

**Автономная некоммерческая организация  
высшего образования  
«Невинномысский медицинский институт»**

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
УСИЛЕННОЙ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат:  
02E7D270006FB13D8E461FDA85E345FACD  
Владелец: Станислав Сергеевич Наумов  
Действителен с 13.05.2024 до 13.08.2025

Утверждаю  
Ректор АНО ВО «НМИ»

С.С. Наумов

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 года

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ  
ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**Б.1.О.34 ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

по специальности: 31.05.01 Лечебное дело

профиль: Лечебное дело

программа подготовки специалитет

Форма обучения: очная

год начала подготовки 2023, 2024

Невинномысск, 2024

Рабочая программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного стандарта высшего образования и учебного плана Автономной некоммерческой организации высшего образования «Невинномысский медицинский институт» по специальности 31.05.01 Лечебное дело

АНЮОВО "НММИ"

## 1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

**Цель** – формирование у обучающихся способности назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности, оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах.

**Задачи:**

- сформировать систему знаний об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях основных заболеваний внутренних органов и их осложнений;
- сформировать систему знаний о методологии клинического мышления, выработке и обосновании рекомендаций по диагностике, лечению, профилактике и трудоспособности больных;
- развить умения, навыки и компетенции, необходимые в постановке и обосновании клинического диагноза, формировании диагностического и процесса наблюдения за больным, назначении лечения, определении прогноза;
- развить навыки трактовки наиболее распространённых инструментально-лабораторных методов исследования больных хирургического профиля;
- развить у обучающихся междисциплинарное мышление с последующим формированием необходимого объема практических умений для самостоятельной работы в учреждениях стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи;
- сформировать готовность и способность проводить полный объём лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий у пациентов с наиболее часто встречающимися заболеваниями внутренних органов;
- формирование представлений:
  - об организации в России помощи больным с хирургическими заболеваниями;
  - о проводимых в нашей стране и за рубежом научных исследованиях, направленных на предотвращение, улучшение ранней диагностики и результатов лечения наиболее распространённых хирургических заболеваний.
  - о вопросах диспансеризации больных, реабилитации пациентов, оценке трудоспособности;
  - о правилах врачебной этики и медицинской деонтологии.

Воспитательной задачей является формирование гражданской позиции, активного и ответственного члена российского общества, осознающего свои конституционные права и обязанности, уважающего закон и правопорядок, обладающего чувством собственного достоинства, осознанно принимающего общечеловеческие гуманистические и демократические ценности.

## 2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Факультетская хирургия» относится к обязательной части блока 1 «Дисциплины (модули)» основной профессиональной образовательной программы.

Дисциплина «Факультетская хирургия» изучается в 7 и 8 семестрах очной формы обучения.

## 3. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ, СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Код и наименование компетенции	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения, соотнесенные с индикаторами достижения компетенций
--------------------------------	--	---

<p>ОПК 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности</p>	<p>ОПК 7.3 Способен осуществить контроль эффективности и безопасности назначенного лечения</p>	<p><b>Знать:</b> клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов; принципы рационального выбора конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний у пациентов;  <b>Уметь:</b> оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; применять различные способы введения лекарственных препаратов;  <b>Владеть:</b> основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;</p>
<p>ПК-1. Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах</p>	<p>ПК-1.1 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах</p>	<p><b>Знать:</b> методы проведения неотложных мероприятий, показания для госпитализации больных;  <b>Уметь:</b> установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием;  <b>Владеть:</b> основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;</p>
	<p>ПК-1.2 Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах</p>	<p><b>Знать:</b> алгоритм обследования пациента при экстренных и неотложных состояниях в хирургии, нормативы показателей крови, мочи, кала, основы инструментальной диагностики и интерпретацию показателей у пациента с острой и неотложной хирургической патологией;  <b>Уметь:</b> выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; диагностировать у пациентов основные патологические состояния, симптомы острых и обострения хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента или без явных признаков угрозы пациента; оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложных формах;  <b>Владеть:</b> навыками проведения основных, специальных и дополнительных методов</p>

		обследования у пациентов с хирургической патологией в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками и стандартами оказания медицинской помощи пациентам;
	ПК 1.3 Распознает состояния, возникающие при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных при-знаков угрозы жизни пациента и требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме	<b>Знать:</b> принципы оказания медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах; <b>Уметь:</b> оказывать медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах; <b>Владеть:</b> навыками оказания медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах;

В результате изучения дисциплины обучающийся должен:

**знать:**

- этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее распространенных хирургических заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных хирургических заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп;
- критерии диагноза основных хирургических заболеваний органов брюшной и грудной полостей, поражения магистральных сосудов;
- методы лечения хирургических заболеваний и показания к их применению;

**уметь:**

- поставить предварительный диагноз (синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причины, её вызывающей);
- наметить объём дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни для уточнения диагноза и получения достоверного результата;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план терапевтических (хирургических) действий с учётом течения болезни и её лечения;

**владеть:**

- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики (при основных хирургических заболеваниях);
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту;
- основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, связанных с патологией органов грудной полости (гидроторакс, пневмоторакс).

#### **4. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ С УКАЗАНИЕМ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ НА КОНТАКТНУЮ РАБОТУ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ (ПО ВИДАМ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ) И НА САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ РАБОТУ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

##### **Очная форма обучения**

Вид учебной работы	Всего часов	7 семестр	8 семестр
<b>1. Контактная работа обучающихся с преподавателем:</b>	<b>104.5</b>	<b>46.2</b>	<b>58.3</b>
Аудиторные занятия всего, в том числе:	<b>96</b>	42	54

Лекции	28	12	16
Лабораторные	-	-	-
Практические занятия	68	30	38
Контактные часы на аттестацию (зачет, экзамен)	0,5	0,2	0,3
Консультация	4	2	2
Контроль самостоятельной работы	4	2	2
<b>2. Самостоятельная работа</b>	<b>93.5</b>	<b>25.8</b>	<b>67.7</b>
Контроль	<b>18</b>	<b>-</b>	<b>18</b>
ИТОГО:	<b>216</b>	<b>72</b>	<b>144</b>
Общая трудоемкость	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

## 5. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
<b>7 семестр</b>		
Тема 1 Острый аппендицит	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с острым аппендицитом. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с острым аппендицитом. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с подозрением на острый аппендицит. Лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи пациенту с подозрением на острый аппендицит. Дифференциальная диагностика острого аппендицита. Классификация острого аппендицита с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Виды операций и техника оперативного лечения при остром аппендиците с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Особенности лечения острого аппендицита у детей, беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения.	ОПК-7.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3
Тема 2. Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с острым холециститом. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с ЖКБ и острым холециститом. Формулировка предварительного диагноза при ЖКБ и остром холецистите. План лабораторного и инструментального обследования пациента с острым холециститом. Лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи пациенту с ЖКБ и острым холециститом. Инструментальное обследование пациента с острым калькулезным холециститом в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,	ОПК-7.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3

	<p>клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Показания для консультации гастроэнтеролога и литолитической терапии у пациентов с ЖКБ в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Тактика оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при остром холецистите в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Группы лекарственных препаратов для лечения пациента с острым холециститом с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Методы оперативного лечения ЖКБ и острого холецистита с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	
<p>Тема 3. Острый панкреатит.</p>	<p>Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с острым панкреатитом. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с острым панкреатитом. Формулировка предварительного диагноза согласно современной классификации острого панкреатита. План лабораторного и инструментального обследования пациента с острым панкреатитом. Какое лабораторное обследование с учетом национальных клинических рекомендаций показано пациенту с острым панкреатитом. Инструментальное обследование пациента с острым панкреатитом в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Тактика оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при остром панкреатите в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Показания для оперативного лечения при остром панкреатите. План лечения пациента с острым панкреатитом с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Группы лекарственных препаратов для лечения пациента с острым панкреатитом с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам</p>	<p>ОПК-7.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3</p>

	оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Критерии оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов у пациентов с острым панкреатитом.	
Тема 4. Острая кишечная непроходимость (ОКН)	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с ОКН. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с ОКН. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с ОКН. Инструментальное обследование пациента с ОКН в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Тактика оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при ОКН в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Методы оперативного лечения ОКН с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Особенности лечения ОКН опухолевого генеза	ОПК-7.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3
Тема 5. Перитонит.)	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с перитонитом. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с перитонитом. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с перитонитом. Дифференциальная диагностика перитонита. Современная классификация перитонита с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Хирургическая тактика лечения перитонита с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	ОПК-7.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3
Тема 6. Вентральные грыжи (ВГ)	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с ВГ. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с ВГ. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с ВГ. Дифференциальная диагностика ВГ. Современная классификация ВГ с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Определение показаний к оперативному лечению ВГ с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Оперативные вмешательства при отдельных видах ВГ. Распознавание осложнений вентральных грыж: невправимость, копростаз, ущемление. Виды ущемления грыж Оказание медицинской помощи в	ОПК-7.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3



	неотложной форме пациентам при различных видах ущемления грыж	
<b>8 семестр</b>		
Тема 7. Хирургия осложнений язвенной болезни (ОЯБ)	<p>Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациентов с ОЯБ (перфорация, пенетрация, язвенное гастродуodenальное кровотечение, пилородуodenальный стеноз, малигнизация язвы). Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациентов с ОЯБ (перфорация, пенетрация, язвенное гастродуodenальное кровотечение, пилородуodenальный стеноз, малигнизация язвы). Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с ОЯБ (перфорация, пенетрация, язвенное гастродуodenальное кровотечение, пилородуodenальный стеноз, малигнизация язвы). Инструментальное обследование пациента с ОЯБ (перфорация, пенетрация, язвенное гастродуodenальное кровотечение, пилородуodenальный стеноз, малигнизация язвы) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Дифференциальная диагностика ОЯБ. Современная классификация ОЯБ с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Показания к оперативному лечению при ОЯБ с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Резекция желудка. Органосохраняющие операции.</p>	<p>ОПК-7.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3</p>
Тема 8. Рак желудка (РЖ)	<p>Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с РЖ. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с РЖ. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с РЖ. Инструментальное обследование пациента с РЖ в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Дифференциальная диагностика РЖ. Современная классификация РЖ с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Пути метастазирования при РЖ. Радикальные и паллиативные оперативные вмешательства при РЖ с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	<p>ОПК-7.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3</p>
Тема 9. Острые нарушения мезентериального кровообращения (ОНМК)	<p>Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с ОНМК. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с ОНМК. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с ОНМК. Инструментальное обследование пациента с ОНМК в</p>	<p>ОПК-7.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3</p>

	<p>соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Дифференциальная диагностика ОНМК. Современная классификация ОНМК с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Тактика оперативного лечения при ОНМК с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	
<p>Тема 10. Острые венозные тромбозы (ОВТ) и их осложнения. Тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА)</p>	<p>Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с ОВТ и ТЭЛА. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с ОВТ и ТЭЛА. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с ОВТ и ТЭЛА. Инструментальное обследование пациента с ОВТ и ТЭЛА в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Группы лекарственных препаратов для лечения пациента с ОВТ с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Антикоагулянтная терапия ОВТ. Тромболитическая терапия при ОВТ и ТЭЛА. Методы хирургической профилактики ТЭЛА с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	<p>ОПК-7.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3</p>
<p>Тема 11. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей (ХВН)</p>	<p>Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с ХВН. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с ХВН. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с ХВН. Инструментальное обследование пациента с ХВН в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Современная классификация ХВН с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Группы лекарственных препаратов для лечения пациента с ХВН с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Склеротерапия при ХВН. Компрессионная терапия ХВН с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в</p>	<p>ОПК-7.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3</p>

	соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Методы оперативного лечения ХВН с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	
Тема 12. Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (ОЗАНК)	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с ОЗАНК. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с ОЗАНК. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с ОЗАНК. Инструментальное обследование пациента с ОЗАНК в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. 2 29 Дифференциальная диагностика ОЗАНК. Современная классификация ОЗАНК с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Группы лекарственных препаратов для лечения пациента с ОЗАНК с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Профилактика ОЗАНК. Методы оперативного лечения ОЗАНК с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.. Эндовазальные методы лечения ОЗАНК с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	ОПК-7.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3
Тема 13. Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Аневризмы аорты и артерий (ОАНАНК).	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с ОАНАНК. Перечислите данные физикального обследования пациента с ОАНАНК. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с ОАНАНК. Инструментальное обследование пациента с ОАНАНК в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Дифференциальная диагностика ОАНАНК . Современная классификация ОАНАНК с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Тактика и методы оперативного лечения ОАНАНК с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по	ОПК-7.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3

	вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	
Тема 14. Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Аневризмы аорты и артерий (ОАНАНК).	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с ОАНАНК. Перечислите данные физикального обследования пациента с ОАНАНК. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с ОАНАНК. Инструментальное обследование пациента с ОАНАНК в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Дифференциальная диагностика ОАНАНК. Современная классификация ОАНАНК с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Тактика и методы оперативного лечения ОАНАНК с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	ОПК-7.3 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3

## 6. СТРУКТУРА ДИСЦИПЛИНЫ С УКАЗАНИЕМ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ

### Очная форма обучения

Наименование раздела (темы) дисциплины	Виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу (в часах)			
	Л	ЛР	ПЗ	СРС
Тема 1 Острый аппендицит	2	-	4	4
Тема 2. Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.	2	-	4	4
Тема 3. Острый панкреатит.	2	-	6	4
Тема 4. Острая кишечная непроходимость (ОКН)	2	-	6	4
Тема 5. Перитонит.)	2	-	4	5
Тема 6. Вентральные грыжи (ВГ)	<b>2</b>	-	<b>6</b>	<b>4.8</b>
Тема 7. Хирургия осложнений язвенной болезни (ОЯБ)	2	-	6	8
Тема 8. Рак желудка (РЖ)	2	-	6	8
Тема 9. Острые нарушения мезентериального кровообращения (ОНМК)	2	-	4	8
Тема 10. Острые венозные тромбозы (ОВТ) и их осложнения. Тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА)	2		4	8
Тема 11. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей (ХВН)	2		6	9
Тема 12. Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (ОЗАНК)	2		4	9
Тема 13. Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Аневризмы аорты и артерий (ОАНАНК).	2		4	9
Тема 14. Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Аневризмы аорты и артерий (ОАНАНК).	2		4	8.7
Итого (часов)	28	-	68	93.5
Форма контроля	Зачет, Экзамен			

## 7. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Самостоятельная работа обучающихся направлена на углубленное изучение разделов и тем рабочей программы и предполагает изучение литературных источников, выполнение

домашних заданий и проведение исследований разного характера. Работа основывается на анализе литературных источников и материалов, публикуемых в интернете, а также реальных речевых и языковых фактов, личных наблюдений. Также самостоятельная работа включает подготовку и анализ материалов по темам пропущенных занятий.

Самостоятельная работа по дисциплине включает следующие виды деятельности:

- работа с лекционным материалом, предусматривающая проработку конспекта лекций и учебной литературы;
- поиск (подбор) и обзор литературы, электронных источников информации по индивидуально заданной проблеме курса, написание доклада, исследовательской работы по заданной проблеме;
- выполнение задания по пропущенной или плохо усвоенной теме;
- самостоятельный поиск информации в Интернете и других источниках;
- выполнение домашней контрольной работы (решение заданий, выполнение упражнений);
- изучение материала, вынесенного на самостоятельную проработку (отдельные темы, параграфы);
- написание рефератов;
- подготовка к тестированию;
- подготовка к практическим занятиям;
- подготовка к зачету;
- подготовка к экзамену.

## **8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ**

### **8.1 Основная литература:**

1. Кузин, М. И. Хирургические болезни : учебник / М. И. Кузин, Н. М. Кузин, В. А. Кубышкин [и др. ]. - 5-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1024 с. - ISBN 978-5-9704-7014-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470145.html> - Режим доступа : по подписке.

### **8.2. Дополнительная литература**

1. Лагун, М. А. Курс факультетской хирургии в рисунках, таблицах и схемах / М. А. Лагун, Б. С. Харитонов; под общ. ред. С. В. Вертянкина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 436 с. - ISBN 978-5-9704-3783-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437834.html> - Режим доступа : по подписке.

2. Савельев, В. С. Хирургические болезни. В 2 т. Том 1 : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-3998-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439982.html> - Режим доступа : по подписке.

### **8.3 Лицензионное программное обеспечение**

	<b>Наименование ПО</b>	<b>Тип лицензии</b>	<b>№ Договора</b>
1	Среда электронного обучения 3KL Moodle, версия 5GB 4.1.3b	Коммерческая	№1756-2 от 20 сентября 2023
2	1С Университет ПРОФ. Ред.2.2.	Коммерческая	№ЛМ00-000221
3	1С: Университет ПРОФ. Активация возможности обновления конфигурации на 12 мес.	Коммерческая	№ЛМ00-000221
4	Программное обеспечение «Планы ВПО»	Коммерческая	№2193-24
5	Аппаратно-программный комплекс в составе интерактивного стола и предустановленного	Коммерческая	№1190

	программного обеспечения для отображения трехмерного образа человеческого тела. Интерактивный анатомический стол «Пирогов» Модель II		
6	Защищенный программный комплекс 1С: Предприятие 8.3z	Коммерческая	№ЛМ00-000221
7	1С: Предприятие 8 ПРОФ.	Коммерческая	№ЛМ00-000221
8	1С: Предприятие 8.3 ПРОФ. Лицензия на сервер.	Коммерческая	№ЛМ00-000221
9	1С: Бухгалтерия 8 ПРОФ.	Коммерческая	№ЛМ00-000490
10	1С: Зарплата и управление персоналом 8 ПРОФ.	Коммерческая	№ЛМ00-000490
11	MS SQL Server 2019 Standard	Коммерческая не исключительное право	№ЛМ00-000221
12	Система анализа программного и аппаратного ТСIP/IP сетей (сетевой сканер Ревизор Сети версии 3.0)	Коммерческая	№966
13	Единый центр управления Dallas Lock. Максимальное количество сетевых устройств для мониторинга: 3	Коммерческая	№966
14	Неисключительное право на использование Dallas Lock 8.0-К (СЗИ НСД, СКН)	Коммерческая	№966
15	Модуль сбора данных для специального раздела сайта образовательной организации высшего образования	Коммерческая не исключительное право	№2135-23
16	Kaspersky Стандартный Certified Media Pack Russian Edition.	Коммерческая	№297
17	Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition.	Educational License	№1190
18	Ревизор сети (версия 3.0), стандартное продление лицензии на 1 год	Коммерческая	№1190
19	Ревизор сети (версия 3.0) 5 IP, право на использование дополнительного IP адреса к лицензии на 1 год	Коммерческая	№1190
20	Неисключительное право на использование Dallas Lock 8.0-К (СЗИ НСД, СКН)	Коммерческая	№1190
21	Dallas Lock 8.0-К с модулем «Межсетевой экран». Право на использование (СЗИ НСД, СКН, МЭ)	Коммерческая	№3D-24
22	Лицензия на использование программы RedCheck Professional для localhost на 3 года	Коммерческая	№393853
23	Медиа-комплект для сертифицированной версии средства анализа защищенности RedCheck	Коммерческая	№393853
24	Kaspersky Certified Media Pack Customized	Коммерческая	№393853
25	ФИКС (версия 2.0.2), программа фиксации и контроля исходного состояния программного комплекса для ОС семейства Windows. Лицензия (право на использование) на 1 год	Коммерческая	№393853
26	TERRIER (версия 3.0) Программа поиска и гарантированного уничтожения информации на дисках. Лицензия на право использования на 1 год	Коммерческая	№393853
27	Передача неисключительных прав на использование ПО VipNet Client for Windows 4.x (KC2). Сеть 2458	Коммерческая	№393853
28	Ревизор 1 XP Средство создания модели системы разграничения доступа. Лицензия на право использования на 1 год	Коммерческая	№393853
29	Ревизор 2 XP Программа контроля полномочий к	Коммерческая	№393853

	информационным ресурсам. Лицензия на право использования на 1 год		
30	Агент инвентаризации. Лицензия на право использования на 1 год	Коммерческая	№393853
31	Libre Office	Бесплатная, GNU General Public License	
32	GIMP	Бесплатная, GNU General Public License	
33	Mozilla Thunderbird	Mozilla Public License	
34	7-Zip	Бесплатная, GNU General Public License	
35	Google Chrome	GPL	
36	Ubuntu	GPL	
37	VLC media player	LGPLv2.1+	

#### 8.4 Современные профессиональные базы данных и информационные справочные системы

1. Российское образование. Федеральный образовательный портал – Режим доступа: [www.edu.ru](http://www.edu.ru).
2. Министерство образования и науки Российской Федерации [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://minobrnauki.gov.ru/>
3. Научная педагогическая библиотека им. К.Д. Ушинского [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gnpbu.ru>.
4. Российская государственная библиотека [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.rsl.ru>.
5. Президентская библиотека – <http://www.prlib.ru>
6. Большая медицинская библиотека - <http://med-lib.ru/>.
7. Российское образование. Федеральный портал. – <http://www.edu.ru/>, доступ свободный

##### Информационные справочные системы:

1. Справочно-правовая система «Консультант Плюс» - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>
2. Информационно-правовой сервер «Гарант» <http://www.garant.ru/>

#### 9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

<p><b>Учебная аудитория 15</b> для проведения занятий лекционного, семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточных аттестаций 357114, Ставропольский край, г Невинномысск, ул Чкалова, д 67</p>	<p><b>1. Учебная мебель:</b> -Комплект учебной мебели: стол на два посадочных места (15 шт.); -стул ученический (30 шт.); -стол преподавателя (1 шт.); -кресло преподавателя (1 шт.); -доска интерактивная;</p> <p><b>2. Технические средства обучения:</b> -набор демонстрационного оборудования: - мультимедиа-проектор-(1 шт.); - компьютер (ноутбук) с подключением к сети «Интернет» и доступом к ЭИОС ВУЗа; -учебно-наглядные пособия, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочим программам дисциплин: - фантомы;</p>
---	--

<p>Учебная аудитория 23 для проведения практических занятий, текущего контроля и промежуточных аттестаций 357114, Ставропольский край, г Невинномысск, р Мира, д 25</p>	<p>- муляжи;</p> <p><b>1.Комплект учебной мебели:</b> стол на два посадочных места (15 шт.); -стул ученический (30 шт.); -стол преподавателя (1 шт.); -кресло преподавателя (1 шт.); -доска маркерная;</p> <p><b>2. Технические средства обучения:</b> -набор демонстрационного оборудования: - мультимедиа-проектор-(1 шт.); -моноблок с подключением к сети «Интернет» и доступом к ЭИОС ВУЗа; -учебно-наглядные пособия, обеспечивающие тематические иллюстрации.</p> <p>3.Демонстрационные наборы шовных материалов, хирургических инструментов. 4. Тонометр медицинский. 5.Фонендоскоп. 6. Мультимедийные презентации. 7.Весы – (1 шт.) 8. Модели органов человека. 9.Почкообразный лоток-(3шт.) 10.Одноразовый шпатель-(3шт.) 11. Негатоскоп на два снимка-(1 шт.)</p>
<p><b>Кабинет 4</b> Помещение для самостоятельной работы, оснащенное компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа к ЭИОС вуза. 357114, Ставропольский край, г Невинномысск, б-р Мира, д 25</p>	<p>комплекты учебной мебели; компьютерная техника с подключением к сети «Интернет» и доступом к ЭИОС вуза;</p>
<p><b>Кабинет 9</b> Помещение для самостоятельной работы, оснащенное компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа к ЭИОС вуза 357114, Ставропольский край, г Невинномысск, ул Чкалова, д 67</p>	<p>- комплекты учебной мебели; компьютерная техника с подключением к сети «Интернет» и доступом к ЭИОС вуза;</p>

## **10.ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЙ ОБУЧАЮЩИМИСЯ-ИНВАЛИДАМИ И ЛИЦАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (ПРИ НАЛИЧИИ)**

Особые условия обучения и направления работы с инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья (далее обучающихся с ограниченными возможностями здоровья) определены на основании:

- Закона РФ от 29.12.2012г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Закона РФ от 24.11.1995г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;
- Приказа Минобрнауки России от 06.04.2021 N 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры»;
- методических рекомендаций по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащённости образовательного процесса (утв. Минобрнауки России 08.04.2014 № АК-44/05вн).

Под специальными условиями для получения образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя использование адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг



ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

В целях доступности изучения дисциплины инвалидами и обучающимися с ограниченными возможностями здоровья организацией обеспечивается:

1. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:

– наличие альтернативной версии официального сайта организации в сети «Интернет» для слабовидящих:

– размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации (информация должна быть выполнена крупным рельефно-контрастным шрифтом (на белом или желтом фоне) и продублирована шрифтом Брайля);

– присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь:

– обеспечение выпуска альтернативных форматов печатных материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);

– обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию организации;

2. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:

– дублирование звуковой справочной информации визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров (мониторы, их размеры и количество необходимо определять с учетом размеров помещения);

– обеспечение надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации:

3. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата. Материально-технические условия обеспечивают возможность беспрепятственного доступа обучающихся в помещения организации, а также пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, локальное понижение стоек-барьеров: наличие специальных кресел и других приспособлений).

Обучение лиц организовано как инклюзивно, так и в отдельных группах.

## **11. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

### **11.1 Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания**

Этапы формирования компетенций в процессе освоения ОПОП прямо связаны с местом дисциплин в образовательной программе. Каждый этап формирования компетенции характеризуется определенными знаниями, умениями и навыками и (или) опытом профессиональной деятельности, которые оцениваются в процессе текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации по дисциплине (практике) и в процессе государственной итоговой аттестации.

Оценочные материалы включают в себя контрольные задания и (или) вопросы, которые могут быть предложены обучающемуся в рамках текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине. Указанные планируемые задания и (или) вопросы позволяют оценить достижение обучающимися планируемых результатов обучения по дисциплине, установленных в соответствующей рабочей программе дисциплины, а также сформированность компетенций, установленных в соответствующей общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

На этапе текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине показателями оценивания уровня сформированности компетенций являются результаты устных и письменных опросов, написание рефератов, выполнение практических заданий, решения тестовых заданий.

Итоговая оценка сформированности компетенций определяется в период государственной итоговой аттестации.

### **Описание показателей и критериев оценивания компетенций**

Показатели оценивания	Критерии оценивания компетенций	Шкала оценивания
Понимание смысла компетенции	Имеет базовые общие знания в рамках диапазона выделенных задач	Минимальный уровень
	Понимает факты, принципы, процессы, общие понятия в пределах области исследования. В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать информацию.	Базовый уровень
	Имеет фактические и теоретические знания в пределах области исследования с пониманием границ применимости	Высокий уровень
Освоение компетенции в рамках изучения дисциплины	Наличие основных умений, требуемых для выполнения простых задач. Способен применять только типичные, наиболее часто встречающиеся приемы по конкретной сформулированной (выделенной) задаче	Минимальный уровень
	Имеет диапазон практических умений, требуемых для решения определенных проблем в области исследования. В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать информацию.	Базовый уровень
	Имеет широкий диапазон практических умений, требуемых для развития творческих решений, абстрагирования проблем. Способен выявлять проблемы и умеет находить способы решения, применяя современные методы и технологии.	Высокий уровень
Способность применять на практике знания, полученные в ходе изучения дисциплины	Способен работать при прямом наблюдении. Способен применять теоретические знания к решению конкретных задач.	Минимальный уровень
	Может взять на себя ответственность за завершение задач в исследовании, приспосабливает свое поведение к обстоятельствам в решении проблем. Затрудняется в решении сложных, неординарных проблем, не выделяет типичных ошибок и возможных сложностей при решении той или иной проблемы	Базовый уровень
	Способен контролировать работу, проводить оценку, совершенствовать действия работы. Умеет выбрать эффективный прием решения задач по возникающим проблемам.	Высокий уровень

## **11. 2 Оценочные материалы для проведения текущего контроля**

**ОПК 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности** (контролируемый индикатор достижения ОПК 7.3 Способен осуществить контроль эффективности и безопасности назначенного лечения).

**ПК-1. Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах** (контролируемый индикатор достижения ПК-1.1 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах; ПК-1.2 Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия

при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах; ПК 1.3 Распознает состояния, возникающие при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных при-знаков угрозы жизни пациента и требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме).

#### Типовые задания, для оценки сформированности знаний

Результаты обучения
Знает клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов; принципы рационального выбора конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний у пациентов; Знает методы проведения неотложных мероприятий, показания для госпитализации больных; Знает алгоритм обследования пациента при экстренных и неотложных состояниях в хирургии, нормативы показателей крови, мочи, кала, основы инструментальной диагностики и интерпретацию показателей у пациента с острой и неотложной хирургической патологией; Знает принципы оказания медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах;

#### Типовые задания для устного опроса

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, фармакотерапия
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.

### *Критерии и шкала оценивания устного опроса*

Оценка за ответ	Критерии
Отлично	<p>выставляется обучающемуся, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- теоретическое содержание курса освоено полностью, без пробелов;</li> <li>- исчерпывающее, последовательно, четко и логически излагает теоретический материал;</li> <li>- свободно справляется с решением задач,</li> <li>- использует в ответе дополнительный материал;</li> <li>- все задания, предусмотренные учебной программой выполнены;</li> <li>- анализирует полученные результаты;</li> <li>- проявляет самостоятельность при трактовке и обосновании выводов</li> </ul>
Хорошо	<p>выставляется обучающемуся, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- теоретическое содержание курса освоено полностью;</li> <li>- необходимые практические компетенции в основном сформированы;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- все предусмотренные программой обучения практические задания выполнены, но в них имеются ошибки и неточности;</li> <li>- при ответе на поставленный вопросы обучающийся не отвечает аргументировано и полно.</li> <li>- знает твердо лекционный материал, грамотно и по существу отвечает на основные понятия.</li> </ul>
Удовлетворительно	<p>выставляет обучающемуся, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- теоретическое содержание курса освоено частично, но проблемы не носят существенного характера;</li> <li>- большинство предусмотренных учебной программой заданий выполнено, но допускаются не точности в определении формулировки;</li> <li>- наблюдается нарушение логической последовательности.</li> </ul>
Неудовлетворительно	<p>выставляет обучающемуся, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- не знает значительной части программного материала;</li> <li>- допускает существенные ошибки;</li> <li>- так же не сформированы практические компетенции;</li> <li>- отказ от ответа или отсутствие ответа.</li> </ul>

### Тематика рефератов

1. Дифференциальная диагностика острого аппендицита.
2. Особенности диагностики острого аппендицита у беременных второй половины беременности.
3. Патогенез разлитого гнойного перитонита.
4. Хирургическая тактика при механической желтухе, гнойном холангите.
5. Выбор способа малоинвазивного хирургического лечения осложненной желчнокаменной болезни.
6. Профилактика ЖКБ и методы консервативной терапии.
7. Современные методы диагностики постхлестэктомического синдрома.
8. Анализ причин ятрогенных повреждений гепатикохоледоха.
9. Реконструктивная хирургия рубцовых стриктур гепатикохоледоха.
10. Диагностическая тактика при атипичных перфорациях язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
11. Выбор способа хирургического лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
12. Патогенез патофизиологических и системных нарушений гомеостаза при острой кишечной непроходимости
13. Показания и методы проведения декомпрессии кишечника в пред- и послеоперационном периодах при кишечной непроходимости;
14. Методы лечения инвагинации кишечника у взрослых и в детской хирургической практике;
15. Спаечная болезнь: методы профилактики и лечения.
16. Послеоперационная грыжа: хирургическая тактика.
17. Способы ушивания культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка по Бильрот-2.
18. Динамика клинических симптомов при развитии фаз распространенного перитонита.
19. Детоксикационная терапия при разлитом гнойном перитоните
20. Способы хирургического санации распространенного перитонита.
21. Возможности лапароскопии в диагностике и лечении распространенного перитонита.
23. Применение балльных шкал SAPS и APACHE II для оценки тяжести больных с перитонитом.
24. Особенности желчного перитонита. Патогенез острого панкреатита.
25. Оперативные вмешательства при остром панкреатите.

26. Варианты дренирования сальниковой сумки при операциях по поводу острого панкреатита

27. Особенности течения панкреатогенного сепсиса.

### ***Критерии оценивания выполнения реферата***

Оценка	Критерии
Отлично	полностью раскрыта тема реферата; указаны точные названия и определения; правильно сформулированы понятия и категории; проанализированы и сделаны собственные выводы по выбранной теме; использовалась дополнительная литература и иные материалы и др.;
Хорошо	недостаточно полное, раскрытие темы; несущественные ошибки в определении понятий и категорий и т. п., кардинально не меняющих суть изложения; использование устаревшей литературы и других источников;
Удовлетворительно	реферат отражает общее направление изложения лекционного материала и материала современных учебников; наличие достаточного количества несущественных или одной-двух существенных ошибок в определении понятий и категорий и т. п.; использование устаревшей литературы и других источников; неспособность осветить проблематику дисциплины и др.;
Неудовлетворительно	тема реферата не раскрыта; большое количество существенных ошибок; отсутствие умений и навыков, обозначенных выше в качестве критериев выставления положительных оценок и др.

### **Перечень практических навыков и умений**

1. Назовите 4 фермента, продуцируемых экзокринным аппаратом поджелудочной железы,

2. Какая ферментная система принимает участие в патогенезе гемодинамических нарушений при остром панкреатите?

3. Приведите клиническую классификацию острого панкреатита.

4. Назовите 3 основных метода инструментальной диагностики острого панкреатита.

5. Перечислите лапароскопические признаки панкреонекроза.

6. Перечислите системные осложнения острого панкреатита.

7. Перечислите экстракорпоральные методы детоксикации организма, применяемые при панкреонекрозе.

8. Перечислите 5 основных местных осложнений острого панкреатита

9. Назовите показания к операции на ранних этапах острого панкреатита.

10. Назовите гнойные осложнения острого панкреатита.

11. Назовите 5 разновидностей оперативных вмешательств, применяемых при остром панкреатите

12. Приведите клиническую классификацию острой кишечной непроходимости.

13. Перечислите 3 основных симптома острой кишечной непроходимости.

14. Назовите 3 основных рентгенологических признака острой кишечной непроходимости.

15. Укажите 4 основных принципа консервативной терапии острой кишечной непроходимости.

16. Назовите 3 признака жизнеспособности кишки.

17. Укажите 3 основные причины механической кишечной непроходимости.

18. Назовите 3 симптома, характерных для инвагинации.

19. Назовите показание к обзорной рентгеноскопии брюшной полости при острой кишечной непроходимости.

20. Сформулируйте 3 показания к экстренному оперативному вмешательству при острой кишечной непроходимости.

21. Перечислите 2. вида операций при острой кишечной непроходимости, вызванной опухолью сигмовидной кишки.
22. Назовите объем оперативного вмешательства при острой кишечной непроходимости, вызванной раком слепой кишки III стадии.
23. Назовите 3 противопоказания к операции при острой кишечной непроходимости.
24. Назовите 3 основных звена патогенеза острой кишечной непроходимости.
25. Назовите 3 фактора, обуславливающие интоксикацию при острой кишечной непроходимости.
26. Назовите 4 основные причины паралитической кишечной непроходимости.
27. Назовите 7 видов операций при острой кишечной непроходимости.
28. Приведите клиническую классификацию перитонита по распространенности.
29. Перечислите наиболее частые заболевания, являющиеся причиной возникновения перитонита.
30. Перечислите наиболее существенные признаки нарушения гомеостаза при распространенных формах перитонита.
31. Назовите ведущие причины гемодинамических расстройств при общем перитоните.
32. Назовите важнейшие обменные нарушения при разлитом и общем перитоните.
33. Сформулируйте основные задачи предоперационной подготовки при распространенных формах перитонита.
34. Укажите наиболее предпочтительный вид обезболивания при распространенных формах перитонита.
35. При какой стадии перитонита противопоказана операция?
36. Назовите основные критерии эффективности предоперационной подготовки при распространенных формах перитонита.
37. Назовите инструментальный метод исследования, используемый при дифференциальном диагнозе перитонита.
38. Назовите важнейшие моменты оперативного вмешательства при местном перитоните.
39. Укажите основные этапы оперативного вмешательства при диффузном перитоните.
40. Укажите необходимый объем оперативного вмешательства при разлитом и общем перитоните.
41. Назовите основные разновидности перитонеального диализа,
42. Назовите наиболее эффективные при лечении перитонита группы антибиотиков.
43. Перечислите наиболее эффективные пути введения антибактериальных препаратов при распространенных формах перитонита.
44. Назовите основные методы детоксикации, применяемые при распространенных формах перитонита.
45. Укажите наиболее частые послеоперационные осложнения у больных перитонитом.
46. Назовите наиболее частые причины смерти больных перитонитом.
47. Назовите наиболее типичные лапароскопические признаки перитонита.
48. Назовите 4 фермента, продуцируемых экзокринным аппаратом поджелудочной железы,
49. Какая ферментная система принимает участие в патогенезе гемодинамических нарушений при остром панкреатите?
50. Приведите клиническую классификацию острого панкреатита.
51. Назовите 3 основных метода инструментальной диагностики острого панкреатита.
52. Перечислите лапароскопические признаки панкреонекроза.
53. Перечислите системные осложнения острого панкреатита.
54. Перечислите экстракорпоральные методы детоксикации организма, применяемые при панкреонекрозе.



55. Перечислите 5 основных местных осложнений острого панкреатита
56. Назовите показания к операции на ранних этапах острого панкреатита.
57. Назовите гнойные осложнения острого панкреатита.
58. Назовите 5 разновидностей оперативных вмешательств, применяемых при остром панкреатите
59. Назовите показание к обзорной рентгеноскопии брюшной полости при острой кишечной непроходимости.
60. Сформулируйте 3 показания к экстренному оперативному вмешательству при острой кишечной непроходимости.
61. Перечислите 2. вида операций при острой кишечной непроходимости, вызванной опухолью сигмовидной кишки.
62. Назовите объем оперативного вмешательства при острой кишечной непроходимости, вызванной раком слепой кишки III стадии.
63. Назовите 3 противопоказания к операции при острой кишечной непроходимости.
64. Назовите 3 основных звена патогенеза острой кишечной непроходимости.
65. Назовите 3 фактора, обуславливающие интоксикацию при острой кишечной непроходимости.
66. Назовите 4 основные причины паралитической кишечной непроходимости.
67. Назовите 7 видов операций при острой кишечной непроходимости.
68. Приведите клиническую классификацию перитонита по распространенности.
69. Перечислите наиболее частые заболевания, являющиеся причиной возникновения перитонита.
70. Перечислите наиболее существенные признаки нарушения гомеостаза при распространенных формах перитонита.
71. Назовите ведущие причины гемодинамических расстройств при общем перитоните.
72. Назовите важнейшие обменные нарушения при разлитом и общем перитоните.
73. Сформулируйте основные задачи предоперационной подготовки при распространенных формах перитонита.
74. Укажите наиболее предпочтительный вид обезболивания при распространенных формах перитонита.
75. При какой стадии перитонита противопоказана операция?
76. Назовите основные критерии эффективности предоперационной подготовки при распространенных формах перитонита.
77. Назовите инструментальный метод исследования, используемый при дифференциальном диагнозе перитонита.

**Эталоны ответов:**

1. Липаза, трипсин, эластаза, амилаза.
2. Калликреин-кининовая система.
3. Отек, жировой некроз, геморрагический некроз.
4. Лапароскопия, ангиография, ультрасонография.
5. Бляшки стеатонекроза, выпот в брюшной полости серозного или геморрагического характера, отек и геморрагическое пропитывание забрюшинной клетчатки.
6. Шок, острая дыхательная недостаточность, печеночная недостаточность, почечная недостаточность, сепсис.
7. Перитонеальный диализ, гемосорбция, гемодиализ, дренирование грудного лимфатического протока, лимфосорбция, портогемосорбция.
8. Абсцесс сальниковой сумки, забрюшинная флегмона, аррозивные кровотечения, наружные и внутривенные свищи, ложная или истинная киста поджелудочной железы.
9.
  - 1) Неэффективность консервативного лечения с сохраняющейся или нарастающей интоксикацией.
  - 2) Указания на патологию желчных путей.

- 3) Неясность диагноза (невозможность исключить другую причину перитонита).
10. Абсцесс сальниковой сумки. Забрюшинная флегмона.
11. Дренаж брюшной полости и сальниковой сумки. То же + оментопанкреатопексия. Абдоминализация поджелудочной железы. Резекция поджелудочной железы. Секвестрэктомия поджелудочной железы.
12. Динамическая: спастическая, паралитическая; механическая: обтурационная, странгуляционная, смешанная.
13. Схваткообразная боль в животе, многократная рвота, задержка стула и газов.
14. Чаши Клойбера, арки, симптом «перистости».
15. Промывание желудка, сифонная клизма, спазмолитическая терапия, коррекция водно-электролитных нарушений.
16. Розовый цвет, наличие перистальтики, пульсация брыжеечных сосудов.
17. Рак толстой кишки, спаечная болезнь, копростаз.
18. Схваткообразные боли в животе, рвота, наличие опухолевидного образования в брюшной полости, кровянистые выделения из прямой кишки.
19. Каждое подозрение на острую кишечную непроходимость является показанием к обзорной рентгенографии брюшной полости.
20. Странгуляционная кишечная непроходимость, наличие признаков перитонита, неэффективность консервативного лечения.
21. Операция Гартмана, двухствольная колостомия.
22. Правосторонняя гемиколэктомия, илеотрансверзостомия.
23. Динамическая кишечная непроходимость, копростаз.
24. Болевой шок, интоксикация, водно-электролитные расстройства.
25. Бактериальная флора, химические соединения, обладающие токсическим действием (индол, скатол, аммиак), продукты аутолиза кишечной стенки.
26. Перитонит, операционная травма, расстройства мезентериального кровообращения, травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
27. Разделение спаек, устранение ущемления, деторзия, дезинвагинация, резекция участка кишки, обходной анастомоз, колостомия.
28. Местный (ограниченный, неограниченный), распространенный (диффузный, разлитой).
29. Острый аппендицит, острый холецистит, перфоративная язва желудка, острая кишечная непроходимость, травматические повреждения полых органов.
30. Гиповолемия, дефицит ОЦК, снижение диуреза, нарушение КЩС, снижение ЦВД.
31. Депонирование крови, гиповолемия, повышение тонуса прекапилляров с повышением периферического сопротивления.
32. Гипопротеинемия, метаболический ацидоз.
33. Устранение гиповолемии, электролитных нарушений, нарушений микроциркуляции, сердечно-сосудистых и дыхательных расстройств.
34. Интубационный наркоз.
35. При терминальной стадии.
36. Улучшение общего состояния, стабилизация и улучшение гемодинамики, повышение диуреза до 40—60 мл/ч.
37. Лапароскопия.
38. Устранение источника перитонита, дренирование брюшной полости.
39. Срединная лапаротомия, устранение источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости с последующим орошением ее антибиотиками.
40. Устранение источника перитонита, дренирование брюшной полости, промывание брюшной полости, декомпрессия тонкой кишки.
41. Проточный, фракционный диализ.
42. Аминогликозиды, цефалоспорины.
43. Внутривенный, внутрибрюшной, внутриаортальный, внутривенный способы.
44. Лимфосорбция, гемосорбция, УФО крови, гипербарическая оксигенация.

45. Нагноение операционной раны, эвентрация, продолжающийся перитонит, сепсис,
46. Продолжающийся перитонит, острая сердечно-сосудистая недостаточность, пневмония.
47. Гнойный выпот в брюшной полости, наложения фибрина.
48. Липаза, трипсин, эластаза, амилаза.
49. Калликреин-кининовая система.
50. Отек, жировой некроз, геморрагический некроз.
51. Лапароскопия, ангиография, ультрасонография.
52. Бляшки стеатонекроза, выпот в брюшной полости серозного или геморрагического характера, отек и геморрагическое пропитывание забрюшинной клетчатки.
53. Шок, острая дыхательная недостаточность, печеночная недостаточность, почечная недостаточность, сепсис.
54. Перитонеальный диализ, гемосорбция, гемодиализ, дренирование грудного лимфатического протока, лимфосорбция, портогемосорбция.
55. Абсцесс сальниковой сумки, забрюшинная флегмона, аррозивные кровотечения, наружные и внутривенные свищи, ложная или истинная киста поджелудочной железы.
56.
  - 1) Неэффективность консервативного лечения с сохраняющейся или нарастающей интоксикацией.
  - 2) Указания на патологию желчных путей.
  - 3) Неясность диагноза (невозможность исключить другую причину перитонита).
57. Абсцесс сальниковой сумки. Забрюшинная флегмона.
58. Дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. То же + оментопанкреатопексия. Абдоминализация поджелудочной железы. Резекция поджелудочной железы. Секвестрэктомия поджелудочной железы
59. Каждое подозрение на острую кишечную непроходимость является показанием к обзорной рентгенографии брюшной полости.
60. Странгуляционная кишечная непроходимость, наличие признаков перитонита, неэффективность консервативного лечения.
61. Операция Гартмана, двухствольная колостомия.
62. Правосторонняя гемиколэктомия, илеотрансверзостомия.
63. Динамическая кишечная непроходимость, копростаз.
64. Болевой шок, интоксикация, водно-электролитные расстройства.
65. Бактериальная флора, химические соединения, обладающие токсическим действием (индол, скатол, аммиак), продукты аутолиза кишечной стенки.
66. Перитонит, операционная травма, расстройства мезентериального кровообращения, травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
67. Разделение спаек, устранение ущемления, деторзия, дезинвагинация, резекция участка кишки, обходной анастомоз, колостомия.
68. Местный (ограниченный, неограниченный), распространенный (диффузный, разлитой).
69. Острый аппендицит, острый холецистит, перфоративная язва желудка, острая кишечная непроходимость, травматические повреждения полых органов.
70. Гиповолемия, дефицит ОЦК, снижение диуреза, нарушение КЩС, снижение ЦВД.
71. Депонирование крови, гиповолемия, повышение тонуса прекапилляров с повышением периферического сопротивления.
72. Гипопротеинемия, метаболический ацидоз.
73. Устранение гиповолемии, электролитных нарушений, нарушений микроциркуляции, сердечно-сосудистых и дыхательных расстройств.
74. Интубационный наркоз.
75. При терминальной стадии.

76. Улучшение общего состояния, стабилизация и улучшение гемодинамики, повышение диуреза до 40— 60 мл/ч.

77. Лапароскопия.

### Критерии оценивания практических задач

Форма проведения текущего контроля	Критерии оценивания
Решения практической задачи	«5» (отлично) – выставляется за полное, безошибочное выполнение задания
	«4» (хорошо) – в целом задание выполнено, имеются отдельные неточности или недостаточно полные ответы, не содержащие ошибок.
	«3» (удовлетворительно) – допущены отдельные ошибки при выполнении задания.
	«2» (неудовлетворительно) – отсутствуют ответы на большинство вопросов задачи, задание не выполнено или выполнено не верно.

### 11.3. Оценочные материалы для проведения промежуточной аттестации

*Типовые задания, направленные на формирование профессиональных умений.*

Результаты обучения
Умеет оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; применять различные способы введения лекарственных препаратов;
Умеет установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием;
Умеет выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; диагностировать у пациентов основные патологические состояния, симптомы острых и обострения хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента или без явных признаков угрозы пациента; оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложных формах;
Умеет оказывать медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах;

### Тестовые задания для подготовки к зачету

#### 1. Гнойный холангит чаще всего является следствием:

1. Холедохолитиаза и стриктуры гепатикохоледоха
2. Хронического бескаменного холецистита
3. Рака поджелудочной железы
4. Индуративного 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. 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.

**7. 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.

**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. 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.

**10. Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме:**

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

**11. 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

**12. 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.

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

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

**14. 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. Всё перечисленное неверно.

**15. 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.

**16. Первичная локализация болей при остром аппендиците чаще всего бывает**

1. в поясничной области;
2. в области пупка;
3. в эпигастриальной области;
4. в нижних отделах живота;
5. в правой подвздошной области.

**17. На клинические проявления острого аппендицита не влияет только:**

1. степень морфологических изменений в отростке;
2. длительность заболевания;
3. локализация червеобразного отростка;
4. пол больного;
5. наличие сопутствующих заболеваний.

**18. Специфическими симптомами острого аппендицита являются**

1. симптом Кохера – Волковича;
2. симптом Образцова;
3. симптом Ситковского; симптом Ровзинга;
4. все указанные симптомы;
5. ни один из них

**19. Хронический калькулезный холецистит – показание**

1. для экстренной операции;
2. для плановой операции;
3. для консервативной терапии;

4. для применения препаратов хенодезоксихолиевой кислоты (хенофальк), способных стабилизировать холестерино-холатный коэффициент;

**20. Какова тактика хирурга при остром холецистите, если отсутствуют симптомы раздражения брюшины и интоксикации?**

1. Неотложная операция.
2. Консервативное лечение.
3. Динамическое наблюдение на фоне консервативной терапии, выполнение операции при отсутствии эффекта от проводимого лечения в течение 72 часов.
4. Динамическое наблюдение на фоне консервативной терапии, выполнение операции при отсутствии эффекта от проводимого лечения в течение 24 - 48 часов.
5. Динамическое наблюдение на фоне консервативной терапии, выполнение операции при отсутствии эффекта от проводимого лечения в течение 12 часов.

**21. Укажите максимально возможные сроки лечения больного с приступом острого холецистита при отсутствии эффекта от проводимой терапии.**

1. менее суток.
2. 1 сутки.
3. 2 суток.
4. 3 суток.
5. 4 - 6 дней.

**22. Укажите наиболее неблагоприятные сроки для операции при хирургическом лечении острого холецистита.**

1. 2—3 суток.
2. 4—6 суток.
3. 12—14 дней.
4. 15 – 21 день.
5. Через четыре недели.

**23. Из наружных грыж у мужчин реже всего встречается:**

1. паховая
2. бедренная
3. белой линии живота
4. пупочная
5. послеоперационная

**24. Боли при хронической язвенной болезни локализуются в:**

1. эпигастральная область
2. правое подреберье
3. левое подреберье
4. правая подвздошная область
5. левая подвздошная область

**25. Операция при остром аппендиците противопоказана при:**

- 1) двусторонней плевропневмонии
- 2) остром инфаркте миокарда
- 3) беременности сроком 36–40 недель
- 4) плотном аппендикулярном инфильтрате
- 5) гемофилии

**26. Что такое рихтеровское ущемление?**

1. ущемление кишечника в области дуоденально-тощекишечного перехода;
2. ущемление перекрученной сигмовидной кишки;
3. ущемление желудка в диафрагмальной грыже;
4. пристеночное ущемление кишки;
5. ущемление Меккелева дивертикула.

**27. Какова тактика ведения больного острым геморрагическим панкреатитом?**

1. экстренная операция;
2. строго консервативное лечение;
3. консервативное лечение; при отсутствии эффекта – операция;

4. все верно;
5. все неверно.

**28. Рецидивирующий панкреатит развивается после:**

1. резекции желудка;
2. перенесенного острого панкреатита;
3. холецистэктомии;
4. резекции поджелудочной железы

**29. Для ложной кисты поджелудочной железы характерно:**

1. наличие капсулы, не имеющей эпителия внутри;
2. наличие капсулы, имеющей эпителий внутри;
3. развитие после возникновения острого воспаления в желчном пузыре;
4. возникновение у больных с хроническим панкреатитом.

**30. Эндоскопическая панкреатикография позволяет определить**

1. размеры поджелудочной железы;
2. форму поджелудочной железы;
3. состояние протоковой системы поджелудочной железы;
4. все верно.

**Эталон ответа**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	3	4	3	3	3	3	3	1	5
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2	4	3	3	3	4	5	2	3
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
2	1	2	5	4	4	3	2	1	3

**Критерии оценивания**

Оценка	Коэффициент К (%)	Критерии оценки
Отлично	Свыше 80% правильных ответов	глубокое познание в освоенном материале
Хорошо	Свыше 70% правильных ответов	материал освоен полностью, без существенных ошибок
Удовлетворительно	Свыше 50% правильных ответов	материал освоен не полностью, имеются значительные пробелы в знаниях
Неудовлетворительно	Менее 50% правильных ответов	материал не освоен, знания обучающегося ниже базового уровня

**Критерии оценивания на зачете**

Шкала оценивания	Показатели
Зачтено	<p>Достаточный объем знаний в рамках изучения дисциплины</p> <p>В ответе используется научная терминология.</p> <p>Стилистическое и логическое изложение ответа на вопрос правильное</p> <p>Умеет делать выводы без существенных ошибок</p> <p>Владеет инструментарием изучаемой дисциплины, умеет его использовать в решении стандартных (типовых) задач.</p> <p>Ориентируется в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине.</p> <p>Активен на практических (лабораторных) занятиях, допустимый уровень культуры исполнения заданий.</p>



Не зачтено	<p>Не достаточно полный объем знаний в рамках изучения дисциплины</p> <p>В ответе не используется научная терминология.</p> <p>Изложение ответа на вопрос с существенными стилистическими и логическими ошибками.</p> <p>Не умеет делать выводы по результатам изучения дисциплины</p> <p>Слабое владение инструментарием изучаемой дисциплины, не компетентность в решении стандартных (типовых) задач.</p> <p>Не умеет ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине.</p> <p>Пассивность на практических (лабораторных) занятиях, низкий уровень культуры исполнения заданий.</p> <p>Не сформированы компетенции, умения и навыки.</p> <p>Отказ от ответа или отсутствие ответа.</p>
------------	--

*Типовые практические задания, направленные на формирование профессиональных навыков, владений*

Результаты обучения
<p>Владеет основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;</p> <p>Владеет основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;</p> <p>Владеет навыками проведения основных, специальных и дополнительных методов обследования у пациентов с хирургической патологией в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками и стандартами оказания медицинской помощи пациентам;</p> <p>Владеет навыками оказания медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах;</p>

**Тестовые задания для подготовки к экзамену**

**1. Правильное тактическое решение при самопроизвольно вправившейся ущемленной паховой грыже:**

- 1) медикаментозная стимуляция кишечника
- 2) экстренное грыжесечение
- 3) экстренная срединная лапаротомия
- 4) наблюдение за больным в стационаре
- 5) экстренная колоноскопия

**2. Симптом «кашлевого толчка» — это:**

- 1) ощущение толчка во время кашля при пальпации грыжевых ворот
- 2) западение грыжевого выпячивания при его пальпации во время кашля
- 3) самопроизвольное вправление грыжи после серии кашлевых движений
- 4) появление болезненности в области грыжи при кашле
- 5) появление кашля при толчкообразной пальпации грыжи

**3. При определении жизнеспособности ущемленной петли кишки в первую очередь следует ориентироваться на:**

- а) цвет кишки
- б) наличие перистальтики
- в) пульсацию краевых артерий брыжейки
- г) наличие выпота в брюшной полости
- д) наличие странгуляционных борозд

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) в, г
- 2) а, б, в
- 3) б, г, д
- 4) а, в, д

5) б, в, г

**4. Во время операции в связи с подозрением на ущемленную грыжу при вскрытии грыжевого мешка содержимого в нем не обнаружено. Стенка мешка отёчна, гиперемирована. В грыжевом мешке около 40 мл воспалительного экссудата.**

**Вид ущемления:**

- 1) ложное
- 2) эластическое
- 3) пристеночное
- 4) ретроградное
- 5) каловое

**5. Для ущемленной вентральной грыжи характерны следующие признаки:**

- а) отрицательный симптом кашлевого толчка
- б) напряжённость грыжевого выпячивания
- в) положительный симптом кашлевого толчка
- г) боли в области грыжи
- д) бледность кожного покрова над грыжей

**Выберите правильную комбинацию ответов:**

- 1) а, б, г
- 2) б, в, г
- 3) б, г, д
- 4) в, г, д
- 5) а, г, д

**6. Метод Тейлора при лечении перфоративной язвы включает следующие мероприятия:**

- а) активная назогастральная аспирация
- б) промывание желудка
- в) антибактериальная терапия
- г) дезинтоксикационная терапия
- д) лапароскопическое дренирование брюшной полости

**Выберите правильную комбинацию ответов:**

- 1) б, в
- 2) а, в, г
- 3) б, д
- 4) б, в, г
- 5) только д

**7. Осложнения язвенной болезни, всегда являющиеся показанием к экстренному оперативному вмешательству:**

- а) перфорация
- б) пенетрация
- в) декомпенсированный стеноз привратника
- г) малигнизация
- д) профузное желудочно-кишечное кровотечение

**Выберите правильную комбинацию ответов:**

- 1) а, г, д
- 2) а, в, д
- 3) а, д
- 4) а, г
- 5) все ответы правильные

**8. Больного в течение 10 лет беспокоят изжога, боли в правом подреберье. В течение последних недель ежедневно возникает рвота застойным желудочным содержимым. При рентгеноскопии через 24 часа после приема бариевой взвеси большая часть ее остается в желудке. Наиболее вероятный диагноз:**

- 1) рак тела желудка
- 2) дуоденостаз

- 3) компенсированный стеноз привратника
- 4) декомпенсированный стеноз привратника
- 5) язва двенадцатиперстной кишки, пенетрирующая в поджелудочную железу

**9. 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) перфорация в свободную брюшную полость
- 3) пенетрация язвы в поджелудочную железу
- 4) декомпенсированный стеноз привратника, желудочная тетания
- 5) прикрытая перфорация

**10. Клинические ситуации, при которых оправдано выполнение резекции желудка:**

- а) острые язвы двенадцатиперстной кишки
- б) компенсированный стеноз привратника
- в) декомпенсированный стеноз привратника
- г) перфорация язвы желудка суточной давности
- д) хроническая рецидивирующая язва малой кривизны желудка

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в, д
- 2) б, в, г
- 3) в, д
- 4) г, д
- 5) все ответы правильные

**11. Для постановки диагноза «Острая кишечная непроходимость» решающими методами исследования являются:**

- а) обзорная рентгеноскопия брюшной полости
- б) исследование пассажа бария по желудочно-кишечному тракту
- в) эзофагогастродуоденоскопия
- г) лапароскопия
- д) микробиологическое исследование толстокишечного содержимого

Выберите правильную комбинацию ответов.

- 1) а, б, в
- 2) б, г, д
- 3) а, б
- 4) б, в
- 5) а, г, д

**12. Больного оперируют по поводу острой кишечной непроходимости. Во время 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 артерий брыжейки ослаблена.**

**Оптимальный вариант хирургической тактики:**

- 1) резекция тонкой кишки с наложением анастомоза, назоинтестинальная интубация
- 2) назоинтестинальная интубация, наложение лапаростомы
- 3) наложение илеотрансверзоанастомоза «бок в бок»
- 4) ушивание лапаротомной раны, динамическое наблюдение за состоянием больного
- 5) выведение илеостомы

**13. Показания к экстренному оперативному вмешательству при острой обтурационной толстокишечной непроходимости:**

- а) неэффективность консервативного лечения в течение 2–4 часов
- б) появление кровянистых выделений из прямой кишки
- в) исчезновение «шума плеска»
- г) появление симптома Щёткина–Блумберга

д) выявление уровней жидкости («чаш Клойбера») при обзорной рентгеноскопии брюшной полости

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, г
- 2) б, г, д
- 3) а, в, г
- 4) а, д
- 5) все ответы правильные

**14. У больной 29 лет за два часа до поступления в клинику внезапно появились сильные схваткообразные боли в животе, возникшие после еды. Была многократная рвота, скудный однократный стул. Заболеванию предшествовал недельный курс голодания, самостоятельно проводившейся больной. Состояние больной тяжёлое, беспокойна, мечется в постели. Акроцианоз, выражение лица страдальческое, дыхание учащено, пульс-112 ударов в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, асимметричный. В мезогастрии пальпируется плотноэластическое образование округлой формы. На высоте схваткообразных болей выслушивается усиленная резонирующая перистальтика.**

Определяется «шум плеска». Клинический диагноз:

- 1) опухоль нисходящей ободочной кишки, острая obturационная кишечная непроходимость
- 2) забрюшинный разрыв аневризмы брюшного отдела аорты, паралитическая кишечная непроходимость
- 3) экзогенная интоксикация, спастическая кишечная непроходимость
- 4) заворот тонкой кишки, острая странгуляционная кишечная непроходимость
- 5) геморрагический панкреонекроз, паралитическая кишечная непроходимость

**15. Клиническими признаками острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости в первые часы заболевания являются:**

- а) постоянные боли в животе
- б) однократная рвота
- в) многократная рвота
- г) схваткообразные боли в животе
- д) положительный симптом «шума плеска»

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б
- 2) а, г, д
- 3) б, в, д
- 4) в, г, д
- 5) б, в, г

**16. Появление симптома «шума плеска» при острой кишечной непроходимости**

**объясняется:**

- 1) наличием выпота в брюшной полости
- 2) скоплением жидкости и газа в приводящих петлях кишечника
- 3) скоплением жидкости и газа в отводящих петлях кишечника
- 4) наличием жидкости в поддиафрагмальном пространстве
- 5) все ответы правильные

**17. Причиной развития паралитической кишечной непроходимости может**

**быть:**

- а) перитонит
- б) свинцовое отравление
- в) панкреонекроз
- г) забрюшинная гематома
- д) острое нарушение мезентериального кровообращения

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б, в, г

- 2) б, в, г, д
- 3) а, в, г, д
- 4) б, в
- 5) все ответы правильные.

**18. Лечебные мероприятия при обтурационной кишечной непроходимости заключаются в следующем:**

- а) введении спазмолитиков
- б) проведении сифонной клизмы
- в) коррекции водно-электролитных нарушений
- г) введении наркотических анальгетиков
- д) введении препаратов, усиливающих моторику кишечника

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б, г
- 2) а, в, д
- 3) а, б, в
- 4) б, г, д
- 5) б, в, г

**19. Наиболее опасное осложнение острого варикотромбофлебита:**

- 1) посттромбофлебитическая болезнь
- 2) варикозная болезнь нижних конечностей
- 3) синдром Педжета–Шреттера
- 4) тромбоэмболия легочных артерий
- 5) сафено-фemorальный тромбоз

**20. У больного с эмболией правой общей подвздошной артерии и ишемической контрактурой конечности в коленном и голеностопном суставах оптимальным методом лечения будет:**

- 1) первичная ампутация конечности
- 2) тромболитическая терапия
- 3) экстренная эмболектомия с последующей гемосорбцией
- 4) антикоагулянтная терапия
- 5) введение миорелаксантов

**21. У больной 50 лет, в течение длительного времени страдающей варикозной болезнью правой нижней конечности, 3 дня назад появились боли в правом бедре. Состояние удовлетворительное. На медиальной поверхности бедра от коленного сустава до средней его трети проходит полоса гиперемии и пальпируется плотный болезненный шнуровидный тяж. Конечность не отечна. Симптомы Хоманса и Мозеса отрицательные. При ультразвуковом ангиосканировании глубокие вены нижних конечностей проходимы, сафено-фemorальное соустье справа без признаков тромбоза. Лечебная тактика:**

- 1) назначение строгого постельного режима, дезагрегантной терапии
- 2) назначение компрессов с мазью Вишневского
- 3) проведение экстренной операции Троянова–Тренделенбурга
- 4) имплантация кава-фильтра
- 5) проведение экстренной операции Линтона

**22. При осмотре на дому больной 20 лет с беременностью 38 недель диагностирован илиофemorальный венозный тромбоз. Что следует предпринять в этой ситуации?**

- 1) госпитализировать больную в хирургический стационар и произвести ультразвуковое ангиосканирование для решения вопроса о дальнейшей лечебной тактике
- 2) госпитализировать больную в хирургический стационар и назначить дабигатран
- 3) назначить больной строгий постельный режим и спиртовые согревающие компрессы на бедро
- 4) назначить ривароксабан и наблюдать больную дома
- 5) госпитализировать больную в родильный дом

**23. Оптимальной операцией при хирургическом лечении синдрома Лериша является:**

- 1) бифуркационное аорто-бедренное шунтирование
- 2) бедренно-подколенное шунтирование
- 3) поясничная симпатэктомия
- 4) имплантация на голень большого сальника на сосудистой ножке
- 5) одностороннее аорто-бедренное шунтирование

**24. Что следует предпринять при обильном аррозивном кровотечении из трофической язвы голени у больной с варикозной болезнью в стадии декомпенсации венозного оттока?**

- а) пережать бедренную артерию
- б) придать конечности возвышенное положение
- в) наложить давящую повязку на кровоточащий сосуд
- г) выполнить операцию Троянова–Тренделенбурга
- д) наложить жгут проксимальнее источника кровотечения

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б, в
- 2) а, в, д
- 3) а, в
- 4) в, г
- 5) б, в

**25. Клинические симптомы острого подвздошно-бедренного венозного тромбоза:**

- а) распирающие боли в ноге
- б) отек всей нижней конечности
- в) цианоз кожных покровов конечности, усиление венозного рисунка
- г) болезненность при пальпации паховой области и зоны проекции сосудисто-нервного пучка на бедре
- д) систолический шум на бедренной вене

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б, в, г
- 2) а, б, в, д
- 3) б, в
- 4) б, в, г, д
- 5) все ответы правильные

**26. Причиной эмболии плечевой артерии не может явиться:**

- 1) митральный стеноз
- 2) аневризма брюшного отдела аорты
- 3) аневризма левого желудочка
- 4) инфаркт миокарда
- 5) компрессионное сдавление подключичной артерии добавочным шейным ребром

**27. У больного 65 лет, поступившего в клинику с жалобами на пульсирующее образование в брюшной полости, при ангиографическом исследовании обнаружена аневризма инфраренального отдела аорты, распространяющаяся на обе подвздошные артерии. Магистральные артерии нижних конечностей проходимы. Оптимальный метод лечения в этой клинической ситуации:**

- 1) гипотензивная терапия
- 2) операция только в случае разрыва аневризмы
- 3) плановая операция — резекция инфраренального отдела аорты
- 4) экстренная операция — резекция аневризмы, двухстороннее аорто-бедренное шунтирование
- 5) плановая операция — резекция аневризмы, двухстороннее аорто-бедренное шунтирование

**28. У больного 62 лет, страдающего облитерирующим атеросклерозом сосудов левой нижней конечности, при проведении ангиографии выявлена окклюзия левой бедренной артерии в гунтеровом канале протяженностью 15 см. Общая, поверхностная и глубокая артерии бедра проходимы. Через коллатерали контрастируются неизменная подколенная артерия и артерии голени. Для восстановления кровотока в конечности следует произвести:**

- 1) бедренно-подколенное шунтирование с использованием аутовены
- 2) профундопластику и периаартериальную симпатэктомию
- 3) пластику глубокой артерии бедра
- 4) эндоваскулярную ангиопластику левой бедренной артерии
- 5) оперативное лечение не показано, следует проводить консервативное лечение

**29. У больного 52 лет на второй день после операции аппендэктомии, произведенной по поводу острого гангренозного аппендицита, развился парез кишечника, озноб, стали беспокоить боли в правой половине живота, увеличилась печень и появилась желтуха. О развитии какого осложнения основного заболевания можно думать?**

- 1) тромбоз нижней брыжеечной вены, нарушение мезентериального кровообращения
- 2) поддиафрагмальный абсцесс
- 3) подпеченочный абсцесс
- 4) абсцесс печени
- 5) пилефлебит

**30. Оперируя больного с предварительным клиническим диагнозом «острый флегмонозный аппендицит», после вскрытия брюшной полости Вы обнаружили плотный аппендикулярный инфильтрат. Что следует предпринять?**

- 1) выделить из инфильтрата червеобразный отросток, произвести аппендэктомию, ввести в брюшную полость тампон
- 2) ушить рану наглухо, назначить массивную антибактериальную терапию, проводить динамическое наблюдение
- 3) выделить отросток из воспалительного инфильтрата, произвести аппендэктомию и ушить рану наглухо
- 4) ограничиться введением тампона и дренажа в подвздошную ямку
- 5) все ответы неправильные

**31. На амбулаторном приеме Вы заподозрили у больной острый флегмонозный аппендицит. Что необходимо предпринять?**

- 1) в экстренном порядке госпитализировать больную в хирургический стационар
- 2) назначить спазмолитики и повторно осмотреть больную на следующий день
- 3) проконтролировать на следующее утро динамику температуры тела и лейкоцитов
- 4) назначить антибактериальную терапию и повторно пригласить больную на осмотр на следующий день
- 5) рекомендовать больной самостоятельно контролировать температуру тела и при повышении ее выше 38°C вызвать «скорую помощь»

**32. Больному, перенесшему операцию по поводу аппендикулярного абсцесса, следует рекомендовать следующую дальнейшую лечебную тактику:**

- 1) в течение 3 месяцев проводить поддерживающую антибактериальную терапию, направленную на предупреждение повторных приступов острого аппендицита
- 2) не выписывая пациента из стационара, выполнить аппендэктомию после стихания воспалительных явлений
- 3) произвести больному аппендэктомию только в случае повторного приступа острого аппендицита
- 4) оперировать больного в плановом порядке через месяц после выписки из стационара
- 5) рекомендовать больному плановую аппендэктомию через 4–6 месяцев после стихания острого воспалительного процесса

**33. Операция при остром аппендиците противопоказана при:**

- 1) двусторонней плевропневмонии
- 2) острым инфаркте миокарда
- 3) беременности сроком 36–40 недель
- 4) плотном аппендикулярном инфильтрате
- 5) гемофилии

**34. Для острого флегмонозного холецистита может быть характерно все, кроме:**

- 1) положительного симптома Курвуазье
- 2) положительного симптома Кера
- 3) положительного симптома Мэрфи
- 4) положительного симптома Щеткина–Блюмберга
- 5) положительного симптома Мюсси

**35. Сочетание каких инструментальных методик обследования может позволить провести дифференциальную диагностику острого холецистита и острого аппендицита?**

- 1) гастродуоденоскопия и артериальная мезентерикография
- 2) ультрасонография брюшной полости и, при необходимости, лапароскопия
- 3) радиоизотопная билисцинтиграфия и артериальная мезентерикография
- 4) обзорная рентгенография брюшной полости и гастродуоденоскопия
- 5) обзорная рентгенография брюшной полости и радиоизотопная билисцинтиграфия

**36. Для острого катарального холецистита характерно все, кроме:**

- 1) тошноты и рвоты
- 2) положительного симптома Кера
- 3) положительного симптома Мэрфи
- 4) положительного симптома Щеткина–Блюмберга
- 5) положительного симптома Мюсси

**37. У больного 77 лет с выраженной сердечной недостаточностью выявлен острый флегмонозный калькулезный холецистит с явлениями гнойной интоксикации. Какому методу лечения следует отдать предпочтение?**

- 1) экстренной холецистэктомии
- 2) наружному дренированию желчного пузыря (пункционной холецистостомии) под контролем ультрасонографии
- 3) чрескожной чреспеченочной холангиостомии
- 4) только консервативному методу лечения

**38. К хирургическим методам лечения острого холецистита не относится:**

- 1) лапароскопическая холецистэктомия
- 2) чрескожная пункционная холецистостомия
- 3) экстракорпоральная литотрипсия
- 4) холецистэктомия из минилапаротомного доступа

**39. Радикальной операцией при раке желудка не является:**

- 1) дистальная субтотальная резекция желудка
- 2) проксимальная субтотальная резекция желудка
- 3) антрумэктомия
- 4) гастрэктомия
- 5) комбинированная гастрэктомия

**40. Оптимальная операция при операбельном раке антрального отдела желудка:**

- 1) гастрэктомия
- 2) дистальная субтотальная резекция желудка с удалением большого и малого сальников
- 3) антрумэктомия с удалением большого сальника
- 4) резекция желудка в пределах макроскопически неизмененных тканей

**41. При малигнизированной язве антрального отдела желудка больному показана:**

- 1) трунккулярная ваготомия с пилоропластикой и иссечением язвы



2) резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру–Финстереру без резекции большого сальника

3) субтотальная дистальная резекция желудка вместе с большим и малым сальниками

4) антрумэктомия

**42. Метастаз Шницлера локализуется в:**

1) печени

2) прямокишечно-пузырной складке

3) яичниках

4) области пупка

**43. В клинику поступила пациентка 43 лет с явлениями желтухи. Длительно страдает желчнокаменной болезнью, год назад перенесла лапароскопическую холецистэктомию, осложнившуюся интраоперационным краевым повреждением холедоха. Наиболее вероятная причина желтухи:**

1) вирусный гепатит

2) гемолитическая анемия

3) холедохолитиаз

4) рубцовая стриктура холедоха

5) болезнь Жильбера

**44. Дренаж, не являющийся дренажем холедоха:**

1) дренаж Кера

2) дренаж Вишневого

3) дренаж Спасокукоцкого

4) дренаж Холстеда

5) все ответы неверные

**45. Наиболее информативный лабораторный тест в диагностике панкреонекроза:**

1) уровень общей амилазы

2) уровень альфа-амилазы

3) уровень билирубина

4) уровень щелочной фосфатазы

5) уровень трансаминаз

**46. При инфицированном панкреонекрозе не применяется:**

1) дренирование панкреатогенного абсцесса под контролем ультрасонографии

2) панкреатооментобурсостомия

3) вскрытие, санация, дренирование и тампонирование флегмон забрюшинной клетчатки

4) панкреатодуоденальная резекция

5) некрэктомия или секвестрэктомия

**47. Локализации фурункула, представляющие наибольшую угрозу тяжелых осложнений:**

1) область носогубного треугольника

2) нос

3) суборбитальная область

4) паховая область

5) подмышечная область

**48. Противопоказания к инфузионной терапии:**

1) острая сердечная недостаточность

2) отек легких

3) печеночная недостаточность

4) закрытая черепно-мозговая травма

5) снижение артериального давления

**49. Признаки нагноения инфильтрата:**

1) снижение температуры тела

- 2) появление гектической температуры
- 3) появление очагов размягчения в ранее плотном инфильтрате
- 4) положительный симптом флюктуации
- 5) увеличение лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево

**50. Определение стадии злокачественной опухоли основано на определении:**

- 1) размеров опухоли
- 2) степени поражения лимфатических узлов
- 3) наличия или отсутствия отдаленных метастазов
- 4) размеров отдаленных метастазов
- 5) срока заболевания

**51. Проведение реинфузии крови, излившейся в брюшную полость, возможно в случае разрыва:**

- 1) селезенки
- 2) тонкой кишки
- 3) аневризмы аорты
- 4) маточной трубы
- 5) яичника

**52. Для диагностики нарушений кровотока по артериям используют:**

- 1) аускультацию сосудов
- 2) ультразвуковое ангиосканирование
- 3) обзорную рентгенографию
- 4) рентгеновскую компьютерную ангиографию
- 5) магнитно-резонансную ангиографию

**53. Развитию острого венозного тромбоза способствуют:**

- 1) иммобилизация пациента
- 2) ранняя активизация пациента
- 3) наличие катетера в вене
- 4) тромбофилия
- 5) прием оральных контрацептивов

**54. Симптом тромбоза поверхностных вен:**

- 1) выраженный отек конечности
- 2) болезненное уплотнение по ходу вены
- 3) покраснение по ходу вены
- 4) отсутствие пульсации дистальных артерий
- 5) усиление пульсации дистальных артерий

**55. Функции приемного отделения:**

- 1) первичный врачебный осмотр поступивших пациентов
- 2) выполнение лабораторных и инструментальных исследований
- 3) коррекция нарушений гомеостаза
- 4) санитарная обработка пациентов
- 5) оформление медицинской документации

**56. Признаки пневмоторакса:**

- 1) притупление перкуторного звука над легким на стороне поражения
- 2) тимпанический звук над легким на стороне поражения
- 3) ослабление дыхательных шумов над легким на стороне поражения
- 4) хрипы над легким на стороне поражения
- 5) откашливание мокроты с примесью крови

**57. При закрытых повреждениях живота достоверными признаками разрыва внутренних органов служат:**

- 1) тахикардия
- 2) боль в животе
- 3) напряжение мышц передней брюшной стенки
- 4) притупление перкуторного звука в отлогих местах живота
- 5) кровоподтеки и ссадины на передней брюшной стенке

**58. В фазе воспаления основными задачами лечения раны являются:**

- 1) подавление инфекции в ране
- 2) ускорение очищения раны
- 3) адекватное дренирование
- 4) защита грануляционной ткани от повреждения
- 5) стимуляция процессов репарации

**59. Изменения кожи, характерные для рожистого воспаления:**

- 1) участок гиперемии кожи с четкими границами
- 2) участок гиперемии кожи с нечеткими границами
- 3) края гиперемии в виде зубцов или языков
- 4) края гиперемии ровные
- 5) наличие пузырей, заполненных серозной жидкостью

**60. Типичная локализация пролежней:**

- 1) крестец
- 2) лопатки
- 3) пятки
- 4) живот
- 5) грудь

**61. Лечение гиповолемического шока направлено на:**

- 1) прекращение плазмо- и кровопотери
- 2) быстрое восстановление объема циркулирующей крови
- 3) расширение сосудов
- 4) устранение дефицита интерстициальной жидкости
- 5) коррекцию объема циркулирующих эритроцитов

**62. Лечебные мероприятия, необходимые для устранения острой волемической**

**перегрузки:**

- 1) прекращение инфузии
- 2) увеличение темпа инфузии
- 3) перевод пациента в сидячее положение
- 4) назначение мочегонных
- 5) трансфузия эритроцитной массы

**63. Кровавый стул указывает на кровотечение из:**

- 1) желудка
- 2) двенадцатиперстной кишки
- 3) ободочной кишки
- 4) прямой кишки
- 5) матки

**64. Пациентам с атеросклеротическим поражением артериальных сосудов**

**необходимо:**

- 1) полное прекращение курения
- 2) рациональное питание
- 3) прием антиагрегантов
- 4) прием спазмолитиков
- 5) прием статинов

**65. Заболевания, ведущие к нарушению артериального кровотока:**

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) облитерирующий атеросклероз
- 3) неспецифический аортоартериит
- 4) облитерирующий тромбангиит
- 5) фиброзно-мышечная дисплазия

**66. Особенности лечения некротизирующих инфекций:**

- 1) выполнение хирургического вмешательства в максимально ранние сроки
- 2) выполнение хирургического вмешательства через малые разрезы
- 3) максимально возможная некрэктомия

- 4) послойное ушивание раны
- 5) рана не ушивается

**67. Во время первичного осмотра пострадавших в чрезвычайных ситуациях обследование направлено на выявление нарушений:**

- 1) проходимости дыхательных путей
- 2) дыхания
- 3) кровообращения
- 4) пищеварения
- 5) мочеиспускания

**68. Признаки гемоторакса:**

- 1) притупление перкуторного звука над легким на стороне поражения
- 2) тимпанический звук над легким на стороне поражения
- 3) ослабление дыхательных шумов над легким на стороне поражения
- 4) влажные хрипы над легким на стороне поражения
- 5) откашливание мокроты с примесью крови

**69. Признаки кровотечения в брюшную полость:**

- 1) напряжение мышц передней брюшной стенки
- 2) исчезновение печеночной тупости
- 3) притупление перкуторного звука в отлогих местах живота
- 4) шум плеска
- 5) симптом Куленкампа

**70. Признаки острого гематогенного остеомиелита:**

- 1) острая боль в области очага поражения
- 2) сгибательная контрактура прилежащего сустава
- 3) разгибательная контрактура прилежащего сустава
- 4) высокая температура тела
- 5) гнойный свищ

**71. Следствие угнетения моторики кишечника при перитоните:**

- 1) депонирование в просвете кишечника больших количеств жидкости
- 2) снижение содержания в кишечнике токсических продуктов
- 3) повышение содержания в кишечнике токсических продуктов
- 4) снижение проницаемости слизистой оболочки
- 5) транслокация бактерий и токсинов в кровь и лимфу

**Эталон ответа**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4	1	2	1	1	2	3	4	2	3	3	1	1	4	4
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
2	3	3	4	1	3	1	1	5	1	2	5	1	5	4
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
1	5	4	1	2	4	2	3	3	2	3	2	4	3	2
46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
4	1-3	1,2,4	2-5	1-3	1,3-5	1,2,4,5	1,3-5	2,3	1,2,4,5	2,3	3,4	1-3	1,3,5	1-3
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71				
1,2,4,5	1,3,4	3,4	1-3,5	2-5	1,3,5	1-3	1,3	3,5	11,2,4,5	1,3,5				

Оценка	Коэффициент К (%)	Критерии оценки
Отлично	Свыше 80% правильных ответов	глубокое познание в освоенном материале
Хорошо	Свыше 70% правильных ответов	материал освоен полностью, без существенных ошибок
Удовлетворительно	Свыше 50% правильных	материал освоен не полностью,

	ответов	имеются значительные пробелы в знаниях
Неудовлетворительно	Менее 50% правильных ответов	материал не освоен, знания обучающегося ниже базового уровня

### Типовые практические задания для подготовки к экзамену

#### Задача № 1

Больной, 48 лет, страдающий в течение многих лет язвенной болезнью желудка, отметил, что боли у него не стали зависеть от приема пищи, стали постоянными и менее интенсивными. Отметил слабость, недомогание, упадок сил. Похудел на 5 кг. Обращало на себя внимание снижение общей кислотности желудочного сока с 90 до 40 и появление в желудочном соке большого количества молочной кислоты. РОЭ 40 мм/час.

О каком осложнении язвенной болезни можно думать?

Какими диагностическими средствами можно воспользоваться для подтверждения вашего предположения?

Какова Ваша тактика в лечении данного больного?

**Эталон ответа:**

малигнизация. ФГДС с биопсией из 8 точек. Хирургическое лечение в плановом порядке

#### Задача № 2

При постановке диагноза у больной, 58 лет, поступившей в клинику в порядке оказания экстренной помощи, были значительные затруднения. Одни высказывались за перфоративную язву желудка, другие за перфорацию желчного пузыря, третьи - за острый панкреатит. Поскольку явления раздражения брюшины были ярко выражены, решено было больную срочно оперировать. Как только была произведена лапаротомия, всем заинтересованным лицам стало ясно, что имеет место острый панкреатит.

Какие признаки после вскрытия брюшины заставили убедиться в данном диагнозе?

**Эталон ответа:**

геморрагический выпот, стеариновые бляшки на висцеральной брюшине, после вскрытия сальниковой сумки возможна визуализация поджелудочной железы и её изменения (отёк, геморрагическое пропитывание, очаги некроза).

#### Задача № 3

Больной, 48 лет, отмечает в течение 7—8 месяцев недомогание, упадок сил, слабость. Постоянное ощущение дискомфорта в желудке. Теряет в массе. Периодически бывают субиктеричность, иногда ознобы и субфебрильная температура, 2 месяца назад появилась иктеричность склер, которая постепенно нарастает. За последние 2 недели дважды появлялись приступы интенсивных болей в правом подреберье с повышением температуры до 38,5°C. При осмотре: больной удовлетворительного питания, у него отмечается желтушное окрашивание кожных покровов. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий. В правом подреберье пальпируется огурцевиной формы, слегка болезненное образование. Отмечается ахоличный стул. Лейкоцитов 12 x10<sup>9</sup> /л, СОЭ 48 мм\ час. Билирубин крови 30 ммоль/л. Кал слабо окрашен.

Ваш диагноз и тактика лечения?

**Эталон ответа:**

рак головки поджелудочной железы. Оперативное лечение.

#### Задача № 4

У ребенка, 3 лет, среди полного здоровья появились сильные боли в животе, продолжавшиеся несколько минут. Во время приступа ребенок побледнел, ручками держался за живот, сучил ножками. Приехавший на вызов врач «скорой помощи» нашел ребенка спокойно играющим, при осмотре ребенка никакой патологии у него не обнаружил и уехал. Приблизительно через час болевой приступ повторился. После третьего приступа, появившегося через полчаса и столь же кратковременного, ребенок был госпитализирован в хирургическое отделение. В стационаре у ребенка был стул с примесью крови и слизи. Температура оставалась нормальной, пульс 100 ударов в минуту.

Язык несколько суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. При ректальном исследовании патологии не определяется, на пальце, извлеченном из заднего прохода, видна кровь. Лейкоцитов  $10,2 \times 10^9$  /л.

Какова должна быть тактика врача скорой помощи при первой встрече с больным?

Ваш предположительный диагноз?

Какое уточняющее диагностическое исследование следует предпринять?

**Эталон ответа:**

1. направление в дежурный хирургический стационар
2. инвагинация
3. Рентгенконтрастная Ирригоскопия с сульфатом бария

#### **Задача № 5**

Больная, 65 лет, страдающая гипертонической болезнью и мерцательной аритмией, поступила через 3 часа от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие острые жестокие боли в животе постоянного характера, без четкой локализации. Больная громко стонет, взывает о помощи, мечется, принимает коленно-локтевое положение. В момент поступления у больной наблюдалась многократная рвота кишечным содержимым, не приносящая облегчения, частый и водянистый стул с небольшой примесью крови. Общее состояние больной тяжелое, лицо бледное, покрыто потом, ЧСС 112/мин. АД 160/90 мм.рт.ст. (для данной больной сниженное), температура 36,4, язык суховат. Живот участвует в акте дыхания, не вздут, симметричен. При пальпации: живот мягкий, боли не усиливаются; при перкуссии: участки тимпанита чередуются с участками притупления перкуторного звука; перистальтика не выслушивается, хотя больная утверждает, что вскоре после начала заболевания она слышала громкое урчание кишечника. При пальцевом ректальном исследовании никакой патологии не установлено. Лейкоцитов  $21 \times 10^9$  /л, эр.  $5 \times 10^{12}$  /л.

Ваш диагноз?

С чем нужно дифференцировать?

Какова лечебная тактика?

**Эталон ответа:**

диагноз – тромбоз мезентериальных сосудов. Дифференцировать с расслаивающей аневризмой аорты, пищевой токсикоинфекцией, другими видами кишечной непроходимости. Тактика – лапаротомия, резекция кишечника.

#### **Задача № 6**

У больного, 40 лет, 2 месяца назад появилась прогрессирующая дисфагия. Он похудел, но аппетит сохраняется хорошим, никаких изменений в анализе крови не обнаружено. При рентгенологическом исследовании в нижней трети пищевода обнаружен довольно большой «дефект наполнения» со стороны левой стенки пищевода, но контуры «дефекта» ровные, хотя перистальтика на этом уровне отсутствует.

Наличие какого заболевания можно предположить у больного?.

С помощью каких методов исследования можно это подтвердить?

Как лечить больного?

**Эталон ответа:**

- доброкачественная опухоль пищевода
- фиброэзофагоскопия с биопсией
- операция – резекция пищевода

#### **Задача № 7**

Вратарь, 22 лет, получил сильный удар мячом в эпигастральную область. Через час доставлен в приемный покой в тяжелом состоянии. Жалуется на резчайшие нарастающие боли в эпигастральной области. Боли постепенно приобрели опоясывающий характер. Появилось затрудненное дыхание. Состояние больного прогрессивно ухудшается. Он бледен. Выражен акроцианоз. Покрыт липким потом. Пульс слабого наполнения, 140 ударов в I минуту. Живот слегка вздут, имеется напряжение мышц и резкая болезненность в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга здесь слабо выражен.

Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется.  
Эр. 3,5 x10<sup>12</sup>/л, Нв 86,9 г/л.

Ваш диагноз?

Тактика лечения?

**Эталон ответа:**

закрытая травма поджелудочной железы. Экстренная операция: ревизия, дренирование сальниковой сумки.

**Задача № 8**

Больная, 38 лет, третий раз за 2 последних года доставляется в клинику с приступом холецистита. Поступила с явлениями раздражения брюшины, которые постепенно нарастают. Выражена и становится интенсивнее желтушность кожных покровов. Билирубин крови 36 ммоль/л. В моче уробилина нет. Кал частично обесцвеченный. К концу 2-х суток решено больную оперировать.

Какая операция в данном случае будет выполнена?

К какой интраоперационной диагностике следует обязательно прибегнуть?

**Эталон ответа:**

оперативное лечение в экстренном порядке – лапаротомия, холецистэктомия, холангиография, ревизия и дренирование желчевыводящих путей, дренирование брюшной полости.

**Задача № 9**

У ребёнка в возрасте 3 месяцев, страдающего запорами, в области пупка появилось выпячивание размером 1,5x1,5 см, мягкоэластической консистенции, увеличивающееся при плаче. В горизонтальном положении при спокойном состоянии ребёнка это образование самостоятельно исчезает. Тогда можно установить, что пупочное кольцо диаметром 1 см.

Ваш диагноз и тактика лечения?

**Эталон ответа:**

пупочная грыжа. Консервативное лечение.

**Задача № 10**

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?

**Эталон ответа:**

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 аппендэктомию. Дальнейшее лечение консервативное.

**Задача № 11**

Больной 36 лет поступил через 4 ч от начала заболевания. Заболевание началось очень остро, резкими болями в эпигастральной 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 37,3СС, пульс 100 в минуту. Лейкоцитов в крови 15,0 10<sup>3</sup> 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?

**Эталон ответа:**

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.

#### **Задача № 12**

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, прилегающее к гребешку подвздошной кости, болезненное при пальпации. Общее состояние больного вполне удовлетворительное, перитонеальные симптомы не выражены.

Какой диагноз вы поставите?

Как будете лечить больного?

**Эталон ответа:**

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

#### **Задача № 13**

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?

**Эталон ответа:**

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

#### **Задача № 14**

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?

**Эталон ответа:**

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

#### **Задача № 15**



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?

**Эталон ответа:**

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

#### **Задача № 16**

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 10<sup>3</sup> до 25,0 10<sup>3</sup> 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?

**Эталон ответа:**

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.

#### **Задача № 17**

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?

**Эталон ответа:**

Послойное ушивание послеоперационной раны, дренирование ложа удаленного желчного пузыря

#### **Задача № 18**

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?

**Эталон ответа:**

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

**Задача № 19**

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?

**Эталон ответа:**

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

**Задача № 20**

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?

**Эталон ответа:**

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.

**Задача № 21**

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?

**Эталон ответа:**

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.

#### **Задача № 22**

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

Ваш диагноз и тактика лечения?

#### **Эталон ответа:**

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

#### **Задача № 23**

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?

#### **Эталон ответа:**

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

#### **Задача № 24**

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 оС, 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?

#### **Эталон ответа:**

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

#### **Задача № 25**

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 эпигастральной 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?

**Эталон ответа:**

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

#### **Задача № 26**

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?

**Эталон ответа:**

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 фиброгастродуоденоскопия. Также в обследование входит УЗИ печени, биохимический анализ крови- показатели общего, прямого, непрямого билирубина для верификации диагноза.

#### **Задача № 27**

Больной В. 45 лет, поступил с жалобами на слабость, снижение работоспособности, тупые, ноющие боли в эпигастриальной 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.

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?

**Эталон ответа:**

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.

#### **Задача № 28**

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  $12 \times 10^9 /л$ .

Диагноз?

Тактика?

**Эталон ответа:**

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

#### **Задача № 29**

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?

**Эталон ответа:**

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

**Задача № 30**

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?

**Эталон ответа:**

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

**Задача № 31**

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 систолодиастолический 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?

**Эталон ответа:**

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.

**Задача № 32**

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?

**Эталон ответа:**

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.

**Задача № 33**

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?

**Эталон ответа:**

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

**Задача № 34**

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?

**Эталон ответа:**

Показана ампутация на уровне верхней трети бедра.

**Задача № 35**

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?

**Эталон ответа:**

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.

### Критерии оценивания практических задач

Форма проведения текущего контроля	Критерии оценивания
Решения практической задачи	«5» (отлично) – выставляется за полное, безошибочное выполнение задания
	«4» (хорошо) – в целом задание выполнено, имеются отдельные неточности или недостаточно полные ответы, не содержащие ошибок.
	«3» (удовлетворительно) – допущены отдельные ошибки при выполнении задания.

«2» (неудовлетворительно) – отсутствуют ответы на большинство вопросов задачи, задание не выполнено или выполнено не верно.

*Шкала оценки для проведения экзамена по дисциплине*

Оценка за ответ	Критерии
Отлично	<ul style="list-style-type: none"><li>– полно раскрыто содержание материала;</li><li>– материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности;</li><li>– продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала;</li><li>– точно используется терминология;</li><li>– показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации;</li><li>– продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков;</li><li>– ответ прозвучал самостоятельно, без наводящих вопросов;</li><li>– продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач;</li><li>– продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы;</li><li>– допущены одна – две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые исправляются по замечанию.</li></ul>
Хорошо	<ul style="list-style-type: none"><li>– вопросы излагаются систематизировано и последовательно;</li><li>– продемонстрировано умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер;</li><li>– продемонстрировано усвоение основной литературы.</li><li>– ответ удовлетворяет в основном требованиям на оценку «5», но при этом имеет один из недостатков: в изложении допущены небольшие пробелы, не исказившие содержание ответа; допущены один – два недочета при освещении основного содержания ответа, исправленные по замечанию преподавателя; допущены ошибка или более двух недочетов при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляются по замечанию преподавателя.</li></ul>
Удовлетворительно	<ul style="list-style-type: none"><li>– неполно или непоследовательно раскрыто содержание материала, но показано общее понимание вопроса и продемонстрированы умения, достаточные для дальнейшего усвоения материала;</li><li>– усвоены основные категории по рассматриваемому и дополнительным вопросам;</li><li>– имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании терминологии, исправленные после нескольких наводящих вопросов;</li><li>– при неполном знании теоретического материала выявлена недостаточная сформированность компетенций, умений и навыков, студент не может применить теорию в новой ситуации;</li><li>– продемонстрировано усвоение основной литературы.</li></ul>
Неудовлетворительно	<ul style="list-style-type: none"><li>– не раскрыто основное содержание учебного материала;</li><li>– обнаружено незнание или непонимание большей или наиболее важной части учебного материала;</li><li>– допущены ошибки в определении понятий, при использовании терминологии, которые не исправлены после нескольких наводящих вопросов</li><li>- не сформированы компетенции, умения и навыки,</li><li>- отказ от ответа или отсутствие ответа</li></ul>

**ЛИСТ ДОПОЛНЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ**  
рабочей программы дисциплины

Рабочая программа дисциплины рассмотрена на заседании кафедры (протокол от \_\_\_\_\_ №\_\_\_\_) и одобрена на заседании Ученого совета (протокол от \_\_\_\_\_ №\_\_\_\_) для исполнения в 20\_\_-20\_\_ учебном году

Внесены дополнения (изменения): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Заведующий кафедрой

\_\_\_\_\_  
*(подпись, инициалы и фамилия)*

Рабочая программа дисциплины рассмотрена на заседании кафедры (протокол от \_\_\_\_\_ №\_\_\_\_) и одобрена на заседании Ученого совета (протокол от \_\_\_\_\_ №\_\_\_\_) для исполнения в 20\_\_-20\_\_ учебном году

Внесены дополнения (изменения): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Заведующий кафедрой

\_\_\_\_\_  
*(подпись, инициалы и фамилия)*

Рабочая программа дисциплины рассмотрена на заседании кафедры (протокол от \_\_\_\_\_ №\_\_\_\_) и одобрена на заседании Ученого совета (протокол от \_\_\_\_\_ №\_\_\_\_) для исполнения в 20\_\_-20\_\_ учебном году

Внесены дополнения (изменения): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Заведующий кафедрой

\_\_\_\_\_  
*(подпись, инициалы и фамилия)*

Рабочая программа дисциплины рассмотрена на заседании кафедры (протокол от \_\_\_\_\_ №\_\_\_\_) и одобрена на заседании Ученого совета (протокол от \_\_\_\_\_ №\_\_\_\_) для исполнения в 20\_\_-20\_\_ учебном году

Внесены дополнения (изменения): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Заведующий кафедрой

\_\_\_\_\_  
*(подпись, инициалы и фамилия)*