареза кишечника
4. Умеренных болей в правом подреберье
5. Желтухи

6. Наиболее малотравматичным способом операции холецистэктомии у больной с желчно-каменной болезнью является:

1. Лапароскопическая холецистэктомия
2. Холецистэктомия из лапаротомного доступа по Федорову
3. Холецистэктомия из лапаротомного доступа по Кохеру.
4. Холецистэктомия «от дна»
5. Холецистэктомия «от шейки»

7. Вы оперируете больного по поводу желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и гнойным холангитом. Выберите оптимальный объём оперативного вмешательства:

1. Холецистэктомия «от шейки» и введение дренажа С.И.Спасокукоцкого
2. Холецистостомия
3. Холецистэктомия и дренирование холедоха через культю пузырного протока
4. Холецистэктомия, холедохотомия и дренирование холедоха по Керу
5. Все неверно

8. Для диагностики механического характера желтухи применяют всё, кроме:

1. Исследования цитолитических ферментов печени
2. Инфузионной холангиографии
3. Лапароскопии
4. Ретроградной холангиопанкреатографии
5. Чрезкожной чрезпеченочной холангиографии

9. Наиболее тяжёлым осложнением механической желтухи является:

1. Нарушение всасывательной функции кишечника
2. Снижение белковосинтезирующей функции печени
3. Печеночно-почечная недостаточность
4. Водянка желчного пузыря
5. Отключенный желчный пузырь.

10. У больного 77 лет, с выраженной сердечной недостаточностью, выявлен деструктивный холецистит с явлениями интоксикации. Какому методу лечения отдать предпочтение?

1. Операции холецистэктомии
2. Операции холецистостомии
3. Чрескожной чреспеченочной холангиостомии
4. Только консервативному методу лечения
5. Хирургическое лечение показано только при появлении признаков разлитого перитонита

Эталонные ответы:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1	3	4	3	3	1	4	2	3	2

Тема №3 «Острый панкреатит.»

1. Для панкреатогенного абсцесса характерны следующие клинические признаки:

1. Гектическая лихорадка.
2. Пальпируемый инфильтрат в верхних отделах живота.
3. Повышение содержания в крови лейкоцитов.
4. Гиперамилаземия.
5. Формирование на 3-й неделе заболевания.

Выберите лучшую комбинацию ответов: 1. 1,2,3,5. 2. 1,2,3,4. 3. 1,3,4,5. 4. 1,3,4. 5. Все ответы правильные.

2. Синдром желтухи при панкреонекрозе обусловлен следующими причинами:

1. Сдавлением терминального отдела холедоха увеличенной головкой поджелудочной железы.
2. Ущемленным камнем Фатерова сосочка.
3. Печено-клеточной недостаточностью.
4. Развитием ферментативного холецистита.
5. Холедохолитиазом.

Выберите лучшую комбинацию ответов: 1. 1,2,3,5. 2. 1,2,3,4. 3. 2,3,4. 4. 2,4,5. 5. Все ответы правильные.

3. У больной 35 лет, страдающей желчно-каменной болезнью, после погрешности в диете появились опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократная рвота. При осмотре состояние тяжелое. Пульс – 120 ударов в мин. АД – 90/60 мм рт. ст. Живот напряжен и резко болезненный в верхних отделах, в отлогих местах живота – притупление перкуторного звука. Перистальтика кишечника не выслушивается. Ваш предварительный диагноз?

1. Перфоративная язва желудка, перитонит.
2. Острая тонкокишечная непроходимость.
3. Деструктивный холецистит.
4. Панкреонекроз.
5. Инфаркт кишечника.

4. Какие дополнительные исследования Вы произведете этому больному для уточнения диагноза?

1. Обзорную рентгеноскопию брюшной полости.
2. Лапароскопию.
3. Ультразвуковое сканирование брюшной полости.
4. Гастродуоденоскопию.
5. Исследование крови и мочи на амилазу.

Выберите правильный ответ: 1. 1,2,5. 2. 1,3,4,5. 3. 2,3,5. 4. 2,3,4,5. 5. Все ответы правильные.

5. Больной 35 лет, резкие опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократная рвота. Состояние средней тяжести. Пульс 110уд/мин. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот резко болезненный в верхних отделах, где определяется ригидность мышц передней брюшной стен-

ки. В отлогих местах притупление перкуторного звука. Перистальтика ослаблена. Ваш предварительный диагноз:

1. Перфоративная язва желудка, перитонит.
2. Острая кишечная непроходимость.
3. Инфаркт кишечника.
4. Желудочно-кишечное кровотечение.
5. Острый панкреатит.

6. Больной 35 лет, резкие опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократная рвота. Состояние средней тяжести. Пульс 110 уд/мин. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот резко болезненный в верхних отделах, где определяется ригидность мышц передней брюшной стенки. В отлогих местах притупление перкуторного звука. Перистальтика ослаблена. Какие дополнительные исследования нужны для уточнения диагноза?

1. Обзорную рентгеноскопию брюшной полости.
2. Лапароскопию.
3. Исследование крови и мочи на амилазу.
4. Гастродуоденоскопию.
5. Артериомезентерикографию.

Выберите правильную комбинацию ответов: 1. 1,4. 2. 2,3. 3. 2,5. 4. 1,3. 5. Все ответы правильные.

7. Больной 35 лет, резкие опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократная рвота. Состояние средней тяжести. Пульс 110 уд/мин. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот резко болезненный в верхних отделах, где определяется ригидность мышц передней брюшной стенки. В отлогих местах притупление перкуторного звука. Перистальтика ослаблена. Какие лапароскопические признаки наиболее вероятны в данной клинической ситуации?

1. Геморрагический выпот.
2. Кровь в брюшной полости.
3. Гнойный экссудат.
4. Пятна стеатонекроза на брюшине.
5. Выбухание желудочно-ободочной связки.

Правильным будет: 1. 1,3,5. 2. Только 2. 3. 1,4,5. 4. 3,5. 5. 2,4.

8. Какова тактика ведения этого больного?

1. Экстренная операция.
2. Консервативное лечение в отделении хирургии.
3. Лапароскопическое дренирование брюшной полости, консервативное лечение в отделении реанимации.
4. Операция показана при неэффективности консервативной терапии в течение 12 часов.
5. Все ответы верны.

9. При отечном панкреатите могут наблюдаться следующие клинические признаки:

1. Рвота желудочным содержимым.
2. Пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области.
3. Симптом Грея-Теренра.
4. Симптом Мэйо-Робсона.
5. Гиперамилаземия.

Выберите лучшую комбинацию симптомов: 1. 1,2,3. 2. Все ответы правильные. 3. 1,3,4. 4. 1,4,5. 5. 1,2,5.

10. Осложнениями острого панкреатита может быть все нижеперечисленное, кроме:

1. Панкреатогенного абсцесса.
2. Печеночно-почечной недостаточности.
3. Мезентериального тромбоза, инфаркта кишечника.
4. Псевдокисты поджелудочной железы.
5. Перитонита.

Эталонные ответы:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1	1	4	3	5	2	3	3	4	3

Тема №5 «Острая кишечная непроходимость.»

1. Больной оперируется по поводу острой кишечной непроходимости. На операции обнаружен заворот около 1,5 м тонкой кишки на 360 градусов. После расправления заворота, новокаиновой блокады брыжейки и согревания петли кишки последняя приобрела багровый оттенок с пятнами цианоза, не перистальтирует, пульсация терминальных отделов брыжейки не определяется. Укажите оптимальный вариант хирургической тактики:

1. Необходимо выполнить резекцию тонкой кишки с наложением анастомоза, назоинтестинальную интубацию;
2. Следует ограничиться назоинтестинальной интубацией и лапаростомией;
3. Целесообразно наложить илиотрансверзоанастомоз «бок в бок»;
4. Операцию нужно закончить лапаростомией, от резекции кишки воздержаться;
5. Показана интестинопликация по Ноблю.

2. Больному с раком слепой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью, в ранние сроки заболевания рациональнее всего выполнить следующую операцию:

1. Правостороннюю гемиколэктомию с илиотрансверзоанастомозом;
2. Наложение илиостомы;
3. Наложение цекостомы;
4. Операцию Гартмана;
5. Операцию Микулича.

3. Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме:

1. Постепенного нарастания симптомов;
2. Вздутия живота;
3. Появления чаш Клойбера;
4. Задержки стула;
5. Быстрого обезвоживания.

4. Причиной развития паралитической кишечной непроходимости может быть:

1. Перитонит;
2. Свинцовое отравление;
3. Острый панкреатит;
4. Забрюшинная гематома;
5. Расстройство мезентериального кровообращения.

Отметьте лучшую комбинацию ответов: 1. 1,2,3,4; 2. 2,3,4,5; 3. 1,3,4,5; 4. Все верно; 5.

Все неверно.

5. Дегидратация организма наиболее быстро развивается при:

1. Завороте тонкой кишки;
2. Завороте сигмовидной кишки;
3. Опухоли прямой кишки с явлениями кишечной непроходимости;
4. Обтурационной толстокишечной непроходимости;
5. Илиоцекальной инвагинации.

6. Появление симптома «шума плеска» при острой кишечной непроходимости объясняется:

1. Наличием выпота в брюшной полости;
2. Скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника;
3. Скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника;
4. Наличием свободного газа в брюшной полости;
5. Все перечисленное неверно.

7. Больной 66 лет оперируется по поводу острой кишечной непроходимости, первые признаки которой появились трое суток назад. На операции установлено, что имеется опухоль сигмовидной кишки, полностью обтурирующая просвет. Проксимальнее опухоли ободочная и подвздошная кишки резко раздуты, переполнены жидким содержимым и газами. Дистальнее опухоли сигмовидная кишка в спавшемся состоянии. Видимых метастазов не выявлено. Больному следует выполнить оперативное вмешательство в следующем объеме:

1. Мезосигмопликация по Гаген-Торну;
2. Обструктивная резекция сигмовидной кишки, одноствольная колостомия;
3. Обходной илиосигмоанастомоз «бок в бок»;
4. Назоинтестинальная интубация;

5. Субтотальная колэктомия, энтеростомия. Правильным будет: 1. 1,4; 2. 1,3; 3. 2,4; 4. 2,5; 5. 3,4.

8. Для паралитической кишечной непроходимости характерно:

1. Ассиметрия живота;
2. Задержка стула и газов;
3. Схваткообразные боли в животе;
4. Резкое равномерное вздутие живота;
5. Симптом Цеге-Мантейфеля.

Отметьте лучшую комбинацию ответов: 1. 1,2,3; 2. 2,3,4; 3. 3,4,5; 4. 1,4; 5. 2,4.

9. Характерными признаками острой механической кишечной непроходимости являются:

1. Постоянные боли в животе;
2. Однократная рвота;
3. Положительный симптом «шума плеска»;
4. Схваткообразные боли в животе;
5. Многократная рвота.

Правильным будет: 1. 1,2; 2. 2,3,5; 3. 2,3,4; 4. 1,4,5; 5. 3,4,5.

10. Для obturационной кишечной непроходимости характерны следующие рентгенологические признаки:

1. Чаши Клойбера;
2. Свободный газ под правым куполом диафрагмы;
3. Крипты Керкрингера («симптом перистости»);
4. Симптом Валя;
5. Симптом Цеге-Мантейфеля.

Правильным будет: 1. 1,2,3; 2. 1,3; 3. 1,4; 4. 1,5; 5. 2,4.

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1	1	5	3	1	2	3	5	5	2

Тема №6 «Перитонит.»

1. При разлитых формах фибринозно-гнойного перитонита наиболее точными характеристиками микрофлоры перитонеального экссудата являются:

1. Мономикробный рост бактерий.
2. Полимикробный рост бактерий.
3. Превазирование бактерий грамотрицательного спектра.
4. Превазирование бактерий грамположительного спектра.
5. Наличие бактериоидной микрофлоры.

Выберите наилучшую комбинацию ответов: 1. 1,3,5. 2. 1,4. 3. 1,5. 4. 2,5. 5. 2,3,5.

2. Из представленных этиологических форм перитонита выберите одну, характеризующуюся трудностями диагностики и наиболее тяжелым течением:

1. Послеоперационный.
2. Панкреатогенный.
3. Посттравматический.
4. Аппендикулярный.
5. После гемодиализа.

3. Из представленных заболеваний выберите одно, для которого в патогенезе бактериальный фактор в ранние сроки заболевания не играет ведущей роли:

1. Перфорация опухоли толстой кишки.
2. Панкреонекроз.
3. Травма тонкой кишки.
4. Деструктивный аппендицит.
5. Деструктивный холецистит.

4. Из представленных заболеваний одно в качестве причины перитонита указано неверно:

1. Деструктивный холецистит.
2. Гнойный холангит.
3. Мезентериальный тромбоз.
4. Деструктивный аппендицит.
5. Кишечная непроходимость.

5. Основными факторами, определяющими исход заболевания при перитоните являются:

1. Распространенность поражения брюшины.
2. Вирулентность возбудителей.
3. Источник перитонита.
4. Давность заболевания.
5. Возраст больного.

Выберите наилучшую комбинацию ответов: 1. 1,2,3. 2. 1,4,5. 3. 1,2,3,5. 4. 2,3,4,5. 5. Все верно.

6. Выраженность эндогенной интоксикации при перитоните обусловлена:

1. Метаболическими нарушениями.
2. Гиповолемией.
3. Нарушениями микроциркуляции.
4. Парезом кишечника.
5. Состоянием клеточного иммунитета.

Выберите наилучшую комбинацию ответов: 1. 1,4,5. 2. 1,2,3. 3. 1,2,3,5. 4. 2,3,4,5. 5. Все верно.

7. В дифференциальной диагностике перитонита аппендикулярного и гинекологического происхождения наиболее точным методом является:

1. Лапароскопия.
2. Ультрасонография.
3. Пункция заднего свода влагалища.
4. Обзорный снимок брюшной полости.
5. Лапароцентез.

8. Показанием к этапной ревизии и санации брюшной полости в абдоминальной хирургии являются:

1. Каловый перитонит.
2. Разлитой гнойный перитонит.
3. Мезентериальный тромбоз.
4. Флегмона передней брюшной стенки.
5. Инфицированный панкреонекроз.

Выберите наилучшую комбинацию ответов: 1. 1,2,4. 2. 2,5. 3. 1,2,3,5. 4. 2,3,4,5. 5. Все верно.

9. Антибактериальными препаратами выбора при распространенном фибринозно-гнойном перитоните являются:

1. Карбапенемы.
2. Фторхинолоны.
3. Цефалоспорины III и IV поколения.
4. Метронидазол.
5. Макролиды.

Выберите наилучшую комбинацию ответов: 1. 1,2,3,4. 2. 2,5. 3. 1,2,3,5. 4. 2,3,4,5. 5. Все верно.

10. Больная 40 лет, оперирована через 1,5 суток от начала заболевания срединным лапаротомным доступом. в нижнем этаже брюшной полости имеется гиперемия и отек брюшины с наложениями пленок фибрина, гнойный перитониальный экссудат в полости малого таза. Червеобразный отросток утолщен, напряжен, темно-багрового цвета с перфорационным отверстием, из которого поступает гной. Выберите оптимальный метод лечения:

1. Аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Установка дренажей. Ушивание лапаротомной раны наглухо.
2. Аппендэктомия, санация брюшной полости. Установка тампона и микроирригатора в полость малого таза. Ушивание лапаротомной раны наглухо.
3. Аппендэктомия, санация брюшной полости. Ушивание лапаротомной раны наглухо.
4. Аппендэктомия, санация брюшной полости. Илеостомия. Ушивание лапаротомной раны наглухо.
5. Аппендэктомия, лапаростомия.

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	5	1	2	2	5	5	1	5	1	1

Тема №7 «Вентральные грыжи.»

1. Операция по методу Бассини при кривой паховой грыже состоит из следующих этапов:

1. Вскрытие апоневроза наружной кривой мышцы живота.
2. Сужение внутреннего пахового кольца, пластика задней стенки пахового канала.
3. Формирование дубликатуры апоневроза наружной кривой мышцы живота.
4. Перемещение семенного канатика под кожу.
5. Грыжевой мешок не иссекается, только прошивается у шейки.

Выберите правильную комбинацию ответов: 1. 1,3,5; 2.2,4; 3.1,2; 4.1,3; 5.1,2,3,4.

2. Производящими факторами в развитии наружных брюшных грыж являются:

1. Пожилой возраст больных.
2. Прогрессирующее похудание.
3. Особенности анатомического строения брюшной стенки.
4. Заболевания, повышающие внутрибрюшное давление.
5. Тяжелая физическая работа.

Выберите правильное сочетание ответов: 1. 1,2,3; 2.1,3,4; 3.4,5; 4.1,3; 5.1,4.

3. У больного 60 лет, страдающего аденомой предстательной железы, обнаружена прямая паховая грыжа. Количество остаточной мочи - 100 мл. Ваши рекомендации?

1. Направить на операцию грыжесечения;
2. Операцию грыжесечения рекомендовать после аденомэктомии;
3. Показано только консервативное лечение;
4. Рекомендовать операцию грыжесечения, а затем аденомэктомию;
5. Все ответы правильные.

4. У больного с ущемленной паховой грыжей при транспортировке в хирургическое отделение произошло самопроизвольное вправление грыжевого содержимого. Ваша дальнейшая тактика?

1. Экстренная операция;
2. Отказаться в госпитализации, операция в плановом порядке;
3. Экстренная лапароскопия;
4. Показано динамическое наблюдение за больным в стационаре;
5. Все ответы неправильные.

5. Скользящая грыжа – это:

1. Когда грыжевое содержимое проходит через лакунарную связку;
2. Когда содержимым грыжевого мешка является Меккелев дивертикул;
3. Когда одной из стенок грыжевого мешка является мочевого пузыря;
4. Когда содержимым грыжевого мешка является червеобразный отросток;
5. Все перечисленное неверно.

6. Операция при ущемленной паховой грыже состоит в следующем:

1. Операция проводится под эндотрахеальным наркозом.
2. Кожный разрез проводится параллельно и несколько выше пупартовой связки.
3. Одним из первых этапов операции является рассечение грыжевых ворот, а затем вскры-

вается грыжевой мешок.

4. Одним из первых этапов операции является вскрытие грыжевого мешка, а затем рассекают наружное паховое кольцо.

5. Первоначально производят срединную лапаротомию

Укажите правильное сочетание ответов: 1. 1,3; 2.2,3; 3.1,4; 4.2,4; 5.Всё вышеперечисленное неверно.

7. Пластика пахового канала по Бассини при прямой паховой грыже заключается в:

1. Фиксации краев внутренней косой и поперечной мышц с поперечной фасцией к паховой связке позади семенного канатика.

2. Перевязке семенного канатика двумя лигатурами без перевязки его сосудов.

3. Фиксации влагалища прямой мышцы к паховой связке в области лонного бугорка.

4. Дубликатура апоневроза наружной косой мышцы создается позади семенного канатика. 5.

Апоневроз наружной косой мышцы сшивается впереди семенного канатика.

Выберите правильную комбинацию ответов: 1. 1,2; 2.1,2,3; 3.1,3,5; 4.2,4; 5.Всё неверно.

8. В бедренный треугольник входят следующие анатомические образования:

1. Пупартова связка.

4. Гребешковая связка.

2. Лакунарная связка.

5. Мышечная, сосудистая и лимфатическая

3. Куперова связка.

лакуны.

Выберите правильную комбинацию ответов: 1. 1,2,3; 2.2,3,4,5; 3.3,4; 4.2,3,4; 5.1,2,3,4,5.

9. Грыжа, при которой ущемляется только часть стенки кишки, называется:

1. Грыжа Клоке;

4.Гессельбаха;

2.Рихтера;

5.Ланжье.

3.Литтре;

10. Выберите основной признак скользящей грыжи:

1. Выходит в поясничной области;

2.Выходит между мышцами;

3.Одной из стенок грыжевого мешка является орган, частично покрытый брюшиной;

4.Выходит через лакунарную связку;

5.Стенкой грыжевого мешка является париетальная брюшина.

Эталонные ответы:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	3	3	2	4	3	4	3	5	2	3

Тема №8 «Хирургия осложнений язвенной болезни.»

1. Выберите осложнение язвенной болезни желудка, для которого характерно вынужденное положение больного с приведенными к животу ногами и доскообразное напряжение брюшных мышц:

1. Пенетрация язвы в малый сальник;

2. Прикрытая перфорация;

3. Перфорация в свободную брюшную полость;

4. Пенетрация в поджелудочную железу;

5. Декомпенсированный стеноз привратника, протекающий с выраженными водно-электролитными нарушениями.

2. Типичными осложнениями язвы передней стенки 12-перстной кишки являются:

1. Перфорация.

2. Кровотечение.

3. Пенетрация в головку поджелудочной железы.

4. Перфорация и пенетрация в головку поджелудочной железы.

5. Перфорация в забрюшинное пространство.

Правильным будет: 1. 1,3; 2. 2,4; 3. 2,4,5; 4. 1,3,5; 5. 1,2.

3. Максимальный гистаминовый тест, применяемый при язвенной болезни, используют в целях:

1. Исследования моторики желудка;

2. Исследования гуморальной фазы желудочной секреции;

3. Определения ощелачивающей функции антрального отдела желудка;

4. Определения базальной кислотопродукции желудка;

5. Оценки эффективности терапии гистаминоблокаторами.

4. При трансформации язвы желудка в рак можно отметить появление следующих клинических признаков:

1. Появление ахилии.
2. Изменение ритма болей.
3. Появление анемии.
4. Изменение аппетита.
5. Уплотнение "ниши" при рентгенологическом исследовании желудка.

Укажите лучшую комбинацию ответов: 1. 1,3; 2. 1,2,4; 3. 2,3,5; 4. Только 5; 5. Все ответы верные.

5. У больного 56 лет, не отягощенного сопутствующими заболеваниями, оперированного через 4 часа от начала заболевания, во время операции обнаружена перфоративная язва антрального отдела желудка. Ваша тактика?

1. Ушивание язвы;
2. Резекция 2/3 желудка;
3. Резекция 3/4 желудка с большим и малым сальником;
4. Ушивание язвы и трунккулярная ваготомия;
5. Антрумэктомия.

6. Для декомпенсированного стеноза привратника характерно:

1. Рвота пищей, съеденной накануне.
 2. Напряжение мышц брюшной стенки.
 3. Снижение диуреза.
 4. Симптом "шум плеска" в желудке натощак.
 5. Задержка бария в желудке более 24 час, определяемая при рентгеноскопии желудка.
- Правильным будет: 1. 1,2,4; 2. 1,3,4,5; 3. 1,2,4,5; 4. 1,2,3,4; 5. Все ответы верные.

7. Симптомами прободной язвы желудка являются:

1. "Кинжальная" боль.
2. Доскообразный живот.
3. Многократная рвота.
4. Положительный симптом «исчезновения печеночной тупости».
5. Схваткообразные боли в верхней половине живота.

Правильным будет: 1. 2,3; 2. 1,3,4; 3. 1,2,4; 4. 4,5; 5. 1,5.

8. У больного 65 лет, страдающего 4 года язвенной болезнью, диагностирована прободная язва 12-перстной кишки. Давность заболевания 15 часов. Какая операция предпочтительна в этом случае?

1. Ушивание перфорации;
2. Стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею;
3. Резекция желудка;
4. Гастроэнтероанастомоз;
5. Антрумэктомия вместе с язвой 12 п.к.

9. Больному 32 лет с прикрытой перфорацией язвы 12-перстной кишки, поступившему через сутки с момента заболевания, показано:

1. Экстренная операция;
2. Строго консервативное лечение;
3. Операция в случае неэффективности консервативного лечения;
4. Лечение по методу Тэйлора;
5. Лапароскопическое дренирование брюшной полости.

10. Для кровоточащей язвы 12-перстной кишки характерны следующие клинические признаки:

- | | |
|----------------------------------|-----------------|
| 1. Усиление болей в животе. | 4. Брадикардия. |
| 2. Рвота "кофейной гущей". | 5. Мелена. |
| 3. Уменьшение болевого синдрома. | |

Укажите оптимальную комбинацию ответов: 1. 1,3,5; 2. 1,2,5; 3. 2,3,4; 4. 3,4,5; 5. 2,3,5.

Эталонные ответы:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	3	5	2	5	2	2	3	1	1	5

Тема №9 «Рак желудка.»

1. Операция гастростомия показана:

1. При раке дистального отдела желудка IV стадии;
2. При раке кардиального отдела желудка IV стадии с явлениями стеноза пищевода;
3. При раке проксимального отдела желудка II стадии;
4. При кардиоспазме;
5. При язвенном стенозе привратника.

2. Выберите онкологически оправданную операцию при раке проксимального отдела желудка, протекающего с явлениями дисфагии:

1. Гастростомия;
2. Гастроэнтеростомия;
3. Резекция кардиального отдела желудка;
4. Проксимальная резекция желудка;
5. Гастрэктомия с резекцией дистального отдела пищевода.

3. Паллиативными операциями при раке выходного отдела желудка могут быть:

1. Антрумэктомия;
2. Передний гастроэнтероанастомоз с Брауновским межкишечным анастомозом;
3. Дистальная субтотальная резекция желудка;
4. Пилоропластика по Финнею;
5. Гастрэктомия.

Правильным будет: 1. 1,2; 2. 2,3; 3. 2,3,4; 4. 2,4; 5. Только 3.

4. Абсолютными признаками неоперабельности рака желудка являются:

1. Множественные метастазы в печень;
2. Метастатическое поражение селезенки;
3. Метастазы в большой сальник;
4. Большие размеры опухоли;
5. Асцит.

Выберите лучшую комбинацию ответов: 1. 1,2,4; 2. 1,4; 3. 2,3,4; 4. 1,5; 5. 1,3.

5. Типичными клиническими проявлениями рака выходного отдела желудка являются:

1. Повторная рвота;
2. Дисфагия;
3. «Шум плеска» натощак;
4. Полиурия;
5. Гиперсаливация.

Выберите лучшую комбинацию ответов: 1. 1,3; 2. 1,4; 3. 1,3,5; 4. 2,3,5; 5. 2,4,5.

6. Выберите признаки, не характерные для рака тела желудка:

1. Дисфагия;
2. Анемия;
3. Неукротимая рвота;
4. Гиперсаливация;
5. Похудание.

Выберите лучшую комбинацию ответов: 1. 1,2,3; 2. 1,3,4; 3. 2,4,5; 4. 2,4; 5. 2,5.

7. Онкологически обоснованными операциями при раке кардиального отдела желудка (операбельном) являются:

1. Резекция кардии с эзофагогастроанастомозом;
2. Резекция 2/3 желудка по Бильрот II;
3. Гастростомия;
4. Гастрэктомия;
5. Проксимальная резекция желудка.

Выберите правильную комбинацию ответов: 1. 1,2; 2. 1,3; 3. 1,2,5; 4. 2,4,5; 5. 4,5.

8. Больному с операбельным раком выходного отдела желудка с явлениями стеноза показана операция:

1. Гастродуоденостомия;
2. Субтотальная дистальная резекция желудка;
3. Пилоропластика;
4. Гастростомия;
5. Гастроэнтеростомия.

9. У больного с раком антрального отдела желудка по вскрытии брюшной полости обнаружено небольшое количество асцитической жидкости и увеличение лимфоузлов по ходу арты. Прорастания опухоли в соседние органы не выявлено. Ваша тактика:

1. Паллиативная субтотальная резекция желудка;

2. Гастрэктомия;
3. Ограничиться эксплоративной лапаротомией;
4. Гастростомия;
5. Гастроэнтеростомия.

10. Больному с раком кардиального отдела желудка может быть выполнена:

1. Гастрэктомия;
2. Проксимальная резекция желудка;
3. Дистальная резекция желудка;
4. Гастростомия;
5. Гастроэнтероанастомоз.

Выберите правильную комбинацию ответов: 1. 1,5; 2. 1,2,4; 3. 2,4,5; 4. 3,4,5; 5. 1,3,4.

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	5	2	4	1	2	5	2	1	2

Тема №10 «Острые нарушения мезентериального кровообращения.»

1. Эмболия верхней брыжеечной артерии с последующим инфарктом кишечника развивается у больных:

1. Страдающих митральным стенозом;
2. Перенесших инфаркт миокарда;
3. Страдающих мерцательной аритмией;
4. С незаращенным боталловым протоком;
5. Страдающих стенозом легочной артерии.

Выберите правильную комбинацию ответов: 1. 1,4; 2. 1,2,3; 3. 2,3,4; 4. 2,3,5; 5. Все ответы правильные.

2. Инфаркт кишечника может развиваться вследствие:

1. Эмболии верхней брыжеечной артерии;
2. Эмболии верхней и нижней брыжеечных артерий;
3. Тромбоза верхней брыжеечной артерии;
4. Тромбоза верхней брыжеечной и портальной вен;
5. Длительного ангиоспазма артериального русла брыжейки тонкой кишки. Правильным будет: 1. 1,3,5; 2. 1,2,4; 3. 2,3,5; 4. Все ответы правильные; 5. Все ответы неправильные.

3. У больного с эмболией верхней брыжеечной артерии в стадии инфаркта кишечника может быть выполнена следующая операция:

1. Эмболэктомия и резекция кишки;
2. Периартериальная симпатэктомия;
3. Изолированная эмболэктомия;
4. Резекция тонкой кишки;
5. Тотальная колэктомия с илиоректоанастомозом.

Отметьте лучшую комбинацию ответов: 1. 1,4; 2. 1,5; 3. 2,4; 4. Только 3; 5. Только 5.

4. У больной 42 лет, страдающей митральным стенозом и мерцательной аритмией, 6 часов назад появились сильные боли в животе, была двукратная рвота, жидкий стул. При осмотре состояние больной средней тяжести. Язык суховат. Живот мягкий во всех отделах, определяется выраженная болезненность в мезогастрии. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика кишечника ослаблена. Лейкоциты крови – $19 \times 10^9/\text{л}$. Какому заболеванию соответствует данная клиническая картина?

1. Острая странгуляционная кишечная непроходимость;
2. Острое нарушение мезентериального кровообращения;
3. Расслаивающаяся аневризма брюшного отдела аорты;
4. Болезнь Бадда-Киари;
5. Геморрагический панкреонекроз.

5. При обследовании больного с острым нарушением мезентериального кровообращения можно выявить следующие клинические симптомы:

1. Ассиметрию живота;
2. Симптом Блинова;
3. Ослабление перистальтики кишечника;
4. Усиление перистальтики кишечника;

5. «Шум плеска».

Выберите лучшую комбинацию ответов: 1. 1,4; 2. 1,2,3; 3. 3,5; 4. 2,3; 5. 2,3,4.

6. При подозрении на инфаркт кишечника лучшими методами диагностики будут:

1. Лапароскопия;
2. Ультрасонография;
3. Ангиография верхней и нижней брыжеечных артерий;
4. Обзорная рентгенография брюшной полости;
5. Ирригоскопия.

Правильным будет: 1. 1,2,4; 2. 2,3,4; 3. 1,3,5; 4. 1,3; 5. Все верно.

7. При эмболии устья верхней брыжеечной артерии обычно ишемизируется:

1. Желудок и двенадцатиперстная кишка;
2. Двенадцатиперстная и тонкая кишка;
3. Терминальный отдел тонкой кишки и все отделы ободочной кишки;
4. Тонкая кишка, слепая и восходящий отдел ободочной кишки;
5. Все отделы тонкой и ободочной кишки до сигмовидной.

8. Инфаркт кишечника вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии обычно возникает у больных:

1. Страдающих ИБС и мерцательной аритмией;
2. Перенесших инфаркт миокарда;
3. Страдающих митральным стенозом;
4. Страдающих неспецифическим аortoартериитом;
5. Страдающих атеросклерозом висцеральных ветвей аорты.

Отметьте лучшую комбинацию ответов: 1. 1,4; 2. 1,2; 3. 1,2,3; 4. 3,4,5; 5. Все ответы правильные.

9. При эмболии верхней брыжеечной артерии выполняют следующие виды оперативных вмешательств:

1. «Чистая» эмболэктомия из верхней брыжеечной артерии;
2. Эмболэктомия в сочетании с резекцией тонкой кишки;
3. Эмболэктомия в сочетании с резекцией левой половины толстой кишки;
4. Резекция подвздошной кишки, правой половины ободочной кишки и эмболэктомия из артерии;
5. Тотальное удаление тощей и подвздошной кишки, резекция правой половины ободочной кишки.

Выберите правильную комбинацию ответов: 1. Только 1; 2. 1,2,4; 3. 1,2,3; 4. 1,5; 5. Все ответы правильные.

10. Гангрена тонкой кишки в результате острой окклюзии верхней брыжеечной артерии может развиваться у больных:

1. Страдающих врожденным пороком сердца;
2. С постинфарктной аневризмой сердца;
3. Страдающих бактериальным эндокардитом;
4. С циррозом печени;
5. С коарктацией дуги аорты.

Правильным будет: 1. 1,4; 2. 2,5; 3. 3,4; 4. 1,2,3; 5. Все ответы правильные.

Эталонные ответы:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	4	1	2	4	4	4	3	2	4

Тема №11 «Острые венозные тромбозы и их осложнения. Тромбоэмболия лёгочной артерии»

1. При остром глубоком илеофemorальном тромбозе операция флебэктомии показана:

1. в первые сутки от начала заболевания
2. в первые 10 дней от начала заболевания
3. не показана

2. Для флебографии подвздошных и полых вен целесообразней применить:

1. дистальную ангиографию
2. проксимальную тазовую флебографию
3. внутрикостную флебографию
4. лимфографию

3. Одним из основных признаков острого тромбофлебита глубоких вен является:

1. отек конечности
2. уменьшение объема конечности

3. бледность пораженной конечности 4. гиперемия конечности
- 4. Одним из основных признаков острого поверхностного тромбофлебита является:**
 1. отек конечности
 2. бледность кожных покровов конечности
 3. снижение температуры пораженной конечности
 4. болезненный тяж по ходу подкожной вены
- 5. Синдром нижней полой вены чаще всего является следствием:**
 1. острого восходящего флелотромбоза глубоких вен
 2. рожистого воспаления
 3. варикозного расширения вен нижних конечностей
 4. острой артериальной непроходимости
- 6. Прходимость венозной системы после острого тромбофлебита восстанавливается вследствие:**
 1. реканализации тромба
 2. «самолизиса» тромба
 3. компенсаторного расширения вен
 4. включения доолнительного кровотока по вновь образованным венам
- 7. Наиболее точное представление о состоянии клапанного аппарата и анатомии глубоких вен конечности дает:**
 1. ангиография
 2. флебография
 3. лимфография
 4. ультразвуковая доплерография
- 8. Операция Линтона при варикозном расширении вен нижних конечностей заключается в:**
 1. надфасциальной перевязкой несостоятельных коммуникантных вен
 2. флебэктомии при помощи зонда Бэбкокка
 3. флебэктомии из отдельных разрезов на коже
 4. субфасциальной перевязке несостоятельных коммуникантных вен
- 9. Трофическая язва голени при варикозной болезни возникает при:**
 1. несостоятельности клапанов перфорантных вен
 2. несостоятельности клапанов поверхностных вен
 3. несостоятельности клапанов глубоких вен
 4. несостоятельности остиального клапана
- 10. Операция Мюллера-Эшера заключается в:**
 1. флебэктомии при помощи лампасных разрезов
 2. флебэктомии при помощи крючков-флебэкстракторов
 3. флебэктомии при помощи пластикового зонда
 4. флебэктомии при помощи отдельных разрезов на коже

Эталон ответа:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	3	2	1	4	1	1	2	4	1	2

Тема №12 «Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей.»

1. Назовите факторы, участвующие в развитии варикозной болезни нижних конечностей:

1. Затруднение оттока крови из венозной системы нижних конечностей.
2. Сброс крови из глубоких вен в поверхностные через перфоранты.
3. Относительная клапанная недостаточность глубоких вен.
4. Системная артериальная гипертензия.
5. Несостоятельность остиальных клапанов.

Выберите лучшую комбинацию ответов: 1. 1,2,3,5. 2. 1,2,3. 3. 2,3,4. 4. Все неверно. 5. Все верно.

2. Для варикозной болезни нижних конечностей характерны следующие клинические признаки:

1. Резкие боли в конечности.
2. Постоянный отек всей конечности.
3. Трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки.
4. Трофические расстройства кожи I пальца стопы.
5. Отек стопы и тупые боли в ноге, появляющиеся к концу рабочего дня.

6. Рсширение поверхностных вен на голени и бедре.

Выберите лучшую комбинацию ответов: 1. 2,3,6. 2. 3,5,6. 3. 1,2,4,6. 4. 1,4,5,6. 5. Все верно.

3. Перечислите основные клинические симптомы посттромботической болезни:

1. Увеличение объема конечности.
2. Ощущение распирания.
3. Повышенная утомляемость конечности.
4. Трофические расстройства кожи на голени.
5. Варикозное расширение поверхностных вен.
6. Отсутствие пульсации магистральных артерий.

Выберите лучшую комбинацию ответов: 1. 1,2,6. 2. 3,4,6. 3. 1,2,3,4,5. 4. Все верно. 5. 3,4,5.

4. К осложнениям варикозной болезни следует отнести:

1. Острый поверхностный тромбофлебит.
2. Кровотечение из варикозного узла.
3. Трофическую язву голени.
4. Эмболию легочных артерий.
5. Слоновость.

Выберите лучшую комбинацию ответов: 1. 1,2,3. 2. 1,2,4. 3. 1,3,4,5. 4. 2,3,5. 5. Все верно.

5. К основным клиническим симптомам посттромботической болезни нижних конечностей следует отнести:

1. Отек конечности.
2. Отсутствие пульсации бедренной артерии.
3. Трофические расстройства кожи голени.
4. Варикозное расширение поверхностных вен.
5. «Переменяющуюся хромоту».

Выберите лучшую комбинацию ответов: 1. 1,2,3. 2. 1,3,4. 3. 1,4,5. 4. 2,4,5. 5. Все верно.

6. Оценить состояние глубоких вен нижних конечностей при варикозной болезни позволяют следующие методы исследования:

1. Ультразвуковая доплерография.
2. Дистальная восходящая флебография.
3. Ретроградная бедренная флебография.
4. Радиоиндикация с меченым фибриногеном.
5. Сфигмография.

Выберите лучшую комбинацию ответов: 1. 1,2. 2. 1,2,4. 3. 2,3,4. 4. 3,4,5. 5. Все верно.

7. Назовите основные патологические гемодинамические факторы, лежащие в основе посттромботической болезни нижних конечностей:

1. Окклюзия артерий.
2. Механическая преграда току крови в глубоких венах.
3. Регургитация крови в глубоких венах.
4. Сброс через перфоранты в подкожную венозную сеть.
5. Системная артериальная гипертензия.

Выберите лучшую комбинацию ответов: 1. 1,3,4. 2. 1,4,5. 3. 2,3,4. 4. 2, 3,5. 5. 2,4,5.

8. У больной 26 лет, страдающей варикозной болезнью нижних конечностей, на 8 день после срочных неосложненных родов появилась боль, гиперемия и уплотнение по ходу большой подкожной вены до уровня средней трети бедра. Выберите оптимальную лечебную тактику:

1. Консервативное лечение, при неэффективности венэктомия.
2. Катетерная склеротерапия большой подкожной вены.
3. Удаление подкожных вен после стихания воспаления.
4. Операция Троянова-Тренделенбурга, при неэффективности консервативного лечения.
5. Экстренная операция Троянова-Тренделенбурга.

9. Что следует предпринять при обильном кровотечении из разорвавшейся варикозно расширенной вены голени?

1. Прижать бедренную артерию.
2. Придать конечности возвышенное положение.
3. Наложить давящую повязку.

4. Выполнить операцию Троянова-Тренделенбурга.
 5. Внутривенно ввести фибринолизин.
- Выберите лучшую комбинацию ответов: 1. 1,2,3. 2. 1,3,5. 3. 1,3. 4. 3,4. 5. 2,3.

10. Перечислите методы, применяемые с целью выявления недостаточности перфорантных вен при варикозной болезни нижних конечностей.

1. Ультразвуковое ангиосканирование.
2. Антеградная илиокаваграфия.
3. Ретроградная илиокаваграфия.
4. Дистальная восходящая флебография.
5. Определение насыщения венозной крови кислородом.

Выберите лучшую комбинацию ответов: 1. 1,2,3. 2. 1,3,5. 3. 1,4. 4. 2,4, 5. 5. Все верно.

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1	2	3	1	2	1	3	5	5	3

Тема №13 «Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.»

1. При хирургическом лечении синдрома Лериша лучшим методом будет:

1. Поясничная симпатэктомия;
2. Периартериальная симпатэктомия;
3. Бифуркационное аорто-бедренное шунтирование;
4. Одностороннее аорто-бедренное шунтирование;
5. Тромбэктомия катетером Фогарти.

2. При лечении больного со стенозом общей подвздошной артерии на протяжении 2 см, суживающим сосуд на 2/3 просвета, методом выбора является:

1. Бифуркационное аорто-бедренное шунтирование;
2. Одностороннее подвздошно-бедренное шунтирование;
3. Одностороннее бедренно-подколенное шунтирование;
4. Чрезкожная интраваскулярная дилатация (ангиопластика катетером Грюнциг);
5. Поясничная симпатэктомия.

3. Для выбора оптимального метода лечения хронической окклюзии аорты и артерий нижних конечностей абсолютно необходима информация, полученная при:

1. Сфигмографии;
2. Осциллографии;
3. Кожной термометрии;
4. Аорто-артериографии;
5. Ультразвуковой доплерографии.

Выберите правильную комбинацию ответов: 1. 1,2; 2. 2,3; 3. 3,4; 4. 4,5; 5. Все верно.

4. В отличие от синдрома Лериша для атеросклеротической окклюзии подколенной артерии не характерны:

1. «Высокая» перемежающаяся хромота;
2. Снижение кожной температуры конечности;
3. Атрофия кожи дистальных отделов конечности;
4. Импотенция;
5. Положительная проба Панченкова.

Выберите правильную комбинацию ответов: 1. 1,2,3; 2. 2,3,5; 3. 1,4; 4. 4,5; 5. Все верно.

5. При облитерирующем тромбангите с окклюзией всех магистральных артерий голени, но при хороших компенсаторных возможностях коллатералей, методом выбора будет:

1. Консервативная терапия;
2. Первичная ампутация голени;
3. Операция бедренно-подколенного шунтирования;
4. Операция бедренно-тибиального шунтирования;
5. Операция артериэктомия.

6. У больного 48 лет с синдромом Лериша и стенозом почечной артерии с вазоренальной гипертензией, методом лечения будет:

1. Консервативная терапия;
2. Операция – бифуркационное аорто-бедренное шунтирование, нефрэктомия;
3. Операция – бифуркационное аорто-бедренное шунтирование, пластика почечной артерии;

4. Операция – бифуркационное аорто-подвздошное шунтирование;
5. Двусторонняя периаортальная симпатэктомия.

7. Заболеванию облитерирующим тромбангиитом подвержены преимущественно:

1. Женщины в возрасте 18-35 лет;
2. Мужчины в возрасте 18-35 лет;
3. В равной степени мужчины и женщины в возрасте до 40 лет;
4. В равной степени мужчины и женщины в возрасте старше 40 лет;
5. Мужчины старше 40 лет.

8. При I стадии облитерирующего тромбангита методом выбора является:

1. Консервативное лечение;
2. Поясничная симпатэктомия;
3. Периаортальная симпатэктомия;
4. Восстановительная сосудистая операция;
5. Первичная ампутация.

9. Больным, перенесшим операцию на аорте и артериях конечностей, в случае развития через год реокклюзии, для решения вопроса о возможности повторной операции в первую очередь необходимо произвести:

1. Осциллографию;
2. Реовазографию;
3. Артериографию;
4. Термографию;
5. Капилляроскопию.

10. Для синдрома Лериша характерны следующие клинические признаки:

1. Резкий отек обеих нижних конечностей;
2. Отсутствие пульсации на обеих бедренных артериях;
3. Окклюзия висцеральных ветвей аорты;
4. «Высокая» перемежающаяся хромота;
5. Импотенция.

Выберите правильную комбинацию ответов: 1. 1,2,5; 2. 1,2,3; 3. 2,4,5; 4. 3, 4,5; 5. Все верно.

Эталонные ответы:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	3	4	4	3	1	3	2	1	3	3

Тема №14 «Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Аневризмы аорты и артерий.»

1. При отсутствии у больного с эмболией бедренной артерии заболеваний сердца можно заподозрить:

1. аневризму аорты
2. тромбоз брыжеечных сосудов
3. добавочное шейное ребро
4. недостаточность трикуспидального клапана

2. Причиной эмболии плечевой артерии может явиться любое заболевание, кроме:

1. митрального стеноза
2. аневризмы сердца
3. аневризмы брюшного отдела аорты
4. острого инфаркта миокарда

3. Для больного с острой ишемией конечности характерны следующие изменения системы гемостаза:

1. гиперкоагуляция, угнетение фибринолиза
2. гипокоагуляция
3. гипоагрегация тромбоцитов

4. О жизнеспособности ишемизированной конечности можно судить по данным:

1. сфигмографии
2. доплерография
3. ангиографии
4. ЯМР-диагностика
5. радиоизотопное исследование с Tc 99

5. Восстановительная операция при острой артериальной непроходимости показана во всех случаях, кроме:

1. наличия митральной недостаточности
2. наличия инсульта и инфаркта в анамнезе
3. тотальной контрактуры конечности
4. случаев тяжелой абсцедирующей пневмонии

6. Больному, страдающему пороком сердца, после выполненной операции – замене клапана показана:

1. антиферментная терапия
2. антикоагулянтная терапия
3. эритроцитстимулирующая терапия
4. дезинтоксикационная терапия

7. Что нельзя ожидать при артериальной аневризме?

1. сдавления соседних органов
2. болей при разрыве
3. артериальной тромбоэмболии
4. самопроизвольного излечения

8. При сегментарной атеросклеротической окклюзии при ишемии IIb стадии методом выбора операции будет:

1. поясничная симпатэктомия
2. реконструктивная сосудистая операция
3. тромбэктомия катетером Фогарти
4. ампутация

9. Оптимальным материалом для бедренно-подколенного шунта является:

1. синтетический протез
2. аутовена
3. вены пуповины
4. Алловена

10. Основной дифференциальный признак артериальной непроходимости от острого венозного тромбоза глубоких вен основывается на:

1. анамнезе
2. гипотермии конечности отсутствия пульсации
3. отеке конечности
4. гиперемии, наличия уплотнений по ходу сосуда

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1	3	1	5	3	2	4	2	2	4

2.2 Перечень тематик рефератов для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

Тема №1 «Острый аппендицит»

Острый аппендицит.

1. Аппендикулярный инфильтрат.
2. Осложнения острого аппендицита - пилефлебит.
3. Острый аппендицит у беременных второй половины беременности.
4. Особенности течения острого аппендицита у детей и стариков.
5. Особенности клинической картины острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка.

Тема №2 «Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.»

1. Желчнокаменная болезнь.
2. Механическая желтуха.
3. Современные методы лечения хронического калькулезного холецистита (лапароскопия, минилапаротомия)
4. Острый холецистит.

Тема №3 «Острый панкреатит.»

1. Консервативное лечение острого панкреатита.
2. Национальные клинические рекомендации при остром панкреатите.

Тема №4 «Желчнокаменная болезнь. Представление истории болезни.»

1. Особенности обследования больных с заболеваниями органов брюшной полости.
2. Диагностический алгоритм при острой патологии сосудов нижних конечностей.

Тема №5 «Острая кишечная непроходимость.»

1. Острая спаечная кишечная непроходимость.
2. Хроническая кишечная непроходимость.

Тема №6 «Перитонит.»

1. Тактика лечения абсцессов брюшной полости.

2. Лапаротомия при распространенном перитоните.

Тема №7 «Вентральные грыжи.»

1. Этиология, патогенез, клиника паховых грыж, показания и противопоказания к операции.
2. Послеоперационная вентральная грыжа.

Тема №8 «Хирургия осложнений язвенной болезни.»

1. Нарушения кислотно-щелочного и водно-электролитного обмена при язвенном стенозе.
2. Язвенные гастродуоденальные кровотечения.

Тема №9 «Рак желудка.»

1. Рак желудка.
2. Классификация, клиника и диагностика рака желудка.

Тема №10 «Острые нарушения мезентериального кровообращения.»

1. Острый тромбоз мезентериальных артерий.
2. Тактика оперативного лечения при мезентериальном тромбозе.

Тема №11 «Острые венозные тромбозы и их осложнения. Тромбоэмболия лёгочной артерии»

1. Илиофemorальный венозный тромбоз.
2. Восходящий тромбофлебит большой подкожной вены.
3. Тромбоэмболия лёгочных артерий.

Тема №12 «Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей.»

1. Варикозная болезнь нижних конечностей.
2. ПТФБ.

Тема №13 «Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.»

1. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей.
2. Болезнь Рейно.

Тема №14 «Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Аневризмы аорты и артерий.»

1. Аневризма аорты.
2. Классификация острой артериальной непроходимости.

Темы рефератов могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

2.3 Ситуационные задачи

Тема №1 «Острый аппендицит»

Ситуационная задача №1

У больной 32 лет во время операции, предпринятой по поводу острого аппендицита, никаких макроскопических изменений в отростке не найдено. При ревизии брюшной полости обнаружено большое количество увеличенных от 0,5 до 3 см лимфатических узлов в брыжейке тонкого кишечника.

Какое заболевание у больной? Существуют ли отличительные признаки этого заболевания? Как следует поступить во время операции?

Ответ на ситуационную задачу №1

У пациентки острый (неспецифический) мезаденит. При данном заболевании отмечается отек брыжейки тонкой кишки, в которой, чаще в области илеоцекального угла, обнаруживаются увеличенные лимфатические узлы мягкой консистенции. При гнойном мезадените на месте лимфатических узлов образуется инфильтрат с некрозом и гнойным расплавлением. Гистологически в лимфатических узлах брыжейки кишечника выявляются лимфоидная гиперплазия, лейкоцитарная инфильтрация. Пациентке следует выполнить аппендэктомия. Дальнейшее лечение консервативное.

Ситуационная задача №2

Больной 36 лет поступил через 4 ч от начала заболевания. Заболевание началось очень остро, резкими болями в эпигастриальной области, была однократная рвота. Больной находился в квартире один и смог вызвать врача только через 3 ч.

В момент осмотра общее состояние больного удовлетворительное, жалуется на боли в правой подвздошной области, где имеется резкая локальная болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина — Блюмберга. Температура 37,3°C, пульс 100 в минуту. Лейкоцитов в крови 15,0 · 10³ в 1 мкл. Положительным оказался и симптом Ровзинга. Был поставлен диагноз острого аппендицита, и больной взят на операцию. Однако после вскрытия брюшной полости выделилось значительное количество мутной жидкости с примесью кусочков непереваренной пищи.

Каков правильный диагноз? Почему ошибся хирург? Что следует предпринять?

Ответ на ситуационную задачу №2

Перфорация полого органа, перитонит. Диагноз острый аппендицит был поставлен на основании симптома Кохера, а также локализации болей в правой подвздошной области, положительного симптома раздражения брюшины. Вероятно, выпот локализовался в данной области, т.к. это одно из типичных мест скопления экссудата, выпота в брюшной полости. Показана лапаротомия с ревизией и интраоперационном принятии решения об объеме операции.

Ситуационная задача №3

Больной 26 лет поступил на 4-й день заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у больного острый аппендицит. Однако в правой подвздошной области отчетливо определяется плотное, неподвижное образование размером 10X12 см, прилежающее к гребешку подвздошной кости, болезненное при пальпации. Общее состояние больного вполне удовлетворительное, перитонеальные симптомы не выражены.

Какой диагноз вы поставите? Как будете лечить больного?

Ответ на ситуационную задачу №3.

Аппендикулярный инфильтрат. Рекомендована антибактериальная терапия, щадящая диета, ограничение физ.нагрузки. Плановое оперативное лечение через 4 месяца.

Ситуационная задача №4.

У больного с четко отграниченным аппендикулярным инфильтратом, субфебрильной температурой и значительно улучшившимся в процессе лечения состоянием на 5-е сутки после поступления и на 10-е сутки от начала заболевания внезапно появились сильные боли в животе, температура стала повышаться, появилась жажда, тахикардия, язык стал сухим, была однократная рвота. Живот вздут, резко болезнен во всех отделах, брюшная стенка ограничена в подвижности при дыхании, определяется разлитой симптом Щеткина — Блюмберга. Лейкоцитоз возрос с $10,0 \cdot 10^3$ до $18,0 \cdot 10^3$ в 1 мкл (10 000—18 000 по старой системе).

Какое осложнение наступило у больного? Что следует предпринять?

Ответ на ситуационную задачу №4.

Перфорация инфильтрата. Показано экстренное оперативное вмешательство- лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, интраоперационное принятие решения об объеме операции.

Тема №2 «Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.»

Ситуационная задача №1.

У больного 56 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$, напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. Положительный симптом Щеткина—Блюмберга в правом подреберье. Проводимые консервативные мероприятия (антибиотики, спазмолитики, новокаиновая блокада) не дают в течение 3 сут каких-либо положительных результатов.

Лейкоцитоз крови колеблется от $15,0 \cdot 10^3$ до $18,0 \cdot 10^3$ в 1 мкл.

Ваш диагноз и тактика лечения?

Ответ на ситуационную задачу №1.

Желчнокаменная болезнь. Перфорация желчного пузыря? Холедохолитиаз? Показано экстренное оперативное лечение- холецистэктомия, санация брюшной полости, дренирование. Возможно, холедохотомия с наружным дренированием холедоха по Керу.

Ситуационная задача №2.

Больному во время операции по поводу острого калькулезного холецистита после холецистэктомии через культю пузырного протока произведена холангиография. На рентгенограмме определяются расширенные печеночные протоки и общий желчный проток. В начале общего желчного протока виден как бы обрыв контрастного вещества, дальше общий желчный проток не контрастируется и в двенадцатиперстную кишку контрастное вещество не поступает.

Как вы расцениваете данные холангиограммы? Каковы ваши дальнейшие действия? Как вы закончите операцию?

Ответ на ситуационную задачу №2.

Обтурация конкрементом или стеноз общего желчного протока. При наличии камня в просвете холедохотомия, извлечение конкремента. Операцию заканчивают наружным дренированием холедоха.

Ситуационная задача №3.

Больная 56 лет поступила в стационар с картиной обострения хронического холецистита на вторые сутки от начала приступа. Общее состояние больной было удовлетворительным. Температура 38,1°C. Пульс 92 в минуту. Живот болезнен только в правом подреберье, где определялось умеренно выраженное защитное мышечное напряжение и положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Остальные отделы живота оставались спокойными. Больная получала консервативное лечение. Внезапно состояние больной резко ухудшилось: появились сильные боли в животе, чувство страха, больная побледнела, появились одышка и рвота, температура повысилась до 40°C. Пульс стал 120 в минуту. Лейкоцитоз увеличился с $9,0 \cdot 10^3$ до $25,0 \cdot 10^3$ в 1 мкл. Живот вздут, определяется разлитая болезненность и положительный симптом Щеткина—Блюмберга во всей правой половине живота.

Что произошло с больной? Какова должна быть тактика хирурга?

Ответ на ситуационную задачу №3.

Развилось осложнение – перфорация желчного пузыря, разлитой перитонит. Показано экстренное хирургическое лечение в объеме - лапаротомия, холецистэктомия, ревизия желчевыводящих протоков (например, интраоперационная холангиография), дренирование ложа удаленного пузыря, брюшной полости.

Ситуационная задача №4.

Больная 45 лет оперирована по поводу острого холецистита. Проведена холецистэктомия. Удаление пузыря протекало с большими техническими трудностями. В области шейки пузыря была значительная инфильтрация тканей. Пузырный проток короткий, но его удалось перевязать двумя лигатурами. Однако хорошо перитонизировать ложе пузыря и культю его не удалось.

Как вы закроете брюшную полость?

Ответ на ситуационную задачу №4.

Послойное ушивание послеоперационной раны, дренирование ложа удаленного желчного пузыря.

Тема №3 «Острый панкреатит»

Ситуационная задача №1.

У больного 51 года, злоупотреблявшего алкоголем, внезапно появились резкие боли в эпигастрии, которые, как бы опоясывая, отдавали в спину. Температура оставалась нормальной. Появилась многократная рвота, не дающая облегчения. При осмотре выявлялась небольшая болезненность в эпигастральной области. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Диастаза в моче 4096 ед. Консервативные мероприятия (паранефральная двусторонняя блокада, антибиотики, спазмолитики, обезболивающие, введение парентерально большого количества жидкостей — физиологического раствора и 5% раствора глюкозы) улучшения не дали. На следующие сутки состояние больного ухудшилось: участился пульс до 120 в минуту, артериальное давление упало до 70/40 мм рт. ст. Появились симптомы раздражения брюшины. Диастаза в моче стала 8ед.

Каким образом следует расценить течение заболевания и какова должна быть тактика лечения?

Ответ на ситуационную задачу №1.

Оценить состояние можно как развитие септического панкреонекроза, стадии гнойных осложнений. Больному показано экстренное оперативное лечение-при наличии очагового некроза-некрэктомия или резекция, сквозное дренирование сальниковой сумки, забрюшинного пространства, брюшной полости, лапаростома.

Ситуационная задача №2.

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

Ваш диагноз и тактика лечения?

Ответ на ситуационную задачу №2.

Острый панкреатит, легкая стадия, отечная форма, фаза IA . Показано: голод, местная гипотермия (холод на живот), инфузионная терапия в объеме 40 мл на 1 кг массы тела с форсированием диуреза в течение 24-48 часов, обезболивание (НПВС), спазмолитики.

Тема №5 «Острая кишечная непроходимость.»

Ситуационная задача №1.

Больной 42 лет, доставлен в клинику с жалобами на внезапно возникшие боли в животе, повторную рвоту, неотхождение газов. Стул был несколько часов тому назад. Состояние больного тяжелое, стонет от боли, беспокоен, часто меняет положение. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут в верхних отделах, в области пупка пальпируется овальное образование, плотно эластической консистенции, над которым перкуторно определяется тимпанит. В отдельных участках живота определяется шум плеска, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика редкая, резонирующая. Больному произведена обзорная рентгенограмма брюшной полости, выполнен общий и биохимический анализы крови.

Как Вы расцениваете данные анализов крови и обзорной рентгенографии брюшной полости? Какая должна быть тактика в лечении больного?

Ответ на ситуационную задачу №1.

У больного острая странгуляционная кишечная непроходимость – заворот тонкой кишки. На обзорной рентгенограмме брюшной полости видны чаши Клойбера небольших размеров, ширина горизонтального уровня жидкости в которых больше, чем высота газа над ними.

В общем анализе крови отмечается увеличение количества эритроцитов, повышение содержания гемоглобина, высокий уровень гематокрита, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. В биохимическом анализе – снижение содержания калия, хлоридов, гипопротейнемия.

Больному необходима экстренная операция: лапаротомия, расправление петель кишечника и опорожнение их от содержимого (интубация кишечника, оценка жизнеспособности кишки, резекция в случае нежизнеспособности (40-50 см приводящего и 15-20 см отводящего сегмента кишки), блокада корня брыжейки, дренирование брюшной полости при явлениях перитонита, после окончания операции – растяжение сфинктера прямой кишки по Рекамье.

Ситуационная задача №2.

Больная 40 лет, вторые сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, не отхождение стула и газов. При поступлении поставлен диагноз «Спаечная кишечная непроходимость» и проведено консервативное лечение: Инфузионная терапия в объеме 2 литров, со спазмолитиками, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боль уменьшилась, дважды был самостоятельный стул. ; года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 78 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий безболезненный. Перитонеальных симптомов нет, шум плеска не определяется, перистальтика выслушивается, самостоятельно отходят газы.

Какой диагноз можно поставить больной?

Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым выполнить?

Ваша тактика в отношении выбора метода лечения.

Возможные варианты оперативных вмешательств.

Ответ на ситуационную задачу №2.

Спаечная болезнь брюшной полости: рецидивирующая спаечная непроходимость

Целью обследования является оценка степени дисфункции кишечного пассажа, определение локализации «причинной спайки». Для этого может использоваться УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия.

Лечебная тактика зависит от клиники, степени нарушения кишечного пассажа, результатов обследования. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация.

Тема №6 «Перитонит»

Ситуационная задача №1.

Больной П., 58 лет оперирован в экстренном порядке через 36 часов от начала заболевания по поводу прободной язвы желудка, осложненной разлитым гнойно - фибринозным перитонитом. Выполнено ушивание язвы, дренирование брюшной полости. Течение послеоперационного периода

тяжелое. Несмотря на проводимую интенсивную терапию на четвертые сутки после операции у больного сохраняются боли в животе без четкой локализации, тошнота, температура 37,9 °С.

Объективно: язык сухой, живот вздут, пальпаторно определяется разлитая болезненность. Перитонеальные симптомы слабо положительны. Сохраняется парез желудочно - кишечного тракта, за сутки из желудка эвакуируется 600 - 1000 мл застойного содержимого, не отходят газы и стул. По дренажам из брюшной полости умеренное количество серозно - гнойного отделяемого. Пульс 110 в минуту, лейкоцитоз 13,0 тысяч, Лейкоцитарный индекс интоксикации 6,9.

Ваш диагноз? Решения вопроса о дальнейшей тактике лечения? Каковы показания к операции?

Объем хирургической помощи?

Ответы на ситуационную задачу №1.

Предварительный диагноз: прогрессирующий перитонит. Динамическая (паралитическая) кишечная непроходимость.

Лечение должно быть направлено на стимуляцию кишечника.

Консервативно: прозерин, 10%- 40 мл NaCl, клизма гипертоническим раствором, электростимуляция, ГБО.

Если клиника перитонита прогрессирует - показана релапаротомия, ликвидация источника перитонита, санация брюшной полости, декомпрессия кишечника.

Ситуационная задача №2.

В хирургическое отделение поступила больная Н., 40 лет, через 3 суток от начала заболевания. При поступлении больная предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, над лоном, левой подвздошной области. Из анамнеза известно, что боли начались в эпигастрии и через несколько часов мигрировали в правую подвздошную область. Около 12 часов боли распространились на все нижние отделы живота. При осмотре общее состояние больной тяжелое, в сознании, кожные покровы пониженной влажности, язык сухой. Пульс 92 в минуту, АД 110/80 мм рт ст. Живот умеренно вздут и напряжен в нижних отделах. Из-за напряжения мышц передней брюшной стенки исследование затруднено, пальпация в нижних отделах резко болезненна, определяются положительные симптомы раздражения брюшины.

Поставьте предварительный диагноз и укажите хирургическую тактику у данной пациентки.

Обоснуйте выбор доступа для выполнения хирургического вмешательства у данной пациентки.

Выберете способ дренирования брюшной полости применительно к данному случаю.

Ответ на ситуационную задачу №2.

Деструктивный аппендицит, диффузный перитонит. Данной пациентке показано экстренное хирургическое вмешательство после комплексной предоперационной подготовки.

При наличии у пациента диффузного перитонита показана нижнесрединная лапаротомия, для того, чтобы устранить источник перитонита, провести адекватную санацию и дренирование брюшной полости. При диффузном перитоните адекватное дренирование брюшной полости достигается путем постановки перчаточко-трубчатых дренажей из двух точек.

Тема №7 «Вентральные грыжи»

Ситуационная задача №1.

Во время плановой операции грыжесечения после вскрытия грыжевого мешка выделилось около 50 мл прозрачной желтоватой жидкости с запахом мочи. При ревизии оказалось, что вскрыт просвет мочевого пузыря.

Почему это произошло? Как закончить операцию? Как избежать подобных осложнений?

Ответ на ситуационную задачу №1.

Подобная ситуация возможна, если стенка мочевого пузыря была ошибочно принята за грыжевой мешок. Во избежание повреждения мочевого пузыря необходимо помнить, что это более плотное образование. Даже в случае атонии и истончения пузыря при ощупывании между двумя пальцами, кроме плотности, устанавливаются некоторая пастозность и затрудненное скольжение стенок пузыря, брюшина гораздо тоньше и скольжение между пальцами свободное. Поэтому при малейшем подозрении нельзя, не разобравшись полностью в характере грыжевого выпячивания, вскрывать его и прошивать мешок, пока не будет установлено взаимоотношение грыжевого мешка и пузыря и не будет хорошо выделена на пальце шейка мешка.

Ситуационная задача №2.

Больной 71 года в течение 3 последних лет испытывает затруднения при мочеиспускании. Моча выделяется тонкой вялой струей, часты стали позывы на мочеиспускание. Год назад больной за-

метил в обеих паховых областях округлой формы выпячивания размером 5X5 см, исчезающие в горизонтальном положении. Образования эти безболезненные, мягкой консистенции. Семенные канатики расположены снаружки от выпячиваний. Наружные отверстия пахового канала круглой формы диаметром 1,5 см.

Ваш диагноз и тактика лечения?

Ответ на ситуационную задачу №2.

Прямая паховая грыжа справа и слева. Лечение-плановое оперативное- герниопластика по Бассини или аллогенрнииопластика.

Ситуационная задача №3.

Больной 65 лет оперирован вами по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи. При ревизии кишечника ущемленная петля оказалась нежизнеспособной. Была произведена резекция кишечника.

Что заставляет считать ущемленную кишку нежизнеспособной? На каком расстоянии от границы некротизированного участка следует резецировать кишку в дистальном и проксимально, направлениях?

Ответ на ситуационную задачу №3.

Признаки нежизнеспособной кишки- отсутствие пульсации сосудов брыжейки, отсутствие перистальтики. Кишка холодная на ощупь, цианотичная. Резецировать кишку необходимо на расстоянии 30 см в проксимальном, 10 см в дистальном направлении.

Ситуационная задача №4.

Больной 45 лет поступил в стационар по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи через 2 ч после I ущемления. Через 30 мин взят на операционный стол. Во время операции ущемленная петля кишки ускользнула в брюшную полость до вскрытия грыжевого мешка, так что состояние ее не было определено.

Какими будут ваши дальнейшие действия?

Ответ на ситуационную задачу №4.

Доступ-лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, оценка жизнеспособности кишки. В случае некроза ущемленной петли-резекция.

Тема №8 «Хирургия осложнений язвенной болезни»

Ситуационная задача №1.

Больному 42 лет 8 дней назад выполнена резекция 2/3 желудка по поводу язвы тела желудка в модификации Бильрот I. Начиная с третьих суток послеоперационного периода появились жалобы на тяжесть в эпигастрии, тошноту, периодически возникающую рвоту, приносящую облегчение. С шестых суток рвоты участились, больной сам опорожняет желудок, искусственно вызывая рвоту. За последние сутки по постоянному желудочному зонду выделилось более 1 литра застойного содержимого. Больной худеет. Объективно: пульс 88 в минуту, артериальное давление 120/80 мм рт ст., температура 36,6 — 37,1 °С, язык влажный, живот не вздут, мягкий, болезненный в области раны, участвует в акте дыхания, перистальтика отчетливая, газы отходят. Стул был дважды.

О каком послеоперационном осложнении следует думать? Как уточнить причину осложнения? Каков объем операции при данной патологии?

Ответ на ситуационную задачу №1.

Анастомозит. ФГДС с прицельной биопсией из области гастроэнтероанастомоза, Рентгеногастрокопия, Проба Шварца (пассаж бария по ЖКТ). Наложение дополнительного гастроэнтероанастомоза

Ситуационная задача №2.

Больной 50 лет в течение нескольких лет страдает язвенной болезнью желудка. Особенно больших неприятностей заболевание ему не причиняло. Однако последний месяц больной отмечает усиление болей в эпигастриальной области, появился неприятный запах изо рта, зловонная отрыжка, жидкий стул, возникают позывы на стул после каждого приема пищи. В кале стали встречаться кусочки непереваренной пищи. Больной резко похудел. Температура нормальная. При копрологическом исследовании отмечено значительное количество слизи и непереваренной пищи.

Что произошло с больным? Каким исследованием можно подтвердить свое предположение? Как лечить больного?

Ответ на ситуационную задачу №2.

Малигнизация язвы желудка. Показана фиброгастроуденоскопия с биопсией. Лечение – в зависимости от стадии заболевания. Оперативное (радикальное или паллиативное) или комбинированное- химиотерапия, хирургическое лечение.

Ситуационная задача №3.

Больной 48 лет поступил в стационар по поводу внезапно возникшей у него обильной кровавой рвоты. Никаких указаний на заболевание желудка в анамнезе установить не удалось. Считал себя здоровым. Перенес болезнь Боткина 3 года назад. Общее состояние удовлетворительное. У брата больного туберкулез легких.

С какими заболеваниями вам придется проводить дифференциальный диагноз? Каковы будут ваши действия при поступлении такого больного? Какие дополнительные методы исследования можно применить на высоте кровотечения для уточнения диагноза?

Ответ на ситуационную задачу №3.

Дифференциальный диагноз проводится между циррозом печени, портальной гипертензией, осложненной синдромом Меллори-Вейса, язвенной болезнью желудка, осложненной кровотечением. Тактика- постановка зонда Блэкмора, гемотрансфузия по показаниям, строгий постельный режим, динамическое наблюдение. Показана фиброгастроуденоскопия. Также в обследование входит УЗИ печени, биохимический анализ крови- показатели общего, прямого, непрямого билирубина для верификации диагноза.

Ситуационная задача №4.

Больной 43 лет поступил в клинику по поводу перфоративной язвы желудка через 2 ч от начала заболевания. Язвенной болезнью страдает 8 лет. Многократно лечился в терапевтических стационарах с кратковременным успехом. При ревизии в пилорическом отделе желудка обнаружено перфорационное отверстие размером 0,5X0,3 см с небольшой инфильтрацией у основания. Кислотность желудочного сока, по словам больного, 90.

Какого объема операцию вы примените в данном случае?

Ответ на ситуационную задачу №4

Возможны следующие варианты операции: ваготомия с иссечением перфоративной язвы и пилоропластикой при отсутствии инфильтрата и рубцовой деформации выходного отдела желудка). Стволовая ваготомия с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу. Экономная резекция желудка со стволовой ваготомией, при отсутствии перитонита и повышенного операционного риска.

Тема №9 «Рак желудка.»

Ситуационная задача №1.

Больной 46 лет лечится у Вас амбулаторно. 3 недели назад был оперирован по поводу грыжи белой линии живота в районной больнице. Больного давно следовало бы выписать на работу, но он продолжает жаловаться на боли в эпигастриальной области, почти такие же, какие были у него до операции. У больного нет аппетита, нарастает слабость, он похудел. Курс УВЧ-терапии, который Вы назначили, определив у него воспалительную инфильтрацию рубца, боли не снял.

Консультант, к которому Вы направили больного, назначил исследование желудочно-кишечного тракта, анализ крови.

Почему так протекает послеоперационный период?

Какие изменения обнаружены у больного при рентгенографии желудка, в анализе крови?

Какие еще исследования следует провести больному?

Что следует предпринять в зависимости от полученных результатов исследования?

Какие ошибки допущены лечащими врачами?

Ответ на ситуационную задачу №1.

При наличии грыжи белой линии живота у лиц, имеющих желудочный анамнез, и у пожилых больных рентгеноскопия желудка обязательно должна быть включена в план дооперационного обследования больного. Если бы больному было произведено это исследование, то, как видно на рентгенограмме желудка, у него был бы выявлен рак антрального отдела желудка (дефект наполнения с нечеткими, неровными контурами), что находит и подтверждение в анализах крови. Больному показана гастроскопия с биопсией, УЗИ печени, исследование легких (для выявления возможных отдаленных метастазов).

Назначение физиопроцедур для данного больного было непродуманным.

При отсутствии признаков неоперабельности больному необходима радикальная субтотальная резекция желудка.

Ситуационная задача №2.

Больной В. 45 лет, поступил с жалобами на слабость, снижение работоспособности, тупые, ноющие боли в эпигастральной области, чувство тяжести после еды, рвоту съеденной пищей. Болен в течение 2 месяцев, лечился самостоятельно - принимал но-шпу и анальгин. В первое время, после приема лекарств, боли беспокоили меньше. В последние дни участились рвоты. Потерял в весе около 10 кг.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз? Какие исследования целесообразно произвести для его подтверждения? Что, по Вашему мнению, имеет значение в определении тактики ведения (оперировать – не оперировать) больного? Какой объем оперативного вмешательства вы предполагаете?

Ответ на ситуационную задачу №2.

У больного, вероятно, рак желудка.

Для подтверждения диагноза необходима контрастная рентгеноскопия желудка, гастроскопия с биопсией. Объем радикальной операции зависит от локализации опухоли в желудке – субтотальная резекция желудка, либо гастрэктомия. При наличии неудалимой опухоли в выходном отделе желудка и признаков стеноза – показано наложение обходного гастроэнтероанастомоза.

Тема №10 «Острые нарушения мезентериального кровообращения.»

Ситуационная задача №1.

Больная 70 лет поступила с жалобами на острые боли в животе, больше слева. Заболела внезапно за 14 часов до поступления. Состояние тяжелое, рвоты нет, тошнота, стул и газы задержаны. Температура тела 37. АД 160/90 мм.рт.ст. Больная стонет от болей. Живот асимметричен за счет выпячивания брюшной стенки слева. Брюшная стенка мягкая, слева прощупывается болезненное образование без четких контуров. Лейкоцитоз $12 \times 10^9/\text{л}$.

Диагноз? Тактика?

Ответ на ситуационную задачу №1.

Заворот сигмы? Тромбоз мезентериальных сосудов? Лапаротомия после кратковременной предоперационной подготовки.

Ситуационная задача №2.

Больная 80 лет поступила через 10 часов появления острых болей в животе с диагнозом частичной кишечной непроходимости. Состояние тяжелое, занимает вынужденное колено-локтевое положение. ЧСС 140 в минуту, слабый, аритмичный. Температура 35,5. Язык сухой, обложен сероватым налетом. Рвоты нет, газы отходят. Живот мягкий, болезненный во всех отделах. Видимой на глаз перистальтики кишечника нет, имеются зоны притупления в отлогих местах живота. В ампуле прямой кишки кал без видимой примеси крови. Лейкоцитоз $18 \times 10^9/\text{л}$. Тоны сердца глухие, аритмичные.

Диагноз? Тактика?

Ответ на ситуационную задачу №2.

Подозрение на тромбоз сосудов брыжейки. Не исключается инфаркт миокарда. ЭКГ.

Показана лапаротомия.

Тема №11 «Острые венозные тромбозы и их осложнения. Тромбоэмболия лёгочной артерии»

Ситуационная задача №1.

У больной 40 лет на 4 день после аборта появились резкие боли в левой ноге, ее массивный отек и цианоз кожных покровов при вертикальном положении. При обследовании обнаружен резкий отек на бедре и голени слева, цианоз кожи, болезненность по ходу магистрального сосудистого пучка на голени, бедре, подвздошной области слева. Диагноз, метод лечения?

Ответ на ситуационную задачу №1.

У больной тотальный тромбоз глубоких вен левой ноги и левых подвздошных вен. Учитывая распространенность процесса рекомендуется консервативная терапия.

Ситуационная задача №2.

У больной 29 лет на 5-е сутки после кесарева сечения внезапно появились боли за грудиной, удушье, потеря сознания, кратковременная асистолия. Состояние больной крайне тяжелое. Цианоз лица и верхних конечностей, набухание шейных вен. Одышка до 30 в минуту. В легких дыхание проводится с обеих сторон. Отмечается отек правой нижней конечности до паховой складки, усиление венозного сосудистого рисунка на бедре. При ангиопульмонографии в легочном стволе и устье правой легочной артерии обнаружены дефекты контрастирования. Легочно-артериальное давление - до 60 мм.рт.ст. Диагноз, лечебная тактика?

-Диагноз?

-Методы диагностики ТЭЛА

-Лечебная тактика?

-Методы профилактики и лечения ТЭЛА?

-Эндоваскулярные вмешательства при риске развития ТЭЛА?

Ответ на ситуационную задачу 2.

Острый илеофemorальный флеботромбоз справа, ТЭЛА. Пульмонангиография, обзорная рентгенография грудной клетки

Показана эмболэктомия из легочной артерии в условиях ИК, чрезпредсердная имплантация кава-фильтра.

Антикоагулянтная терапия, чрезпредсердная тромбэктомия, подключично-легочный анастомоз.

Имплантация кава-фильтра.

Ситуационная задача №3.

У больного 48 лет внезапно появились боли в подколенной области, отек голени справа. Присоединился цианоз кожи голени. Конечность пальпаторно теплая, мягкие ткани уплотнены, в подколенной области и икроножной мышце определяется болезненность.

-Диагноз?

-Лечебная тактика?

-Антикоагулянтная терапия при ТГВ?

-Осложнения ТГВ?

-Методы профилактики и лечения ТЭЛА?

Ответ на ситуационную задачу 3.

У больного тромбоз подколенной вены справа. Необходима УЗДГ вен нижней конечности справа для подтверждения диагноза. Согласно стандарту. ТЭЛА. Эластическая компрессия, антикоагулянтная терапия.

Тема №12 «Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей.»

Ситуационная задача №1.

Поступил больной с жалобами на наличие язвы по латеральной поверхности нижней трети левой голени и явления перемежающейся хромоты слева. При осмотре обнаружена язва размером 4Х6 см, пульсация на артериях стопы резко ослаблена. Обращали на себя внимание резко расширенные вены голени и особенно бедра. В подколенной ямке [рукой ощущалось дрожание, напоминающее кошачье мурлыканье, прослушивался грубый систоло-диастолический шум. Более 10 лет назад у больного было ножевое ранение в области левого коленного сустава, однако расширенные вены и язвы голени появились только в этом году.

Какой диагноз вы поставите больному? Какой должна быть лечебная тактика?

Ответ на ситуационную задачу №1.

Хроническая венозная недостаточность, III, С4. Если трофическая язва без признаков нагноения, то показано оперативное лечение после УЗДГ сосудов, - комбинированная венэктомия с перевязкой притоков большой подкожной вены. В случае если в области язвы обнаруживаются гнойно-некротические изменения, то операция возможна после комплексного консервативного лечения.

Ситуационная задача №2.

Больной 53 лет поступил с жалобами на отек левой нижней конечности, расширение венозной сети на бедре и нижней части живота, трофическая язва внутренней поверхности левой голени. Жалобы появились около 3 лет назад, когда после аппендэктомии появился отек и цианоз левой нижней конечности.

Диагноз? Классификация ХВН? Лечебная тактика? Прогноз?

Ответ на ситуационную задачу №2.

Посттромбофлебитическая болезнь левой нижней конечности в стадии трофических расстройств. Венотоники (детралекс, венорутон и др.), компрессионное лечение (эластическое бинтование, компрессионный трикотаж 2-3 классов). Неблагоприятный в отношении выздоровления. Работа, несвязанная с тяжелым физическим трудом, постоянная эластическая компрессия.

Тема №13 «Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.»

Ситуационная задача №1.

У больного 56 лет стали появляться боли в правой икроножной мышце после прохождения 50 м, нога стала мерзнуть даже в летнее время и уставать после непродолжительного стояния. При

осмотре стопа и нижняя треть голени справа бледнее, чем слева, холоднее на ощупь. Пульс на правой конечности удается определить лишь на бедренной артерии, он ослаблен. Над; ней отчетливо выслушивается систолический шум. Общее состояние больного удовлетворительное.

Какой диагноз следует поставить? Как лечить больного?

Ответ на ситуационную задачу №1.

Облитерирующий атеросклероз. Атеросклероз сосудов нижних конечностей, IIb стадия. На данной стадии показано консервативное лечение. В медикаментозную терапию включены препараты: тернтал, актовегин, никотиновая кислота, тромбо асс. Рекомендован отказ от курения, соблюдение диеты.

Ситуационная задача №2.

Больной 35 лет страдает облитерирующим эндартериитом нижних конечностей в течение 10 лет. Многократно лечился в специализированных стационарах и на курортах. Два года назад ему была произведена операция двусторонней симпатэктомии с хорошим эффектом на один год. В связи с появлением некротических изменений на левой стопе полгода назад была произведена левосторонняя грудная симпатэктомия, однако улучшение после нее было кратковременным. В настоящее время у больного имеется влажная гангрена трех пальцев левой стопы. Стопа и нижняя треть голени отечны. Слабая пульсация определяется на подколенных артериях. Больной измучен, очень плохо спит, может лежать только с опущенной вниз ногой.

Как поступить с больным?

Ответ на ситуационную задачу №2.

Показана ампутация на уровне верхней трети бедра.

Тема №14 «Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Аневризмы аорты и артерий.»

Ситуационная задача №1.

Больной 48 лет, жалуется на интенсивные боли в левой голени и стопе. Боль возникла внезапно, 2 часа тому назад. Год назад перенес инфаркт миокарда. Состояние средней тяжести. Кожные покровы левой стопы и голени холодные на ощупь, бледные, с мраморным рисунком. Отека голени нет. Активные движения в суставах пальцев и голеностопном суставе отсутствуют, пассивные сохранены. Пульсация на бедренной артерии сохранена, на подколенной и артериях стопы отсутствует.

Какой диагноз Вы поставите больному?

Какими исследованиями подтвердите диагноз?

Какие изменения Вы отмечаете на рентгенограмме?

Какова должна быть лечебная тактика?

Ответ на ситуационную задачу №1.

У больного эмболия подколенной артерии, ишемия II- B степени. Уточнить диагноз может ультразвуковая доплерография и ангиография.

На представленной аортограмме определяется обрыв контрастированной поверхностной артерии бедра на уровне подколенной артерии.

Лечение оперативное – срочная эмболэктомия с последующей консервативной терапией: препараты, улучшающие реологические свойства крови, антикоагулянты, спазмолитики, ГБО.

Ситуационная задача №2.

У больного 56 лет стали появляться боли в правой икроножной мышце после прохождения 50 метров, нога стала мерзнуть даже в летнее время и уставать даже после непродолжительного стояния. При осмотре стопа и нижняя треть голени справа бледнее, чем слева, холоднее на ощупь. Пульс на правой конечности удается определить лишь на бедренной артерии, он ослаблен. Над бедренной артерией удается выслушать систолический шум. Общее состояние удовлетворительное.

Какой диагноз следует поставить?

Какими исследованиями можно подтвердить диагноз?

Какие изменения Вы находите на рентгенограмме? Какой использовался метод введения контрастного вещества?

Как лечить больного?

Ответ на ситуационную задачу №2.

Больной страдает облитерирующим атеросклерозом с явным поражением аорто-поясничного сегмента справа. Более точный топический диагноз может быть установлен после ультразвуковой

доплерографии сосудов нижних конечностей или рентгеноконтрастного исследования сосудов нижних конечностей.

На представленной аортограмме, выполненной по методу Сельдингера, определяется отсутствие контрастирования повздошно-бедренного сегмента справа, неровность, изъеденность контуров аорты, большая сеть коллатералей.

Показано консервативное лечение. При углублении ишемии конечностей следует ставить вопрос об операции. Возможны варианты: аорто-бедренное шунтирование, эндоартериозектомия, аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование.

2.4 Перечень практических навыков, которые необходимо освоить студенту по дисциплине «Факультетская хирургия»

№	Практический навык
Тема №4 «Курация. Представление истории болезни»	
1	Уметь правильно собрать, описать и проанализировать жалобы больного.
2	Правильно собрать историю заболевания при остром и обострении хронического процесса.
3	Правильно оценить историю жизни хирургического больного.
4	Оценить и обосновать общее состояние больного.
5	Оценить состояние кожных покровов больного с хирургической точки зрения.
6	Правильно исследовать лимфатическую систему пациента.
7	Провести исследование дыхательной системы.
8	Провести исследование сердечно-сосудистой системы.
9	Исследовать состояние мочевыделительной системы.
10	Визуально оценить состояние передней брюшной стенки больного.
11	Выполнить и оценить поверхностную пальпацию живота.
12	Выполнить и оценить глубокую пальпацию живота.
13	Провести пальпацию и перкуссию печени.
14	Выполнить и оценить перкуссию живота.
15	Выполнить и оценить аускультацию живота.
16	Провести пальцевое исследование прямой кишки.
17	Правильно сформировать предварительный диагноз.
18	Правильно интерпретировать лабораторные исследования при различных хирургических заболеваниях.
19	Обоснованно назначить инструментальное обследование при различных хирургических заболеваниях.
20	Составить схему лечения больного при различных хирургических заболеваниях.

2.5. Написание учебной истории болезни по теме №4 «Курация. Представление истории болезни»:

Алгоритм написания истории болезни - студент проводит курацию предложенного преподавателем пациента и письменно оформляет историю болезни пациента по схеме:

1. Титульный лист.
2. Паспортная часть.
3. Жалобы, предъявляемые больным.
4. История настоящего заболевания.
5. История жизни.
6. Аллергологический анамнез.
7. Трансфузиологический анамнез.
8. Перенесенные ранее заболевания, травмы и операции.
9. Семейный анамнез и данные о наследственности.
10. Экспертный анамнез.
11. Общий вид больного.
12. Кожные покровы.
13. Слизистые оболочки (полости рта, конъюнктивы).
14. Подкожная клетчатка.

15. Опорно-двигательный аппарат.
16. Нервная система.
17. Органы дыхания.
18. Органы кровообращения.
19. Органы пищеварения.
20. Органы мочевого выделения.
21. Эндокринная система.
22. Status specialis (localis).
23. Предварительный диагноз.
24. План дополнительных методов исследования.
25. Клинический диагноз.
26. Показания к операции (предоперационный эпикриз) и протокол операции.
27. Дневники.
28. Эпикриз (общее заключение).

**3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя экзамен
Вопросы к экзамену (ОПК-5,ОПК-6,ПК-6,ПК-8,ПК-10):**

1. Острый аппендицит. Этиология и патогенез. Клиническая симптоматика. Атипичные формы острого аппендицита.
2. Особенности клинической картины острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка.
3. Острый аппендицит. Особенности острого аппендицита у детей, стариков и беременных. Инструментальная диагностика. Тактика и техника оперативного лечения.
4. Осложнения острого аппендицита. Периаппендикулярный инфильтрат. Парааппендикулярный абсцесс.
5. Осложнения острого аппендицита. Пилефлебит. Перитонит. Абсцессы брюшной полости.
6. Острый холецистит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая симптоматика.
7. Острый холецистит. Классификация. Инструментальная диагностика. Хирургическая тактика.
8. Осложнения острого холецистита. Классификация. Клиническая симптоматика.
9. Осложнения острого холецистита. Классификация. Инструментальная диагностика. Хирургическая тактика.
10. Желчнокаменная болезнь. Этиология и патогенез. Клиническая симптоматика.
11. Желчнокаменная болезнь. Инструментальная диагностика. Методы оперативного лечения.
12. Желчнокаменная болезнь и её осложнения. Механическая желтуха. Оперативная тактика.
13. Острый панкреатит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая симптоматика.
14. Острый панкреатит. Инструментальная диагностика. Методы лечения.
15. Острый панкреатит. Современная тактика консервативного лечения.
16. Острый панкреатит. Показания к оперативному лечению. Хирургическая тактика.
17. Курация больных. Сбор жалоб, anamnes morbi, anamnes vitae, физикальный осмотр больного.
18. Курация больных. Постановка предварительного диагноза, определение тактики обследования и лечения.
19. Острая кишечная непроходимость. Этиология и патогенез.
20. Острая кишечная непроходимость. Классификация. Клиническая симптоматика.
21. Острая кишечная непроходимость. Инструментальная диагностика.
22. Острая кишечная непроходимость. Хирургическая тактика. Методы оперативного лечения. Особенности лечения ОКН опухолевого генеза.
23. Перитонит. Этиология и патогенез. Клиническая симптоматика.
24. Перитонит. Классификация. Первичный, вторичный и третичный перитонит. Абсцессы брюшной полости
25. Перитонит. Хирургическая тактика.
26. Абсцессы брюшной полости. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
27. Наружные брюшные грыжи. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая симптоматика.
28. Наружные брюшные грыжи. Определение показаний к оперативному лечению. Оперативные вмешательства при отдельных видах грыж.
29. Осложнения наружных брюшных грыж. Невправимость. Копростаз. Виды ущемления грыж. Дифференциальная диагностика.

30. Атипичные виды ущемления грыж. Тактика хирургического лечения при различных видах ущемления грыж.
31. Прямые паховые грыжи. Анатомические особенности. Методы операций при прямых паховых грыжах.
32. Косые паховые грыжи. Анатомия пахового канала. Методы хирургического лечения.
33. Пупочные грыжи и грыжи белой линии живота. Анатомические особенности. Методы хирургического лечения.
34. Послеоперационные грыжи. Классификация. Современные методы хирургического лечения.
35. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология и патогенез. Клиническая симптоматика.
36. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Инструментальная диагностика.
37. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и 12-п. кишки. Показания к оперативному лечению.
38. Резекция желудка. Органосохраняющие операции.
39. Осложнения язвенной болезни желудка и 12-п. кишки. Перфорация. Пенетрация.
40. Осложнения язвенной болезни желудка и 12-п. кишки. Кровотечение. Диагностика.
41. Пилородуоденальный стеноз. Стадии заболевания. Клиническая и рентгенологическая диагностика.
42. Эндоскопическая классификация кровотечений при язвенной болезни. Тактика лечения.
43. Методы консервативной терапии, эндоскопические и хирургические методы остановки кровотечения при язвенной болезни.
44. Рак желудка. Этиология и патогенез. Классификация.
45. Рак желудка. Пути метастазирования. Клиническая симптоматика. Инструментальная диагностика.
46. Радикальные и паллиативные оперативные вмешательства при раке желудка.
47. Острые нарушения мезентериального кровообращения. Этиология и патогенез. Клиническая симптоматика.
48. Острые нарушения мезентериального кровообращения. Классификация. Дифференциальная диагностика. Инструментальная диагностика.
49. Тактика оперативного лечения нарушения мезентериального кровообращения.
50. Острые венозные тромбозы. Этиология и патогенез. Клиническая симптоматика.
51. Острые венозные тромбозы. Инструментальная диагностика. Хирургическая тактика.
52. Тромбоэмболия лёгочных артерий. Этиология и патогенез. Клиническая симптоматика. Инструментальная диагностика.
53. Тромбоэмболия лёгочных артерий. Хирургическая тактика.
54. Методы хирургической профилактики ТЭЛА.
55. Антикоагулянтная терапия острых венозных тромбозов. Тромболитическая терапия.
56. Эмболэктомия из лёгочной артерии.
57. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Анатомия и физиология венозной системы нижних конечностей. Клиническая симптоматика.
58. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Клиническая симптоматика. Инструментальная диагностика.
59. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Компрессионная терапия, фармако-терапия
60. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Склеротерапия. Методы оперативного лечения.
61. Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Этиология и патогенез облитерирующего атеросклероза сосудов н. конечностей. Клиническая симптоматика.
62. Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Клиническая классификация. Инструментальная диагностика.
63. Облитерирующий атеросклероз сосудов н. конечностей. Хирургические методы лечения.
64. Этиология и патогенез тромбангиита. Клиническая симптоматика. Инструментальная диагностика. Классификация. Консервативные и оперативные методы лечения.
65. Эндовазальные методы лечения тромбангиита.
66. Профилактика облитерирующих заболеваний артерий.
67. Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Этиология и патогенез. Клиническая симптоматика. Классификация.

68. Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Инструментальная диагностика. Тактика и методы оперативного лечения.
69. Специальные методы исследования магистральных периферических сосудов (реовазография, ультразвуковые, рентгеноконтрастные, радионуклидные, лазерная доплерография, измерение напряжения кислорода в тканях).
70. Аневризма грудной аорты. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника.
71. Аневризма грудной аорты. Диагностика. Лечение.
72. Расслаивающиеся аневризмы грудной аорты. Частота. Причины. Клиника. Формы клинического течения. Диагностика и лечение.
73. Аневризма брюшной аорты. Частота. Этиология. Клиника.
74. Аневризма брюшной аорты. Диагностика. Лечение.
75. Аневризмы магистральных артерий конечностей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

4.Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении студентами дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой тем учебных занятий. Изучение каждой темы предполагает овладение студентами необходимыми компетенциями. Результат аттестации студентов на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций студентами.

4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-5	способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	Знать: этиологию, патогенез, диагностику, клинические проявления, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний	Отсутствие знаний этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	Фрагментарные знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	Общие, но не структурированные знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	Сформированные систематические знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний
		Уметь: использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Отсутствие умений использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Частично освоенные умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Сформированное умение использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов
		Владеть: Методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагно-	Отсутствие навыков владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе	Фрагментарное применение навыков владения методами анализа результатов собственной деятель-	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение методами анализа результатов соб-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки владения методами анализа резуль-	Успешное и систематически применяемые навыки владения методами анализа результатов соб-

		стики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	ности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	ственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	татов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	ственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины
--	--	--	--	--	--	---	--

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации	Знать: Правила ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Отсутствие знаний правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Фрагментарные знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Общие, но не структурированные знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Сформированные систематические знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи

		<p>Уметь: Грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями</p>	<p>Отсутствие умений грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями</p>	<p>Частично освоенные умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями</p>	<p>В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями</p>	<p>В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями</p>	<p>Сформированное умение грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями</p>
		<p>Владеть: Навыками заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Отсутствие навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Фрагментарное применение навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Успешное и систематически применяемые навыки заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины</p>

Формируе-	Содержание	Планируемые	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале
-----------	------------	-------------	--

мая компетенция	компетенции	результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	1	2	3	4	5
ПК-6	способностью 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	<p>Знать: Основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p> <p>Уметь: применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>	Отсутствие знаний основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Фрагментарные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Общие, но не структурированные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Сформированные систематические знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра
			Отсутствие умений применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	Частично освоенные умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей	Сформированное умение применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности

					ей профессиональной деятельности	профессиональной деятельности	
		Владеть: навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Успешное и систематически применяемые навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими	Знать: Особенности течения и возможные осложнения при различной патологии	Отсутствие знаний особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии	Фрагментарные знания особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии	Общие, но не структурированные знания особенностей течения и возможных осложнений при различ-	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания особенностей течения и воз-	Сформированные систематические знания особенностей течения и возможных осложнений при различ-

ПК-10	готовностью к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	Знать: Алгоритмы диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Отсутствие знаний алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Фрагментарные знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Общие, но не структурированные знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Сформированные систематические знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний
		Уметь: Оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Отсутствие умений оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Частично освоенные умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Сформированное умение оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний
		Владеть: Навыками оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение оказанием медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	Успешное и систематически применяемые навыки оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины

				мой дисциплины	в рамках изучаемой дисциплины	в рамках изучаемой дисциплины	мой дисциплины
--	--	--	--	----------------	-------------------------------	-------------------------------	----------------

4.2. Шкала и процедура оценивания

4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости , Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор истории болезни, практические навыки, написание истории болезни/фрагмента истории болезни

4.2.2 Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.

Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.

Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.

Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.

Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного тестового контроля :

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

Для решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для защиты рефератов:

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение про-

блемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для разбора тематического больного:

Отлично – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

Хорошо – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Удовлетворительно – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Неудовлетворительно – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Для курации больного:

Отлично- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Хорошо - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Удовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

Неудовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

Для разбора истории болезни:

Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

Для практических навыков:

Оценка «отлично» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями.

Оценка «хорошо» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, в основном сформированы, но теоретические знания по дисциплине освоены частично.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, не сформированы и теоретическое содержание дисциплины не освоено.

Для истории болезни/фрагмента истории болезни:

Оценка «отлично» выставляется, если все разделы учебной истории болезни раскрыты полностью, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «хорошо» выставляется, если в учебной истории болезни представлены все разделы, есть недостатки в интерпретации данных, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если в учебной истории болезни представлены все разделы, есть негрубые ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

4.3 Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации

Критерии оценки экзамена (в соответствии с п.4.1.):

Оценка «отлично» выставляется, если при ответе на все вопросы билета студент демонстрирует полную сформированность заявленных компетенций, отвечает грамотно, полно, используя знания основной и дополнительной литературы.

Оценка «хорошо» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует сформированность заявленных компетенций, грамотно отвечает в рамках обязательной литературы, возможны мелкие единичные неточности в толковании отдельных, не ключевых моментов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует частичную сформированность заявленных компетенций, нуждается в дополнительных вопросах, допускает ошибки в освещении принципиальных, ключевых вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета у студента отсутствуют признаки сформированности компетенций, не проявляются даже поверхностные знания по существу поставленного вопроса, плохо ориентируется в обязательной литературе.