федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ**

по специальности

*31.05.01 Лечебное дело*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) *31.05.01 Лечебное дело*

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 8 от « 25 » марта 2016 года

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплинесодержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

- ПК-5 готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

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

- ПК-8 способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами

- ПК-9 готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1: «Эндоскопические и стационарозамещающие технологии в хирургии»**

**Тема 1:** «Стационарозамещающие технологии в хирургии»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

-наблюдение и оценка деятельности обучающегося в процессе освоения профессионального модуля

- оформление перечня нормативных документов по специальности

-доклад

-собеседование

-ситуационные задачи

-тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для устного опроса и собеседования.***
2. Стационарозамещающие технологии в хирургии, направления, перспективы развития.
3. Формы стационарозамещающей помощи населению.
4. Виды медицинской помощи в условиях различных подразделений стационарозамещающих форм.
5. Нормативная документация, регламентирующая трудовую и медицинскую деятельность в условиях стационарозамещающих технологий.
6. Функциональные обязанности хирурга в условиях стационарозамещающих технологий.
7. Экспертиза временной нетрудоспособности в условиях стационарозамещающей хиургической помощи населению.
8. ***Тестовые задания***

*Выберите один или несколько правильных ответов.*

1. Функции листа нетрудоспособности

1. юридическая
2. статистическая
3. финансовая
4. административная

2. При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе по заключению врачебной комиссии граждане направляются на медико-социальную экспертизу НЕ ПОЗДНЕЕ

1. 4 месяцев от даты начала временной нетрудоспособности
2. 6 месяцев от даты начала временной нетрудоспособности
3. 10 месяцев от даты начала временной нетрудоспособности
4. 12 месяцев от даты начала временной нетрудоспособности

3. Листок нетрудоспособности выдается

1. лицам, работающим по трудовым договорам
2. государственным гражданским служащим
3. учащимся образовательных учреждений высшего профессионального образования
4. учащимся учреждений послевузовского профессионального образования

4. ХИРУРГ ПОЛИКЛИНИКИ ВЫДАЕТ несколько листков нетрудоспособности по каждому месту работы

1. всегда
2. если гражданин на момент наступления временной нетрудоспособности, занят у нескольких работодателей
3. если гражданин на момент наступления временной нетрудоспособности, занят у нескольких работодателей и в два предшествующие календарные года до выдачи листка нетрудоспособности был занят у тех же работодателей
4. если гражданин на момент наступления временной нетрудоспособности, занят у нескольких работодателей и в течение 1 предшествующего календарного года до выдачи листка нетрудоспособности был занят у тех же работодателей

5. При амбулаторном лечении заболеваний (травм) лечащий врач единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком ДО

1. 7 дней
2. 10 дней
3. 15 дней
4. 30 дней

6. При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 15 календарных дней, листок нетрудоспособности выдается и продлевается

1. лечащим врачом
2. заведующим отделением
3. по решению врачебной комиссии
4. МСЭК

7. По решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть выдан

1. до дня восстановления трудоспособности
2. до дня восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев
3. в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций) - на срок не более 12 месяцев
4. с периодичностью продления по решению врачебной комиссии не реже чем через 15 календарных дней

8. выдача и продление листка нетрудоспособности за прошедшие дни, когда гражданин не был освидетельствован медицинским работником

1. не допускается
2. может осуществляться в исключительных случаях лечащим врачом
3. может осуществляться в исключительных случаях заведующим отделением
4. может осуществляться в исключительных случаях по решению врачебной комиссии

9. Выдача и продление листка нетрудоспособности за прошедшее время при обращении гражданина в медицинскую организацию или посещении его медицинским работником на дому

1. не допускается
2. может осуществляться в исключительных случаях лечащим врачом
3. может осуществляться в исключительных случаях заведующим отделением
4. может осуществляться в исключительных случаях по решению врачебной комиссии

10. Записи в листке нетрудоспособности выполняются на русском языке печатными заглавными буквами чернилами

1. черного цвета
2. синего цвета
3. красного цвета
4. фиолетового цвета

11. Записи в листке нетрудоспособности выполняются с применением

1. печатающих устройств
2. гелевой ручки
3. капиллярной или перьевой ручки
4. шариковой ручки

12. При заполнении листка нетрудоспособности медицинскими работниками ошибки

1. не допускаются
2. допускается не более 1 исправления
3. допускается не более 2 исправлений
4. исправления допускаются, при этом заверяются печатью лечащего врача

13. При наличии ошибок в заполнении листка нетрудоспособности он считается испорченным и взамен него оформляется

1. повторный листок нетрудоспособности
2. продолжение листка нетрудоспособности
3. дубликат
4. первичный листок нетрудоспособности

14. при направлении больного на медико-социальную экспертизу хирург поликлиники оформляет форму

1. 025/у-04
2. 030/у-04
3. 070/у-04
4. 088/у-06

15. ОДНА ДОЛЖНОСТЬ АМБУЛАТОРНОГО ВРАЧА-ХИРУРГА УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА

1. 1 000 человек населения
2. 5 000 человек населения
3. 10 000 человек населения
4. 20 000 человек населения

16. Функции амбулаторного хирургического отделения

1. оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным хирургическими заболеваниями
2. проведение мероприятий по профилактике развития хирургических заболеваний
3. проведение экстренных оперативных вмешательств при абдоминальной патологии
4. осуществление экспертизы временной нетрудоспособности больных хирургическими заболеваниями

17. На больных, взятых под диспансерное наблюдение, хирург поликлиники заполняется учетную форму

1. 025/у-04
2. 030/у-04
3. 070/у-04
4. 088/у-06

18. учетная форма [N 030/у-04](#Par386) ЭТО

1. медицинская карта амбулаторного больного
2. контрольная карта диспансерного наблюдения
3. талон амбулаторного пациента
4. направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь

19. учетная форма [N 025/у-04](#Par115) это

1. медицинская карта амбулаторного больного
2. контрольная карта диспансерного наблюдения
3. талон амбулаторного пациента
4. направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь

20. учетная форма [N 088/у-06](#Par115) это

1. медицинская карта амбулаторного больного
2. контрольная карта диспансерного наблюдения
3. талон амбулаторного пациента
4. направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь

***III. Темы для доклада.***

1). Правила оформления электронного листка нетрудоспособности

2). Диспансеризация хирургических больных

***IV. Перечень документов, предлагаемых студентам для письменного оформления:***

1. Медицинская карта пациента, получающего амбулаторную помощь.
2. Талон пациента, получающего амбулаторную помощь
3. Листок нетрудоспособности
4. Направление на госпитализацию, консультацию
5. Карта диспансерного учета
6. Карта стационарного больного (для пациентов дневного стационара)

***V. Ситуационные задачи***

**Задача №1 (тема ЭВН)**

К хирургу поликлиники в понедельник обратился больной К., 25 лет с жалобами на боль, кровоподтеки, припухлость в области лица. Накануне, в выходной день был избит неизвестными на улице. Обратился к дежурному нейрохирургу приемного отделения травматологической больницы, который установил диагноз «ушиб мягких тканей лица», оказал помощь больному и выдал справку с указанием даты и времени обращения, диагноза, проведенных обследований, оказанной медицинской помощи, признал больного нетрудоспособным и рекомендовал дальнейшее лечение у хирурга по месту жительства. Пациент в воскресенье выйти на работу не смог.

ЗаданиЕ:

Как правильно оформить листок нетрудоспособности хирургу поликлиники?

**Задача № 2 (тема ЭВН)**

Больной Сидорков И.И., работает на стройке, обратился к хирургу поликлиники 02.02.2016 с жалобами на боли и отек в области правого коленного сустава, в анамнезе отмечает травму несколько лет назад. Врач осмотрел больного и поставил диагноз «посттравматический артрит правого коленного сустава», назначил R-графию, консервативное лечение и признал больного нетрудоспособным с 02.02.2016 по 12.02.2016. Выписывая лист нетрудоспособности синими чернилами, врач указал фамилию пациента – Сидоров И.И., обнаружил свою неточность и подписал сверху букву «к».

ЗаданиЕ:

1) Оцените правильность оформления листка нетрудоспособности.

2) Как правильно оформить лист нетрудоспособности в данной ситуации?

**Задача № 3 (тема ЭВН)**

К хирургу поликлиники 15.03 2016 обратился больной с жалобами на рану в области правого бедра, кровоподтеки, ссадины правой голени и предплечья. Отмечает, что травму получил в быту накануне, самостоятельно обработал велтосептом и раствором перекиси водорода 3%, к врачам в этот день обратиться не смог, плохо себя чувствовал, на работу не пошел и пропустил рабочую смену. Врач осмотрел больного, провел первичную хирургическую обработку раны под местной анестезией и признал пациента нетрудоспособным на неделю.

ЗаданиЕ:

1) Как правильно оформить лист нетрудоспособности, если больной получил травму накануне, а в медицинское учреждение обратился на следующий день.

2) Назовите даты нетрудоспособности больного.

**Задача № 4 (тема ЭВН)**

К хирургу поликлиники обратилась больная с жалобами на наличие округлого безболезненного образования на спине плотно-тестоватой консистенции размерами 1,5х1,5 см, спаянное с дермой и смещаемое относительно подлежащих тканей. Врач осмотрел больную, поставил диагноз и рекомендовал плановое оперативное лечение в условиях поликлиники. Но пациентка начала сомневаться в необходимости оперативного лечения, мотивируя тем, что она работает в двух учреждениях и много теряет в заработной плате по месту работы по совместительству, где работает в течение года.

ЗаданиЕ:

1) Как выписать лист нетрудоспособности в данной ситуации?

**Задача № 5 (тема ЭВН)**

К хирургу поликлиники 10.01.2017 г. обратился больной М., 35 л. с жалобами на боли, припухлость, покраснение левой голени, t=38ºС. Из анамнеза: 4 дня назад поранил голень проволокой во время работы на даче. Объективно: в средней трети левой голени определяется инфильтрат 6х6см. с четкими границами, болезненный при пальпации, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, определяется флюктуация.

Врач признал больного нетрудоспособным и выписал листок нетрудоспособности с 10.01.2017 по 17.01.2017, затем ввиду необходимости лечения продлил листок нетрудоспособности с 18.01.2017 по 25.01.2017.

ЗаданиЕ:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Оцените правильность оформления листка нетрудоспособности.

**Задача № 6 (тема ЭВН)**

К хирургу поликлиники обратился больной М., 30 лет с жалобами на боль в области раны верхней трети правого бедра. Из анамнеза: 1 час назад случайно в быту порезался стеклом. Объективно: в верхней трети правого бедра определяется рана 5х3 см., зияет, кровоточит. Врач выполнил ПХО раны, мероприятия по профилактике столбняка. При оформлении листка нетрудоспособности выяснилось, что пациент работает в течение 1 года по основному месту работы преподавателем медицинского ВУЗа, на условиях внешнего совместительства на 0,25 ставки в течение 3 лет врачом-терапевтом в больнице и на 0,25 ставки в течение 1,5 лет преподавателем медицинского колледжа.

ЗАДАНИЕ:

Как правильно хирургу поликлиники осуществить экспертизу временной нетрудоспособности пациента?

**Тема 2** «Организация работы дневного хирургического стационара»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

-наблюдение и оценка деятельности обучающегося в процессе освоения профессионального модуля,

- творческое задание

- УИРС

- презентация

- доклад

-собеседование

-ситуационные задачи

-тестирование

-демонстрация алгоритма выполнения практического навыка

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для собеседования и устного опроса***
2. Порядок оказания помощи в дневном хирургическом стационаре. Приказ N 438 от 09.12.1999г. "Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях". Документация дневного хирургического стационара.
3. Клиника, диагностика и лечение хронической артериальной недостаточности. Облитерирующий атеросклероз, эндартериит сосудов нижних конечностей. Клиника, диагностика и лечение больных с синдромом диабетической стопы. Классификация СДС.
4. Клиника, диагностика и лечение хронической венозной недостаточности. Варикозное расширение вен нижних конечностей, поверхностный и глубокий тромбофлебит, ПТФБ. Техника операций: флебэктомия, склеротерапия, ЭВЛО, криостриппинг,
5. Клиника, диагностика и консервативное лечение больных с ПХЭС.
6. Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке на парентеральное введение лекарственных средств.
7. ***Тестовые задания***

1. При облитерирующим атеросклерозе сосудов нижних конечностей аторвастатин назначают в дозе:

1) 2,5 мг в день

2) 1200 мг в день

3) 10-20 мг в день

4) 75 мг в день

2. Больному с синдромом Лериша назначен аторвастатин. Аторвастатин назначают под контролем:

1. АлАТ, АсАТ

2. МНО

3. глюкозы крови

4. СРБ

3. Больному с атеросклерозом сосудов нижних конечностей пентоксифиллин назначают в дозе:

1) 2,5 мг в день

2) 1200 мг в день

3) 10-20 мг в день

4) 75 мг в день

4. Больному с тромбозом глубоких вен варфарин назначают в дозе:

1) 2,5- 5 мг в день

2) 1200 мг в день

3) 20 мг в день

4) 75 мг в день

5. Больному с варикозным расширением вен нижних конечностей клопидогрель назначают в дозе:

1) 2,5 мг в день

2) 1200 мг в день

3) 10-20 мг в день

4) 75 мг в день

6. Больному с варикозным расширение вен нижних конечностей аспирин назначат в дозе:

1) 2,5 мг в день

2) 1200 мг в день

3) 10-20 мг в день

4) 75-150 мг в день

7. Пациенту с патологией сосудов нижних конечностей назначен диосмин. К какой группе препаратов относят диосмин?

1. антикоагулянт

2. антиагрегант

3. флеботоник

4. статин

8. Больному с варикозным расширением вен нижних конечностей диосмин назначают в дозе:

1) 2,5 мг в день

2) 75 мг в день

3) 600 мг в день

4) 10 мг в день

9. Диосмин назначают при:

1. хронической артериальной недостаточности

2. хронической венозной недостаточности

3. острой артериальной недостаточности

4. сердечной недостаточности

10. Диосмин назначают при:

1. атеросклерозе сосудов нижних конечностей

2. абсцесс бедра

3. панариций

4. варикозном расширении вен конечностей

11.Факторы риска в развитии хронической венозной недостаточности:

1. прием аспирина

2. прием оральных контрацептивов

3. прием диосмина

4. прием пентоксифиллина

12. На прием к хирургу поликлиники обратилась пациентка, чья наследственность отягощена по риску развития варикозного расширения вен нижних конечностей. Работает продавцом. Какой класс компрессионного трикотажа вы порекомендуете для профилактики развития ХВН:

1. I класс

2. II класс

3. III класс

4. IV класс

13. К хирургу поликлиники обратилась женщина 25 лет, беременность 20 недель, отмечает тяжесть в ногах к концу дня. Какой класс компрессионного трикотажа вы порекомендуете для профилактики развития симптомов хронической венозной недостаточности.

 1. I класс

2. II класс

3. III класс

4. IV класс

14. К хирургу поликлиники обратилась пациентка 50 лет, планирует оперативное вмешательство на матке. Видимых изменений со стороны вен нижних конечностей не выявлено. Какой класс компрессионного трикотажа на нижние конечности вы порекомендуете с целью профилактики тромбообразования во время операции под наркозом:

1. I класс

2. II класс

3. III класс

4. IV класс

15. К хирургу поликлиники обратилась пациентка, после обследования врач установил диагноз: «Варикозное расширение вен нижних конечностей. ХВН С2s». Какой класс компрессионного трикотажа вы порекомендуете для прогрессирования симптомов ХВН:

1. I класс

2. II класс

3. III класс

4. IV класс

16. К хирургу поликлиники обратилась женщина 25 лет., жалуется на тяжесть в ногах к концу дня, отеки. Принимает оральные контрацептивы. При осмотре врач выявил венозный рисунок на голенях. Какой класс компрессионного трикотажа вы порекомендуете:

1. I класс

2. II класс

3. III класс

4. IV класс

17. Какой вид спорта противопоказан пациентам с варикозным расширением вен нижних конечностей.

1. плавание

2. велоспорт

3. спортивная ходьба

4. тяжелая атлетика

18. Во время длительных авиаперелетов для профилактики тромбообразования в венах нижних конечностей вы порекомендуете:

1. прием жидкости

2. упражнения на сокращение мыщц голени

3. прием апирина

4. прием жидкости, упражнения на сокращение мыщц голени, прием апирина

19. Пациенту с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей вы рекомендуете ЗОЖ - тренировочную ходьбу. Для чего?

1. улучшает работу мышечной помпы

2. улучшает работу клапанного аппарата

3. улучшает развитие коллатералей

4. замедляет формирование бляшки

20. ВЫ - ВРАЧ ХИРУРГ ПОЛИКЛИНИКИ. ВАМ НЕОБХОДИМО НАПРАВИТЬ ПАЦИЕНТА НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР. ВЫ ЗАПОЛНИТЕ ФОРМУ:

1. 025/у-04
2. 030/у-04
3. 057/у-04
4. 088/у-06
5. ***Темы для доклада***

1). Антикоагулянты и антиагреганты в лечении больных с заболеваниями периферических сосудов нижних конечностей.

2). Синдром Лериша.

1. ***Творческое задание***

1). Составление раздаточного материала по тематике занятия

1. ***Темы для УИРС***

1). Лечение трофических язв в амбулаторных условиях

2). Лечение больных с заболеваниями периферических сосудов в амбулаторных условиях

1. ***Темы для презентации***

1). Профилактика ХВН.

2). Синдром диабетической стопы

1. ***Перечень практических навыков для демонстрации***

1). Функциональные пробы при хронической артериальной недостаточности

2). Функциональные пробы при хронической венозной недостаточнчости

3). Измерение ЛПИ.

1. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1 (тема ДС)**

В дневной хирургический стационар поступил больной К 70 лет с жалобами на боли в ногах, возникающие при ходьбе на расстоянии 400 метров, от которых вынужден останавливаться и отдыхать, зябкость ног. Много курит.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 150/90 мм рт ст., PS 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: кожные покровы нижних конечностей бледные, сухие, волосяной покров обеднен, пульсация на a. dorsalis pedis и а. tibialis posterior снижена.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 4. Дайте рекомендации больному после выписки из ДС.

**Задача № 2 (тема ДС)**

В дневной хирургический стационар поступила больная М 60 лет с жалобами на боли в правой нижней конечности, отеки на голени и стопе, возникающих к концу дня, судороги по ночам.

Из анамнеза известно, что 1 год назад лечилась по поводу острых болей и выраженного отека в правой нижней конечности.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: правая нижняя конечность увеличена в объеме + 2 см по сравнению с левой, в нижней трети правой голени по медиальной поверхности определяется язвенный дефект размерами 3х2 см, с налетом фибрина, отделяемое серозное.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 4. Дайте рекомендации больному после выписки из ДС.

**Задача № 3 (тема ДС)**

В дневной хирургический стационар поступил больной М., 65 лет с жалобами на боли в икроножных мышцах, возникающие при ходьбе на расстоянии 230 метров, от которых вынужден останавливаться и отдыхать, парастезии, зябкость стоп. Страдает в течение 5 лет СД II типа.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 150/90 мм рт ст., PS 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: кожные покровы нижних конечностей бледные, сухие, кожа истончена, пульсация на a. dorsalis pedis и а. tibialis posterior снижена. На II пальце правой стопы по боковой поверхности определяется поверхностный язвенный дефект 1х1 см в переделах кожи, на дне его – налет фибрина.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 4. Выполните перевязку данному пациенту.

**Задача № 4 (тема ДС)**

В дневной хирургический стационар поступил больной Н., 30 лет с жалобами боли в ногах, возникающие при ходьбе на расстоянии 150 метров, от которых вынужден останавливаться и отдыхать. Ранее отмечал в холодное время года, при длительной ходьбе, появление ощущения похолодания в I пальце стопы. Работает бурильщиком в условиях Крайнего Севера, курит до 15 сигарет в день.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 110/70 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: кожные покровы нижних конечностей сухие, волосяной покров на передней поверхности голеней обеднен, ногтевые пластины ломкие, с участками онихомикоза, пульсация на a. dorsalis pedis практически не определяется.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 4. Дайте рекомендации больному после выписки из ДС.

**Задача № 5 (тема ДС)**

В дневной хирургический стационар поступила больная К., 55 лет с жалобами на периодические боли в правом подреберье после приема жирной пищи. Из анамнеза: 5 лет назад пациентке выполнена холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, слабо безболезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данной пациентке.

 4. Дайте рекомендации больной после выписки из ДС.

**Задача № 6 (тема ДС)**

В дневном хирургическом стационаре на лечении находится пациент с диагнозом «Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. ХАН II А ст». Больному назначено в/в капельное введение сулодексида, через 5 минут от начала введения препарата, пациент начал жаловаться на затрудненное дыхание, резкую слабость и головокружение. Процедурная медицинская сестра обратила внимание на бледность кожных покровов больного, измерила АД – 80/50 мм.рт.ст., PS 110 в минуту и пригласила врача.

Задание: 1. Определите состояние пациента.

 2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

**Тема 3 «**Организация работы стационара на дому**».**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

-наблюдение и оценка деятельности обучающегося в процессе освоения профессионального модуля,

- презентация

- доклад

- собеседование

- тестирование

- ситуационные задачи

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для собеседования и устного опроса***
2. Порядок работы стационара на дому, функции стационара на дому.
3. Классификация, этиология, патогенез пролежней. Лечение пролежней
4. Профилактика пролежней.
5. Трофические язвы нижних конечностей. Патогенез трофических язв. Лечение трофических язв.
6. Асцит, этиология, патогенез, клиника. Техника лапароцентеза при асците.
7. ***Тестовые задания***

1. Пациент стационара на дому находится длительно на постельном режиме. В крестцовой области определяется постоянное красное пятно. У кажите стадию пролежня?

1. первая

2. вторая

3. третья

4 четвертая

2. Пациент стационара на дому находится длительно на постельном режиме. В крестцовой области определяется некроз кожи. У кажите стадию пролежня?

1. первая

2. вторая

3. третья

4 четвертая

3. Пациент стационара на дому находится длительно на постельном режиме. В крестцовой области определяется некроз кожи и подкожножировой клетчатки без вовлечения фасции. У кажите стадию пролежня?

1. первая

2. вторая

3. третья

4 четвертая

4. Пациент стационара на дому находится длительно на постельном режиме. В крестцовой области определяется некроз кожи, подкожножировой клетчатки, мышц. У кажите стадию пролежня?

1. первая

2. вторая

3. третья

4 четвертая

5. Для симптоматической терапии после операции в стационаре на дому по поводу абсцедирующего фурункула ибупрофен назначают в дозе:

1. 15 мг 1 раз в день

2. 100 мг 2 раза в день

3. 8 мг 2 раза в день

4. 400 мг 2 раза в день

6. Больному после вскрытия подкожного панариция в стационаре на дому назначен цефтриаксон. К какой группе препаратов относят цефтриаксон?

1. антигистаминный препарат

2. антибиотик группы макролидов

3. антибиотик группы бета-лактамов

4. антибиотик группы фторхинолонов

7. Больному после вскрытия абсцесса в стационаре на дому назначен ципрофлоксацин. К какой группе препаратов относят ципрофлоксацин?

1. антигистаминный препарат

2. антибиотик группы макролидов

3. антибиотик группы бета-лактамов

4. антибиотик группы фторхинолонов

8. Больному после вскрытия паранихия в стационаре на дому назначен азитромицин. К какой группе препаратов относят азитромицин?

1. антигистаминный препарат

2. антибиотик группы макролидов

3. антибиотик группы бета-лактамов

4. антибиотик группы фторхинолонов

9. Для симптоматической терапии после операции в стационаре на дому по поводу гидраденита больному назначен нимесулид. К какой группе препаратов относят нимесулид?

1. антикоагулянт

2. антиагрегант

3. флеботоник

4. НПВС

10. Для симптоматической терапии после операции по поводу подкожного панариция больному назначен лоратадин. К какой группе препаратов относят лоратадин?

1. антигистаминный препарат

2. антиагрегант

3. флеботоник

4. НПВС

1. ***Темы для доклада***

1). Профиликтика пролежней

2). Техника лапароцентеза

1. ***Темы для презентации***

1). Этиология, патогенез и лечение асцита

2). Лечение трофических язв конечностей

1. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1 (тема СнД)**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту М., 74 лет, с жалобами на наличие раны в области крестца. Из анамнеза известно, что 2 года назад больной перенес геморрагический инсульт, парализована правая рука и нога, находится на постельном режиме.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в области крестца определяется язвенный дефект 5х5 см, на всю толщу подкожно-жировой клетчатки без вовлечения фасции, отделяемое серозно-гнойное, по краям дефекта ткани тусклые, темно-серого цвета, местами с линией демаркации.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 3. Выполните перевязку больному.

**Задача № 2 (тема СнД)**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту К., 84 лет, с жалобами на наличие, незаживающего в течение 3 месяцев, язвенного дефекта по медиальной поверхности левой голени. Из анамнеза известно, что 5 лет назад больной перенес тромбофлебит глубоких вен левой голени.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 150/100 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: левая голень + 2,5 см по сравнению с правой, по медиальной поверхности левой голени определяется язвенный дефект 5х5 см, отделяемое серозно-гнойное, на дне – фибрин, местами вялые грануляции.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 3. Выполните перевязку больному.

**Задача № 3 (тема СнД)**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту Н., 80 лет, которому выполнена ампутация правой нижней конечности на уровне в/3 бедра по поводу гангрены правой стопы на фоне облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. Пациент находится на постельном режиме, подвижность его ограничена, аппетит плохой, родственники переживают, что у пациента могут возникнуть пролежни. Пациент курит по 10 сигарет в день.

Объективно: телосложение пациента ниже среднего, кожные покровы сухие. дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание самостоятельное, стул не нарушен.

Задание: 1. Оцените риск развития пролежней по шкале Ватерлоу. (шкала прилагается)

 2. Дайте рекомендации родственникам по профилактике пролежней у больного.

 3. Наметьте план мероприятий по диспансеризации больного.

**Задача № 4 (тема СнД)**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту М., 78 лет, с жалобами на боль, припухлость в с/3 правого бедра, беспокоит в течение 5 суток. Из анамнеза известно, что пациент в течение 20 лет страдает СД II типа.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в области с/3 правого бедра определяется участок гиперемии 2х2 см, с гнойным стержнем в центре, кожа вокруг отечна, болезненна при пальпации, горячая на ощупь, определяется размягчении тканей.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Лечение больного.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

**Задача № 5 (тема СнД)**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту М., 80 лет, с жалобами на увеличение живота. Из анамнеза известно, что пациент страдает циррозом печени, 3 месяца назад находился на стационарном лечении, тогда отмечал наличие черного стула.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, АД 130/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот увеличен в объеме, перкуторно – свободная жидкость в брюшной полости. Печень + 4 см из под края реберной дуги. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Лечение больного.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

**Задача № 6 (тема СнД)**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту К., 78 лет, ранее выписан из сосудистого отделения, где находился с жалобами на боль, припухлость, уплотнение в виде шнура по медиальной поверхности левой голени.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в области с/3 левой голени определяется участок 3х0,5 см плотной консистенции, практически безболезненный, кожа на этом участке слегка гиперпигментирована, гиперемии, отека нет.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Лечение больного.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

**Тема 4 «**Организация плановой оперативной помощи населению в условиях стационарозамещающих технологий»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

-наблюдение и оценка деятельности обучающегося в процессе освоения профессионального модуля,

- презентация

- доклад

- собеседование

- тестирование

- ситуационные задачи

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для собеседования и устного опроса***
2. Предоперационный период, этапы. Предоперационное обследование плановых больных. Виды предоперационной подготовки больного, препараты для премедикации. Заполнение информированного согласия на операцию.
3. Подготовка хирурга к операции. Уровни деконтаминации рук. Техника мытья рук.
4. Обезболивание в амбулаторных условиях. Виды анестезии. Техника выполнения местной инфильтрационной и проводниковой анестезии.
5. Техника операций: флебэктомия, склеротерапия, ЭВЛО, криостриппинг, грыжесечение при паховой, пупочной, грыжи белой линии живота, удаление липомы, атеромы, папилломы, гигромы, фиброаденомы, лигирование геморроидальных узлов.
6. Послеоперационный период, осложнения и их профилактика.
7. Вич-аварийные ситуации, алгоритм действий при них. СанПин 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции»
8. ***Тестовые задания***

1. Больному, прооперированному по поводу паховой грыжи в условиях стационарозамещающих технологий мелоксикам назначают в дозе:

1. 15 мг 1 раз в день

2. 100 мг 2 раза в день

3. 8 мг 2 раза в день

4. 400 мг 2 раза в день

2. Пациенту, прооперированному по поводу паховой грыжи в условиях стационарозамещающих технологий назначен ибупрофен. К какой группе препаратов относят ибупрофен?

1. антибиотик

2. НПВС

3. антигистаминный препарат

4. антикоагулянт

3. Пациенту, прооперированному в Центре амбулаторной хирургии назначен ибупрофен, его суточная доза составляет?

1. 2,5-5 мг

2. 1200 мг

3. 400 мг 2 раза

4. 100 мг 2 раза

4. Пациенту, прооперированному в Центре амбулаторной хирургии назначен ацеклофенак. К какой группе препаратов относят ацеклофенак?

1. антибиотик

2. НПВС

3. антигистаминный препарат

4. антикоагулянт

5. Пациенту, прооперированному в Центре амбулаторной хирургии с левосторонней паховой грыжей назначен ацеклофенак, его суточная доза составляет?

1. 2,5-5 мг

2. 1200 мг

3. 400 мг 2 раза

4. 100 мг 2 раза

 6. Какую учетную форму заполнит хирург для направления на госпитализацию на оперативное лечение в Центр амбулаторной хирургии?

1. 025/у

2. 030/у

3. 057/у

4. 027/у

7. У больного пупочная грыжа. Какой метод анестезии используют?

1. инфильтрационная

2. по Оберсту-Лукашевичу

3. спинальная анестезия

4. наркоз

8. Для инфильтрационной анестезии используют?

1. новокаин 0.25%

2. лидокаин 5%

3. новокаин 5%

4. наропин 7%

9. Пациенту в качестве премедикации перед операции по поводу грыжи белой линии живот в ЦАХ назначен димедрол 1% -1,0 мл. К какой группе препаратов относят димедрол?

1. антибиотик

2. НПВС

3. антигистаминный препарат

4. антикоагулянт

10. Грыжесечение по Лихтенштейну - это?

1. пластика передней стенки пахового канала местными тканями

2. пластика задней стенки пахового канала местными тканями

3. пластика пупочного кольца

4. пластика задней стенки пахового канала полипропиленовой сеткой

1. ***Темы для доклада***
2. Техника грыжесечения по Лихтенштейн.
3. Криостриппинг
4. ***Темы для презентации***
5. Эндоваскулярная лазерная облитерация.
6. Методы оперативного лечения пупочных грыж
7. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1 (тема ОБ)**

В ЦАХ на плановое оперативное лечение поступила пациентка М, 45 лет с жалобами на тяжесть в ногах, отеки к вечеру на голенях и стопах, судороги по ночам.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 110/70 мм рт ст., PS 74 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: на медиальной поверхности правой голени и бедра определяется варикозно-расширенные вены, пастозность голеней.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Предоперационная подготовка и обследование больного.

 3.Напишите протокол операции, проведенной данной пациентке.

**Задача № 2 (тема ОБ)**

В ЦАХ на плановое оперативное лечение поступил пациент Н, 40 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в правой паховой области, беспокоит в течении 1 года, возникло после подъема тяжестей.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 74 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в правой паховой области определяется опухолевидное образование 3х3см, мягкоэластической консистенции, вправляющееся в брюшную полость, кашлевой толчок передается, дефект апоневроза 2,5см.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Предоперационная подготовка и обследование больного.

 3.Напишите протокол операции, проведенной данному пациенту.

**Задача № 3 (тема ОБ)**

К хирургу поликлиники на плановое оперативное лечение поступил пациент К, 35 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в средней трети правого бедра, беспокоит в течении 10 лет, постепенно увеличивалось в размерах.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 74 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в средней трети правого бедра определяется образование 2х2 см, мягко-эластической консистенции, подвижное, безболезненное, кожа над ним не изменена.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Предоперационная подготовка и обследование больного.

 3.Напишите протокол операции, проведенной данному пациенту.

**Задача № 4 (тема ОБ)**

В ЦАХ на плановое оперативное лечение поступила больная К., 26 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в правой молочной железе, обследована в онкодиспансере – при гистологическом исследовании выявлен доброкачественный характер патологии.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 110/70 мм рт ст., PS 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в нижненаружном квадранте правой молочной железы определяется образование 2х2 см, плотной консистенции, подвижное, не спаяно с кожей, безболезненное, кожа над ним не изменена, регионарные лимфоузлы не пальпируются.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Предоперационная подготовка и обследование больной.

 3.Напишите протокол операции, проведенной данной пациентке.

**Задача № 5 (тема ОБ)**

В ЦАХ на плановое оперативное лечение поступил пациент М, 50 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в пупочной области, беспокоит в течении 3 месяцев, возникло после подъема тяжестей.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 74 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в пупочной области определяется опухолевидное образование 3х3см, мягкоэластической консистенции, вправляющееся в брюшную полость, кашлевой толчок передается, дефект апоневроза 2,5см.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Предоперационная подготовка и обследование больного.

 3.Напишите протокол операции, проведенной данному пациенту.

**Задача № 6 (тема ОБ)**

В ЦАХ во время планового грыжесечения при выполнении разреза подкожножировой клетчатки, хирургу в глаз струей попала кровь больного, при этом он случайно порезался скальпелем. Хирург снял перчатку, выдавил кровь из ранки, обработал 70% спиртом, одел стерильную перчатку и продолжил оперативное вмешательство.

Задание: 1. Оцените действия хирурга.

 2. Ваши действия.

**Тема 5** «Организация экстренной оперативной помощи населению в условиях стационарозамещающих технологий».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

- наблюдение и оценка деятельности обучающегося в процессе освоения профессионального модуля,

- УИРС

- презентация

- доклад

- собеседование

- тестирование

- ситуационные задачи

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для собеседования и устного опроса***
2. Оперативное и консервативное лечение больных с острой гнойной хирургической инфекцией. Способы обезболивания в условиях стационарозамещающей хирургической помощи.
3. Лечение гнойных ран по фазам раневого процесса.
4. Клиника, диагностика и лечение хирургической инфекции мягких тканей I и II уровня (D.H. Ahrenholz, 1991) – фурункула, карбункула, гидраденита, рожистого воспаления, эризипелоида, абсцесса, флегмоны.
5. Клиника, диагностика и лечение лимфангиита, лимфаденита. Тактика хирурга поликлиники.
6. Клиника, диагностика и лечение различных форм панариция в условиях стационарозамещающих технологий. Анатомия кисти.
7. ПХО ран, показания, ход операции.
8. Экстренная профилактика столбняка. Приказ N 174 от 17.05.1999 "О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка".
9. ***Тестовые задания***

1. Больному после вскрытия абсцесса бедра назначен цефтриаксон. К какой группе препаратов относят цефтриаксон?

1. антигистаминный препарат

2. антибиотик группы макролидов

3. антибиотик группы бета-лактамов

4. антибиотик группы фторхинолонов

2. Больному после вскрытия флегмоны кисти назначен ципрофлоксацин. К какой группе препаратов относят ципрофлоксацин?

1. антигистаминный препарат

2. антибиотик группы макролидов

3. антибиотик группы бета-лактамов

4. антибиотик группы фторхинолонов

3. Больному после вскрытия подкожного панариция назначен азитромицин. К какой группе препаратов относят азитромицин?

1. антигистаминный препарат

2. антибиотик группы макролидов

3. антибиотик группы бета-лактамов

4. антибиотик группы фторхинолонов

4. Больному после вскрытия флегмоны бедра цефтриаксон назначают в дозе:

1. 1 гр в день

2. 2,5 мг в день

3. 10 мг в день

4. 100 мг дважды в день

5. Для симптоматической терапии после операции по поводу хирургической инфекции мягких тканей больному назначен мелоксикам. К какой группе препаратов относят мелоксикам?

1. антикоагулянт

2. антиагрегант

3. флеботоник

4. НПВС

6.Для симптоматической терапии после операции по поводу хирургической инфекции мягких тканей больному назначен лоратадин. К какой группе препаратов относят лоратадин?

1. антигистаминный препарат

2. антиагрегант

3. флеботоник

4. НПВС

# 7. Пациент жалуется на боль, припухлость, покраснение околоногтевого валика II пальца правой кисти. Диагноз?

# 1. панариций

# 2. паранихий

# 3. пандактилит

# 4. флегмона пальца

# 8.Пациент жалуется на боль, припухлость, покраснение на дистальной фаланге ладонной поверхности III пальца левой кисти. Болен в течение 4 дней. Диагноз?

# 1. панариций

# 2. паранихий

# 3. пандактилит

# 4. флегмона пальца

9. Выберите критерий синдрома системного воспалительного ответа:

1. температура >39ºС

2. температура <35ºС

3. температура >38ºС и <36ºС

4. температура >40ºС

10. Выберите критерий синдрома системного воспалительного ответа:

1. брадикардия < 60 в минуту

2. брадикардия < 50 в минуту

3. тахикардия > 80 в минуту

4. тахикардия > 90 в минуту

11. Выберите критерий синдрома системного воспалительного ответа:

1. тахипное >16 в минуту

2. тахипное >18 в минуту

3. тахипное >20 в минуту

4. тахипное >22 в минуту

12. Выберите критерий синдрома системного воспалительного ответа:

1. лейкоцитоз >10\*10⁹/л

2. лейкопения <3\*10⁹/л

3. лейкоцитоз >12\*10⁹/л и лейкопения <4\*10⁹/л

4. лейкопения <2\*10⁹/л

13. Пациент получил инфицированную рану. Полный курс профилактических прививок от столбняка проведен менее 5 лет назад. Как проведут экстренную профилактику от столбняка?

1. вакцинация не проводится

2. АС 0,5 мл

3. АС 1 мл

4. АС 1 мл + ПСЧИ 250 МЕ

14. Пациент получил инфицированную рану. Полный курс профилактических прививок от столбняка проведен более 5, но менее 10 лет лет назад. Как проведут экстренную профилактику от столбняка?

1. вакцинация не проводится

2. АС 0,5 мл

3. АС 1 мл

4. АС 1 мл + ПСЧИ 250 МЕ

15. Пациент получил инфицированную рану. Полный курс профилактических прививок от столбняка проведен более 10 лет лет назад. Как проведут экстренную профилактику от столбняка?

1. вакцинация не проводится

2. АС 0,5 мл

3. АС 1 мл

4. АС 1 мл + ПСЧИ 250 МЕ

16. Военнослужащий получил инфицированную рану. Сведений о прививках от столбняка нет. Как проведут экстренную профилактику от столбняка?

1. вакцинация не проводится

2. АС 0,5 мл

3. АС 1 мл

4. АС 1 мл + ПСЧИ 250 МЕ

17. При вскрытии внутрикожного панариция используют следующий метод анестезии:

1. инфильтрационная анестезия

2. по Лукашевичу-Оберсту

3. общая анестезия

4. без анестезии

18. При вскрытии подкожного панариция используют следующий вид анестезии:

1. инфильтрационная анестезия

2. по Лукашевичу-Оберсту

3. общая анестезия

4. без анестезии

19. При вскрытии паранихии используют следующий вид анестезии:

1. инфильтрационная анестезия

2. по Лукашевичу-Оберсту

3. общая анестезия

4. без анестезии

20. Пациенту вскрыли абсцесс правого бедра. Установили пассивный дренаж. Выберите, что относят к пассивному дренажу.

1. марлевая турунда

2. резиновая полоска

3. ирригационная система

4. вакуум-аспирационная система

1. ***Темы для доклада***

1). Экстренная профилактика столбняка

2). Метициллинорезистентные стафилококки в этиологии хирургической инфекции мягких тканей.

1. ***Темы для УИРС***

1). Видовой состав и антибиотикочувствительность возбудителей панарициев.

2). Видовой состав и антибиотикочувствительность возбудителей абсцессов мягких тканей.

1. ***Темы для презентации***

1). Анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей.

2). Дифференциальная диагностика карбункула мягких тканей.

1. ***Перечень практических навыков для демонстрации***

1). Выполнение ПХО на симуляторе.

1. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1 (тема ХИМТ)**

К хирургу поликлиники в в сентябре 2016г., обратился больной М., 46 л с жалобами на боли, припухлость, покраснение левой голени, t=38ºС. Из анамнеза: 4 дня назад поранил голень проволокой во время работы на даче. Объективно: в средней трети левой голени определяется инфильтрат 20х6см., болезненный при пальпации, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, определяется флюктуация.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) Каков объем по профилактике столбняка, если у больного есть сведения о введении следующих прививок:

АДС-М 0,5мл в 1997,

АДС-М 0,5 мл в июне 2009г.,

АДС-М 0,5 мл в июле 2009г.,

АДС-М 0,5 мл в январе 2010г.

**Задача № 2 (тема ХИМТ)**

К хирургу поликлиники в июне 2016г. обратился больной К., 36 г. с жалобами на припухлость в области раны и боль правого плеча, t= 37,9ºC. Из анамнеза: 4 дня назад в быту получил рану плеча, лечился самостоятельно. Объективно: на передней поверхности правого плеча в нижней трети имеется рана 2х2 см, глубиной до 1 см с умеренным серозно-гнойным отделяемым, кожа вокруг раны гиперемирована, отечна, горячая на ощупь, проксимальнее раны – “дорожка” гиперемии в виде сеточки, подмышечные лимфоузлы справа увеличены, болезненны, мягкой консистенции, кожа над ними не изменена.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) Каков объем мероприятий по профилактике столбняка, если у больного есть сведения о введении следующих прививок:

АДС-М 0,5 мл в 1996г,

АДС-М 0,5 мл в марте 2012г.,

АДС-М 0,5 мл в апреле 2012г.,

АДС-М 0,5 мл в сентябре 2013г.

**Задача № 3 (тема ХИМТ)**

К хирургу поликлиники в октябре 2016г., обратился подросток 16 лет с жалобами на сильные боли во II пальце левой кисти, от которых не смог уснуть предыдущую ночь. Из анамнеза: 5 дней назад занозил палец щепкой, самостоятельно ее удалил, обработал спиртом, 3 дня назад появились припухлость, гиперемия, болезненность II пальца левой кисти. Объективно: ногтевая фаланга на ладонной поверхности II пальца левой кисти отечна, гиперемирована, горячая на ощупь, при пальпации пуговчатым зондом определяется локальная болезненность, размягчение тканей на участке 0,5х0,3 см.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) Последняя прививка АДС-М 0,5 мл. была в мае 2006г. Ваши мероприятия по профилактике столбняка?

**Задача № 4 (тема ХИМТ)**

Больной К., 41 год обратился в ноябре 2016г., к хирургу поликлиники с жалобами на боль в области резаной раны левого бедра.

Из анамнеза: 1 час назад на улице был ранен ножом неизвестным.

Объективно: в с/3 левого бедра рана 3х2 см с ровными краями, кровоточит.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) Каков объем мероприятий по профилактике столбняка, если у больного есть сведения о введении следующих прививок:

АДС-М 0,5 мл в 1991г.,

АДС-М 0,5 мл в 2001г.,

АДС-М 0,5 мл в июне 2012г.,

АДС-М 0,5 мл в июле 2012г..

**Задача № 5 (тема ХИМТ)**

К хирургу поликлиники в феврале 2016г., обратился больной Н., 39 лет с жалобами на боль, покраснение, припухлость правой голени, t=39ºС. Из анамнеза: неделю назад ушиб правую стопу керамической плиткой на стройке, рану 0,5х1 см обработал 5% иодом, наложил повязку, к врачам не обращался. Объективно: на тыле стопы рана 0,5х1 см со скудным серозным отделяемым, в средней трети правой голени определяется гиперемия с четкими, неровными краями, как «языки пламени», голень увеличена в объеме, горячая на ощупь, при пальпации - болезненность.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) В чем заключается профилактика столбняка, если больной получил:

АДС-М 0,5 мл в июне 2004г,

АДС-М 0,5 мл в январе 2015г.?

**Задача № 6 (тема ХИМТ)**

К хирургу поликлиники в декабре 2016г. обратился военнослужащий К.,40 лет с жалобами на боль, покраснение вокруг раны левого предплечья, полученную в результате термического ожога 4 дня тому назад. Объективно: в средней трети левого предплечья имеется рана 3х4 см с гнойным отделяемым, кожа вокруг раны на участке 10х8 см гиперемирована, отечна, горячая на ощупь, определяется болезненность при пальпации, t=39,2ºС.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) Каков объем мероприятий по профилактике столбняка, если сведений о прививках у больного нет.

**Тема 6** «История эндоскопии, обзор основных эндоскопических методов диагностики и лечения, оборудование и инструменты. Диагностическая и лечебная эндоскопия».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

- наблюдение и оценка деятельности обучающегося в процессе освоения профессионального модуля,

- УИРС

- презентация

- доклад

- собеседование

- тестирование

- ситуационные задачи

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для собеседования и устного опроса***

1. Исторический обзор.

2. Инструменты для эндоскопии и лапароскопии.

3. Обработка и стерилизация инструментов.

4. Общие принципы эндоскопических вмешательств.

5. Ларингоскопия

6. Бронхоскопия

7. Медиастиноскопия

8. Эзофагоскопия

9. Гастродуоденоскопия, биопсия, осмотр БДС

10. Гастродуоденоскопия кровотечений, эндоскопические при-знаки ГДК, эндоскопические способы гемостаза.

11. Ректороманоскопия

12. Колоноскопия

13. Гистероскопия

1. ***Тестовые задания***

1. Для эндохирургии характерны следующие преимущества

* 1. снижение травматичности операции
	2. доступность медицинского оборудования для ЛПУ
	3. снижение сроков утраты трудоспособности
	4. косметический эффект
	5. снижение продолжительности операции

2. Лапароскопическую аппендэктомию впервые выполнил

* 1. Ю.В. Галингер
	2. Курт Земм
	3. Де Кок
	4. Уильям Сей
	5. Барри МакКернан

3. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКУЮ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ ВПЕРВЫЕ ВЫПОЛ-НИЛ

* 1. Рауль Пльмер
	2. Курт Земм
	3. Филипп Муре
	4. Янош Вереш

4. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛАПАРОСКОКИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТО-МИИ ЯВЛЯЕТСЯ

* 1. продолжительность заболевания более 24 часов
	2. плотный аппендикулярный инфильтрат
	3. тифлит с выраженной инфильтрацией основания аппендикса
	4. разлитой перитонит
	5. хронический бронхит

5. СИНДРОМ ПЯТОГО ДНЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ

* 1. холецистэктомии
	2. аппендэктомии
	3. резекции желудка
	4. спленэктомии
	5. герниопластике

6. НА ЗАВЕРШАЮЩЕМ ЭТАПЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

* 1. обзорную R-графию брюшной полости
	2. КТ
	3. пероральную холецистографию
	4. лапароцентез
	5. лапароскопию

7. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ПРИКРЫТОЙ ПЕРФОРАЦИИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИМЕНЯЮТ

* 1. гастродуоденоскопию
	2. обзорную рентгеноскопию брюшной полости
	3. УЗИ
	4. лапароскопию
	5. ирригоскопию

8. МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

1. растворение конкрементов литолитическими препаратами
2. микрохолецистостомия
3. дистанционная волновая литотрипсия
4. холецистэктомия
5. комплексная консервативная терапия

9. РЕШАЮЩИМ ОБСТОЯТЕЛЬСТВОМ ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О НЕОБХОДИМОСТИ ПЛАНОВОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. выраженный диспептический синдром
2. длительный анамнез
3. сопутствующие изменения печени
4. наличие эпизодов рецидивирующего панкреатита
5. наличие конкрементов в желчном пузыре

10. ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА ПРИМЕНЯЕТСЯ ИГЛА

1. Менгини
2. Вереша
3. Chiba
4. Кассирского

11. ОПТИМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ ДАВЛЕНИЯ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ СЧИТАЕТСЯ

1. 15-16 мм.рт.ст.
2. 12-14 мм.рт.ст.
3. 5-6 мм.рт.ст.
4. 7-8 мм.рт.ст.

12. ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОТДАЕТСЯ

1. гелию
2. аргону
3. углекислому газу
4. закиси азота
5. кислороду

13. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХО-ЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. ректороманоскоп
2. колоноскоп
3. фиброгастродуоденоскоп
4. фиброхолангиоскоп

14. ТРОАКАР ХАССОНА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

1. создания пневмоперитонеума
2. сохранения герметичности брюшной полости

при открытой лапароскопии

1. выполнения торакоскопии
2. интраперитонеальной герниопластики

15. ПРЕИМУЩЕСТВА БЕЗГАЗОВОЙ ЛАПАРОСКОПИИ

1. отсутствие необходимости в инсуффляторе
2. сокращение продолжительности операции
3. отсутствие прямых осложнений пневмоперитонеума
4. отсутствие гемодинамических и дыхательных расстройств

16. КРЮЧОК РЕДИКА - ЭТО

1. L-образный электрод
2. петлевой электрод
3. диссектор
4. игольчатый электрод

17. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ОСТАНОВКИ ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. орошение гемостатическими препаратами
2. электрокоагуляция
3. клипирование
4. обкалывание раствором адреналина
5. аргоноплазменная коагуляция

18. В ЭНДОХИРУРГИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ЭНДОСКОПЫ С НАПРАВЛЕ-НИЕМ ОСИ ЗРЕНИЯ

1. 00
2. 300
3. 450
4. 900
5. 1200

19. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПОКАЗАНА ПРИ

1. двусторонних грыжах
2. больших невправимых пахово-мошоночных грыжах
3. ущемленных грыжах
4. рецидивных грыжах
5. желании больного
6. ***Темы для доклада***
7. Перспектива развития эндоскопической хирургии;
8. Организация работы эндоскопического кабинета
9. Инструменты в эндоскопической хирургии
10. Методики обработки эндоскопических инструментов.
11. ***Темы для УИРС***

1). История развития лапароскопической хирургии.

2). Общие принципы эндоскопических вмешательств.

1. ***Темы для презентации***

1). Эндоскопический гемостаз.

2). Инструменты для эндоскопии и лапароскопии.

1. ***Перечень практических навыков для демонстрации***

1). Выполнение типичных операций на симуляторе.

1. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1**

У больной А., 40 лет, через 3 месяца после холецистэктомии по поводу флегмонозного холецистита внезапно появились приступообразные боли в правом подреберье, сопровождающиеся преходящей желтухой. При поступлении общий билирубин 96 мкмоль/л. После введения спазмолитиков, инфузионной терапии боли купируются.

Причины? План обследования? Диагноз? Лечение?

**Задача № 2**

У больной Г., 49 лет, во время операции холецистэктомии 1 год назад был пересечен общий желчный проток. Концы пересеченного протока были сшиты. Один месяц назад появилась умеренная, но постепенно нарастающая желтушность кожи и склер. В течение 7 дней кал ахоличный. Билирубин крови 110,3 мкмоль/л.

1) Диагноз?

2) Методы обследования?

3) Лечение?

**Задача № 3**

Больная Ф., 63 лет, перенесла холецистэктомию 7 дней назад по поводу бескаменного гангренозного холецистита. 2 дня назад состояние больной ухудшилось: появилось повышение температуры до 38,70C, озноб, желтушность кожи и склер. Печень увеличена в размере, болезненна при пальпации. Билирубин 162,4 мкмоль/л. Лейкоцитоз 14,3г/л.

1) Диагноз?

2) Тактика врача?

**Задача № 4**

Больной Г., 60 лет по поводу стеноза БСДК выполнена типичная ЭПСТ. Утром следующего дня больная предъявила жалобы на слабость, головокружение, однократный жидкий черный стул, умеренные боли в правом подреберье. При осмотре: живот незначительно вздут, при пальпации мягкий умеренно болезненный в правом подреберье и в подложечной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. АД — 100/60 мм рт. ст. Ps — 90 в минуту, слабого наполнения и напряжения, Hb — 105 г/л, эр. — 2,32 · 10 12 / л, амилаза крови — 128 ед.

1) Какое осложнение развилось?

2) Лечебная тактика.

**Тема 7** «Эндоскопическая и минимально инвазивная хирургия при лечении заболеваний поджелудочной железы».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

- наблюдение и оценка деятельности обучающегося в процессе освоения профессионального модуля,

- УИРС

- презентация

- доклад

- собеседование

- тестирование

- ситуационные задачи

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для собеседования и устного опроса***
2. Хирургическая анатомия поджелудочной железы.
3. Клиническая симптоматика заболеваний поджелудочной железы.
4. Лабораторная диагностика заболеваний поджелудочной железы (исследование внешней и внутренней секреции поджелудочной железы, определение маркеров опухо-лей поджелудочной железы).
5. Лучевые методы исследования поджелудочной железы.
6. Классификация, патогенез, симптоматика острого панкреатита.
7. Консервативная терапия острого панкреатита.
8. Показания к хирургическому лечению острого панкреатита.
9. Основные методы оперативного лечения острого панкреатита.
10. Классификация кист ПЖ. Стадии формирования кисты по Карагюляну.
11. Клиническая картина кист ПЖ.
12. Показания к хирургическому лечению кист ПЖ.
13. Наружное и внутреннее дренирование, радикальные и паллиативные операции.
14. ***Тестовые задания***

1. ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

1. схваткообразные боли
2. боль неопределенного характера
3. боль, вызывающая беспокойство
4. сильная, постоянная боль
5. боль отсутствует

2. БОЛЬНОЙ 35 ЛЕТ ПОСТУПИЛ И КЛИНИКУ С ДИАГНОЗОМ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ТЕСТ В ЭНЗИМНОЙ ФАЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. амилаза крови
2. трипсиноген
3. аминотрансфераза
4. альдолаза
5. лактаза

3. БОЛЬНОЙ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. целиакография
2. ультразвуковое исследование
3. лапароцентез
4. термография
5. гастродуоденоскопия

4. МЕХАНИЗМ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ САНДОСТАТИНА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

1. блокада блуждающего нерва
2. уменьшение воспаления в железе
3. уменьшение болей
4. угнетение секреции поджелудочной железы
5. инактивация панкреатических ферментов

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ КОСВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ

1. острые язвы желудка
2. острые язвы двенадцатиперстной кишки
3. отек и гиперемия задней стенки желудка
4. кровоизлияния на передней стенке желудка
5. утолщение складок желудка и двенадцатиперстной кишки

6. БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ НА 2-Е СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ДИАГНОЗОМ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ, ВЫРАЖЕННОЙ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ И ПАНКРЕАТОГЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ. УКАЖИТЕ МЕТОД ВЫВЕДЕНИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ ИЗ ОРГАНИЗМА

1. локальная внутрижелудочная гипотермия
2. перитонеальный диализ
3. катетеризация пупочной вены
4. катетеризация аорты
5. очистительная клизма

7. У БОЛЬНОГО 20 ЛЕТ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, НО НЕЛЬЗЯ ИСКЛЮЧИТЬ ПРОБОДНУЮ ЯЗВУ ЖЕЛУДКА. РЕШЕНО ВЫПОЛНИТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЛАПАРОСКОПИЮ. ВЫБЕРИТЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

1. пневматизация кишечника
2. гиперемия брюшины
3. отек большого сальника
4. наличие желудочного содержимого в брюшной полости
5. бляшки стеатонекроза на брюшине

8. В КАКОМ СЛУЧАЕ НАЗНАЧЕНИЕ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО?

1. деструктивные формы панкреатита
2. дыхательная недостаточность
3. гнойные осложнения панкреатита с почечно-печеночной недостаточностью
4. коллапс
5. желтуха

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ В ПОЗДНИЕ СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. гнойные осложнения
2. желтуха
3. энцефалопатия
4. кровотечение
5. тромбоэмболия легочной артерии

10. НА 15-Е СУТКИ У БОЛЬНОГО С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ СОХРАНЯЮТСЯ ВЫРАЖЕННЫЕ ЯВЛЕНИЯ ИНТОКСИКАЦИИ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 39°С, ОЗНОБ, ПОТЛИВОСТЬ, ЛЕЙКОЦИТОЗ, ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ. ДИАГНОЗ?

1. отечный панкреатит
2. абсцесс поджелудочной железы
3. абсцесс сальниковой сумки
4. гнойный перитонит
5. забрюшинная флегмона

11. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ФОРСИРОВАННОГО ДИУРЕЗА У БОЛЬНОГО С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

1. панкреатогенный перитонит
2. интоксикация
3. парез кишечника
4. болевой синдром
5. делирий

12. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

1. парапанкреатический инфильтрат
2. гнойный парапанкреатит
3. отек забрюшинной клетчатки
4. панкреатогенный перитонит
5. тяжелая интоксикация

13. БОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ТОШНОТУ, РВОТУ. В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ ПОХУДЕЛ НА 15 КГ. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЖЕЛУДКА ВЫЯВЛЕНО ОТТЕСНЕНИЕ ЕГО КПЕРЕДИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

1. стеноз привратника
2. рак поджелудочной железы
3. язвенная болезнь желудка
4. рак желудка
5. опухоль толстой кишки

14. ПРИЗНАКИ ИНКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

1. желтуха
2. частые потери сознания
3. высокое содержание сахара в крови и моче
4. увеличение печени, пальпируемый желчный пузырь
5. креаторея, стеаторрея

15. У БОЛЬНОГО ПРИ РПХГ ОБНАРУЖЕН РАСШИРЕННЫЙ ГЛАВНЫЙ ПАНКРЕАТИЧЕСКИЙ ПРОТОК ПО ТИПУ - "ЦЕПЬ ОЗЕР", КАЛЬЦИНАТЫ В ПРОТОКЕ. ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОВЫШЕН САХАР КРОВИ, ПРИЗНАКИ ЭКСКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЖЕЛЕЗЫ (КРЕАТО-СТЕАТОРРЕЯ). УКАЖИТЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ВИД ОПЕРАЦИИ

1. субтотальная резекция железы
2. панкреатодуоденальная резекция
3. панкреатоеюностомия
4. резекция желудка
5. дуоденоэнтеростомия

16. БОЛЬНОЙ В ТЕЧЕНИЕ 10 ЛЕТ СТРАДАЕТ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ОТМЕЧАЕТ ЧАСТЫЕ ПОНОСЫ, ИСХУДАНИЕ, БОЛИ ПОСЛЕ ЕДЫ. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

1. сухость кожных покровов
2. диабет
3. креато- и стеаторрея
4. расширение вен передней брюшной стенки
5. почечно-печеночная недостаточность

17. БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 10 ЛЕТ СТРАДАЛ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ. ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ЗАПОДОЗРЕН РАК ЖЕЛЕЗЫ. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

1. прекратить операцию, закрыть брюшную полость, дообследовать больного
2. цитологическое и гистологическое исследование биопсийного материала (срочное) с последующим определением объема операции
3. панкреатэктомия
4. наружный дренаж панкреатических протоков Т-образным дренажем
5. маргинальная невротомия

18. ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ПРОТОКАХ ДАЕТ

1. пункционная биопсия
2. интраоперационная панкреатография
3. гистологическое исследование участков железы
4. холангиоскопия
5. дебитометрия желчных протоков

19. НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО ПРИ

1. малигнизации
2. нагноении кисты
3. механической желтухе
4. кровотечении в просвет кисты
5. нет показаний для этой операции

20. УКАЖИТЕ ЛАБОРАТОРНЫЙ ТЕСТ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНУТРИСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. инсулин крови
2. секретин крови
3. панкреозимин крови
4. ферменты железа
5. адреналин крови

21. НАЗОВИТЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫЕ ГОРМОНЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ В РЕГУЛЯЦИИ СЕКРЕЦИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА

1. калликреин
2. секретин, панкреозимин
3. брадикинин
4. трипсин
5. адреналин
6. ***Темы для доклада***

1). Лечение экскреторной недостаточности поджелудочной железы.

2). Методы диагностики инкреторной недостаточности поджелудочной железы.

1. ***Темы для УИРС***

1). Этиологические факторы развития различных форм хронического панкреатита.

2). Показания к оперативному лечения больных с острым панкреатитом, виды операции.

1. ***Темы для презентации***

1). Шкалы оценки тяжести больных с острым панкреатитом.

2). Малоинвазивные методы лечения острого панкреатита.

1. ***Перечень практических навыков для демонстрации***

1). Выполнение типичных операций на симуляторе.

1. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1**

Больной 50 лет заболел после приема алкоголя около 2 суток назад. Жалуется на боли в эпигастральной области, вздутие живота, тошноту, запор. При пальпации живот болезненный в эпигастральной области, равномерно вздут. Положительные симптомы Керте, Мейо-Робсона, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Амилаза – 820 ед/л.

Диагноз?

**Задача № 2**

Б.С., 60 лет поступила через 20 часов от начала заболевания с жалобами на боли опоясывающего характера в эпигастрии, часто повторяющуюся рвоту, повышение температуры, задержку стула. Язык сухой, живот умеренно вздут, болезненный и напряжен в эпигастрии и всей правой половине живота, где отмечается положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс 120 в мин. Лейкоцитоз –20,1 Г/л, амилаза – 964 ед/л.

Диагноз?

**Задача № 3**

Б., 40 лет заболела 2 дня назад после приема жирной пищи. Отмечает опоясывающие боли в эпигастрии, многократная рвота. Живот мягкий, болезненный по всей эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет, положительный симптом Воскресенского. Амилаза– 756 ед/л, лейкоцитоз – 11,2 Г/л.

Диагноз?

**Задача № 4**

Больная 45 лет поступила с жалобами на боли в верхних отделах живота, вздутие живота, частую рвоту, повышение температуры, запор. Больна в течение 3 суток, в анамнезе алиментарная погрешность. Состояние больной тяжелое, кожные покровы цианотичны, температура 38 град., пульс 126 в мин. Живот равномерно вздут, болезненный во всех отделах, больше в эпигастрии и правом подреберье. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Керте, Куллена, Мондора положительные. В отлогих местах определяется притупление. Лейкоцитоз –18,0 Г/л, амилаза – 964 ед/л.

Диагноз? Тактика?

**Задача № 5**

Больная Б., 54 лет больная в течение 12 часов, заболевание связывает с приемом жирной пищи. Беспокоят боли в подложечной области опоясывающего характера, тошнота, рвота многократная пвота с примесью желчи. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, положительные симптомы Воскресенского и Керте. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитоз - 10,2 Г/л, амилаза – 514 ед/л.

Диагноз? Тактика?

**Задача № 6**

6. Больная 54 лет жалуется на периодические, появляющиеся последние 3 года боли в эпигастральной области, особенно после приема жирной или острой пищи. Боли постоянные, ноющие, иррадиирующие в позвоночник, иногда приобретают характер острых опоясывающих. Часто больную беспокоят чувство дискомфорта в желудке, тошнота. Отмечает отсутствие аппетита, метеоризм, частые поносы. За последние 2 года значительно потеряла в весе. Боли становятся интенсивнее, приступы острых болей чаще, продолжительные. Желтухи не было.

Объективно: больная нормостенического телосложения, пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии особенно при пальпации по Гроту. Анализ крови без особенностей. Диастаза мочи 256 ед. При дуоденальном зондировании получены все три порции желчи. В порции А 20 – 25 лейкоцитов в поле зрения. Другой патологии нет. При УЗИ: поджелудочная железа несколько увеличена в размерах, неоднородная, вирсунгов проток не просматривается, контур железы неровный, кистозных образований нет. При рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта патологии не выявлено.

Ваш диагноз и тактика лечения?

**Задача № 7**

 Больной, 50 лет, страдающий в течении 3 лет упорными, интенсивными болями в эпигастральной области и левом подреберье, взят на операцию с подозрением на опухоль поджелудочной железы. Во время операции опухоль не найдена, обнаружен выраженный спаечный процесс и «склероз» в области тела и хвоста поджелудочной железы с участками обызвествления в них. Патологии желчных путей не обнаружено.

Ваш диагноз? Какую операцию следует выполнить?

**Задача № 8**

 Больной 46 лет, жалуется на наличие опухолевидного образования в верхней половине живота, увеличивающегося в размерах, умеренную постоянную боль. Из анамнеза известно, что год тому назад перенес тяжелый панкреатит.

Объективно: Состояние удовлетворительное. В эпигастрии и левом подреберье пальпируется плотно-эластической консистенции опухоль размером 18 Х 15 Х 10 см. При рентгеноскопии желудка отмечено оттеснение его кпереди и вправо, «подкова» двенадцатиперстной кишки развернута, поперечная ободочная кишка оттеснена книзу. При УЗИ выявлено жидкостное образование, расположенное в сальниковой сумке размером 13 Х 10 см с капсулой, толщиной 3 мм и наличием перегородки внутри этого кистозного образования

1. Какой диагноз можно поставить?
2. Как следует лечить больного?

**Тема 8** «Эндохирургия желчного пузыря и желчных протоков».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

- наблюдение и оценка деятельности обучающегося в процессе освоения профессионального модуля,

- УИРС

- презентация

- доклад

- собеседование

- тестирование

- ситуационные задачи

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для собеседования и устного опроса***

1. Этиология и патогенез ЖКБ.

2. Эпидемиология ЖКБ.

3. Хирургическая анатомия печени, желчных путей и поджелудочной железы.

4. Нормальная физиология органов панкреатобилиарной зоны, патофизиологические изменения при ЖКБ и ее осложнениях

5. Классификация ЖКБ и ее осложнений.

6. Клиника различных осложнений калькулезного холецистита.

7. Клиника холангита.

8. Клиника механической желтухи.

9. Клиника холецистопанкреатита.

10. Клиника стриктур желчевыводящих путей.

11. Клиника наружных и внутренних желчных свищей.

12. Клиника печеночной недостаточности.

13. Диагностика осложнений ЖКБ.

14. Лабораторно-инструментальная ЖКБ, диагностика осложнений ЖКБ.

15. Эндоскопическая диагностика осложнений ЖКБ.

16. Консервативное лечение ЖКБ и ее осложнений.

17. Хирургические и эндоскопические методы лечения ЖКБ и ее осложнений.

1. ***Тестовые задания***

1. ТРЕУГОЛЬНИК КАЛО СОСТОИТ И СЛЕДУЮЩИХ ЭЛЕМЕНТОВ

* 1. пузырный проток, общая печеночная артерия, пузырная артерия
	2. пузырный проток, пузырная артерия, общий печеночный проток
	3. пузырный проток, пузырная артерия, общий желчный проток
	4. пузырный проток, пузырная артерия, правая печеночная артерия
	5. пузырный проток, пузырная артерия, правый печеночный проток

2. БОЛЬШОЙ (ФАТЕРОВ) СОСОЧЕК ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ РАСПОЛОЖЕН НА СТЕНКЕ ЕЕ

* 1. верхней части
	2. нисходящей части
	3. горизонтальной части
	4. восходящей части

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей
2. холедохолитиаз
3. рак головки поджелудочной железы
4. эхинококкоз печени
5. метастазы в печень опухолей

4. К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ОТНОСЯТСЯ

1. пальпация холедоха
2. внутривенная холангиография
3. интраоперационная холангиография
4. пероральная холецистография
5. гастродуоденоскопия

5. 2 ГОДА НАЗАД У БОЛЬНОГО БЫЛА ВЫПОЛНЕНА ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПО ПОВОДУ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА. ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ БОЛИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, ТЕМНАЯ МОЧА. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БИЛИРУБИН 120 ммоль/л. МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ПРЕПЯТСТВИЯ

1. УЗИ
2. сцинтиграфия печени
3. внутривенная холеграфия
4. ЭРХПГ
5. ЧЧХГ

6. У больной ПХЭС, холедохолитиаз, механическая желтуха средней степени тяжести. Консервативное лечение, ЭПСТ не эффективны. Желтуха нарастает. Лечебная тактика

1. форсированный диурез
2. срочная операция на 5-7-е сутки лечения
3. операция на 10-12-е сутки интенсивной терапии
4. операция на 2-3-и сутки консервативной терапии
5. назобилиарный зонд

7. Наиболее оптимальный вид лечения холедохолитиаза у больных с ПХЭС

1. эндоскопическая папиллосфинктеротомия
2. холедохотомия
3. холедоходуоденоанастомоз
4. камнедробление
5. холедохоэнтеростомия

8. БОЛЬНОЙ С ЖКБ ПРОИЗВЕДЕНА ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ, ЧЕРЕЗ 10 ДНЕЙ ЖЕЛТУХА, ПОДЪЕМЫ ТЕМПЕРАТУРЫ ПО ВЕЧЕРАМ ДО 40˚С. ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ-ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ, ГНОЙНЫЙ ХОЛАНГИТ. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОИЗОЙДЕТ

1. пилефлебит
2. желчный перитонит
3. абсцессы печени
4. поддиафрагмальный абсцесс
5. панкреонекроз

9. ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ХОЛАНГИОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

1. одиночном крупном камне в пузыре и узком холедохе
2. кисте тела поджелудочной железы
3. наличии желтухи в анамнезе
4. эхинококкозе печени
5. околососочковом дивертикуле

10. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДООПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОЦЕНКЕ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. внутривенная инфузионная холангиография
2. эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
3. чрезкожная чрезпеченочная холангиография
4. УЗИ
5. пероральная холецистохолангиография

11. У БОЛЬНОГО, ПОСТУПИВШЕГО С РЕЗКИМИ БОЛЯМИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, ТОШНОТОЙ, РВОТОЙ, ЖЕЛТУШНОСТЬЮ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, НА ЭКСТРЕННОЙ ДУОДЕНОСКОПИИ ВЫЯВЛЕН УЩЕМЛЕННЫЙ КАМЕНЬ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА. НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ

1. эндоскопическую папиллосфинктеротомию
2. операцию, дуоденотомию, удаление конкремента
3. наложение микрохолецистостомы под контролем УЗИ
4. операцию, установить дренаж Кера в холедох
5. наложение макрохолецистостомы

12. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ВХОДИТ В ТРИАДУ ШАРКО?

1. ахоличный кал
2. повышение температуры тела
3. уменьшение размеров печени
4. лейкоцитоз со сдвигом влево
5. увеличение печени

13. ДИАМЕТР ХОЛЕДОХА, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЙ О НАЛИЧИИ ЖЕЛЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

1. 3 мм
2. 5 мм
3. 8 мм
4. 12 мм

14. БОЛЬНОЙ 58 ЛЕТ ПРОИЗВЕДЕНА ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ, ИЗВЛЕЧЕНЫ КОНКРЕМЕНТЫ ИЗ ХОЛЕДОХА. НА 2-Е СУТКИ ПОСЛЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ОТМЕЧЕНА ПОВТОРНАЯ МЕЛЕНА, БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. О КАКОМ ОСЛОЖНЕНИИ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ?

1. острый панкреатит
2. перфорация двенадцатиперстной кишки
3. холангит
4. кровотечение из области вмешательства
5. острая кишечная непроходимость

15. У БОЛЬНОГО С ДЛИТЕЛЬНЫМ АНАМНЕЗОМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ХИРУРГОМ ПОЛИКЛИНИКИ ЗАПОДОЗРЕН ХОЛАНГИТ. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ?

1. ознобы
2. желтуха
3. окрашенный стул
4. боли в правом подреберье

16. ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ:

1. ретроградная холедохопанкреатография
2. ультрасонография
3. обзорная рентгенография брюшной полости
4. чрескожная чреспеченочная холангиография
5. биохимический анализ крови на билирубин

17. ПЕРЕМЕЖАЮЩАЯСЯ ЖЕЛТУХА ВЫЗЫВАЕТСЯ:

1. вклиненным камнем терминального отдела холедоха
2. опухолью холедоха
3. опухолью головки поджелудочной железы
4. вентильным камнем холедоха
5. структурой холедоха.

18. БОЛЬНАЯ 55 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШАЯ 2 ГОДА НАЗАД ХОЛЕЦИСТЭКТО-МИЮ, ПОСТУПИЛА С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ. ПРИ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ ВЫЯВЛЕН ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН?

1. эндоскопическая папиллосфинктеротомия
2. комплексная консервативная терапия
3. трансдуоденальная папиллосфинктеропластика
4. холедохотомия с наружным дренированием холедоха
5. экстракорпоральная литотрипсия

19. У БОЛЬНОЙ, ПЕРЕНЕСШЕЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКУЮ ПАПИЛЛОСФИНК-ТЕРОТОМИЮ, ВЫРАЖЕН БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ С ИРРАДИАЦИЕЙ В ПОЯСНИЦУ, ПОВТОРНАЯ РВОТА, НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ. ВЫРАЖЕН ЛЕЙКОЦИТОЗ И УВЕЛИЧЕН УРОВЕНЬ АМИЛАЗЫ СЫВОРОТКИ. О КАКОМ ОСЛОЖНЕНИИ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ?

1. перфорация двенадцатиперстной кишки
2. острый холангит
3. желудочно-кишечное кровотечение
4. острый панкреатит
5. непроходимость кишечника

20. ЧЕРЕЗ 12 СУТОК ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ХОЛЕДОХОТОМИИ С УДАЛЕНИЕМ КОНКРЕМЕНТОВ ПО ДРЕНАЖУ КЕРА ПРОДОЛЖАЕТ ПОСТУПАТЬ ДО 1 Л ЖЕЛЧИ В СУТКИ. ПРИ ФИСТУЛОГРАФИИ ВЫЯВ-ЛЕН КОНКРЕМЕНТ УСТЬЯ ХОЛЕДОХА. С КАКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ?

1. повторная лапаротомия с целью извлечения конкремента
2. проведение литолитической терапии через дренаж
3. дистанционная волновая литотрипсия
4. эндоскопическая папиллосфинктеротомия
5. чрезкожное чрезпеченочное эндобилиарное вмешательство

21. У БОЛЬНОГО, ПОСТУПИВШЕГО С РЕЗКИМИ БОЛЯМИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, ТОШНОТОЙ, РВОТОЙ, ЖЕЛТУШНОСТЬЮ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ НА ЭКСТРЕННОЙ ДУОДЕНОСКОПИИ ВЫЯВЛЕН УЩЕМЛЕННЫЙ КАМЕНЬ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА. ЧТО НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ В ДАННОЙ СИТУАЦИИ?

1. эндоскопическая папиллосфинктеротомия
2. операция, дуоденотомия, удаление конкремента
3. наложение микрохолецистостомы под контролем УЗИ
4. операция, установить дренаж Кера в холедох
5. наложение макрохолецистостомы

22. При желчнокаменной болезни плановая холецистэктомия показана:

1. во всех случаях
2. при латентной форме заболевания
3. при наличии клинических признаков заболевания и снижении трудоспособности
4. у больных старше 55 лет
5. у лиц моложе 20 лет
6. ***Темы для доклада***

1). Малоинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни.

2). Современные методы диагностики заболеваний желчевыводящей системы.

1. ***Темы для УИРС***

1). Патогенез печеночной недостаточности.

2). Лечение печеночной недостаточности.

1. ***Темы для презентации***

1). Шкалы оценки тяжести больных с печеночной недостаточностью.

2). Экстракорпоральные методы лечения больных с механической желтухи.

1. ***Перечень практических навыков для демонстрации***

1). Выполнение типичных операций на симуляторе.

1. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1**

У больной 65 лет, страдающей ЖКБ, очередной приступ окончательно не купировался. В течении 2 мес. беспокоят тупые боли в правом подреберье. При пальпации определяется малоболезненное образование с гладкой поверхностью в правом подреберье. Симптомы Ортнера, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Температура тела- 36,5, лейкоцитов в крови 5,6 г/л.

Ваш диагноз?

**Задача № 2**

Больная 65 лет после приема жирной пищи 26 часов назад почувствовала сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку. отмечает опоясывающий характер болей. Многократная рвота без желчи, легкая иктеричность склер. Пульс 98.Язык сухой, обло-жен. Живот болезненный в правом отделе и эпигастрии, слегка вздут верхних отделах. Положительные симптомы Ортнера, Воскресенского, Мерфи, Мюсси, Мейо-Робсона, нерезкий симптом Шеткина-Блюмберга в правом подреберье. Лейкоцитоз 16,2 г/л, уромилаза-256 ед. Вольгемута.

Диагноз?

 **Задача № 3**

У больного 78 лет после приема жирной пищи появились боли в правом подреберье, тошнота, рвота. Находился дома, температура за последние 2 суток повышалась до 38-39 град. с ознобами. В анамнезе ЖКБ. Около 6 часов назад боли в правом подреберье резко усилились и распространились на правую подвздошную ямку. Пульс 120, температура 38 град. Язык сухой обложен. Живот резко болезненный и напряжен в правом подреберье и правой половине живота. Положительный симптом Ортнера, Щеткина-Блюмберга. В правом фланке определяется притупление перкуторного звука, пальпируется инфильтрат в т. Кера. Лейкоцитоз 18,6 г/л, палочкоядерных 20%.

Диагноз?

**Задача № 4**

После употребления сдобного пирога у больной 58 лет появились боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Температура 37,8 град., 2 раза рвота. Пульс 90. Язык обложен влажный. Живот напряжен в правом подреберье, болезненный в этой области. Положительные симптомы Ортнера, Мюсси, Мерфи. Лейкоцитоз 11,0 г/л. После новокаиновой блокады, консервативного лечения боли в животе стихли, температура снизилась до нормы, напряжение передней брюшной стенки исчезло, сохраняется легкая болезненность в правом подреберье, желчный пузырь не пальпируется. При УЗИ - стенка желчного пузыря 6 мм, в просвете множество конкрементов. Количество лейкоцитов снизилось до 5,6 г/л.

Ваш диагноз, тактика?

**Задача № 5**

 Больной 80 лет, страдающий ЖКБ с частыми обострениями жалуется на боли в правом подреберье, неоднократную рвоту без примеси желчи, повышение Т. до 38 град., ознобы. Болен в течение 3 суток, при обращении выраженная желтуха. В анамнезе 2 инфаркта миокарда, сердечная недостаточность. Пульс 120, аритмичный. Живот напряжен и болезненный в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, пальпируется напряженный болезненный желчный пузырь. Лейкоцитоз 14,0 г/л, билирубин крови 108 мкм/л, коньюгированного 86 мкм/л. УЗИ печени и желчных путей - стенка желчного пузыря с двойным контуром 6-7 мм, множество мелких конкрементов, холедох-12 мм в диаметре, конкременты в нем отчетливо не определяются.

Ваш диагноз? Тактика лечения?

**Задача № 6**

У больной 86 лет, страдающей сахарным диабетом, ожирением, бронхиальной астмой с гормональной зависимостью, ЖКБ с частыми при-ступами возникли боли в правом подреберье, тошнота, рвота. Поступила на 2 день после начала заболевания. Пульс 120, аритмичный, ЧДД- 30 в мин., отеки на ногах. Живот болезненный в правой половине, напряжен. Печень перкуторно на 5 см ниже реберной дуги, пропальпировать ее и желчный пузырь не удается из-за напряжения живота и болезненности. Симптомы Ортнера, Щеткина-Блюмберга положительные. Лейкоцитоз 16,7 г/л, билирубин крови 19,8мкМ/л. УЗИ печени и желчных путей - стенка пузыря 7-8 мм, в просвете конкременты, холедох 8 мм.

Ваш диагноз? Лечебная тактика?

**Тема 9** «Эндоскопические и минимально инвазивные операции при лечении грыж передней брюшной стеки и диафрагмы».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

- наблюдение и оценка деятельности обучающегося в процессе освоения профессионального модуля,

- УИРС

- презентация

- доклад

- собеседование

- тестирование

- ситуационные задачи

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для собеседования и устного опроса***

1. Строение передней брюшной стенки, пахового и бедренного каналов, пупочного кольца, анатомию кишечника;

2. Этиология и патогенез грыж передней брюшной стенки;

3. Классификация грыж по происхождению, локализации, клиническому течению, анатомию грыжевого мешка;

4. Клиническая картина грыж различной локализации;

5. Диагностика грыж передней брюшной стенки, методы обследования больных;

6. Дифференциальная диагностика грыж передней брюшной стенки;

7. Осложнения грыж: невправимость, ущемление, воспаление, флегмона грыжевого мешка;

8. Механизмы и виды ущемления грыж, особенности оперативного лечения ущем-ленных грыж;

9. Критерии жизнеспособности ущемленной кишки, техника и границы ее резекции;

10. Тактика хирурга при самопроизвольно и насильственно вправленной ущем-ленной грыже;

11. Врожденные и приобретенные, косые и прямые паховые грыжи, консерва-тивное и оперативное лечение, пластика передней и задней стенок пахового канала;

12. Особенности диагностики и лечения при врожденной грыже, скользящей грыже;

13. Анатомия бедренного канала, хирургическое лечение бедренных грыж бедренным и паховым способами;

14. Анатомия пупочной области, грыжи белой линии живота, операции Мейо, Сапежко, Лексера, Грекова;

15. Ненатяжные и эндоскопические методы лечения грыж передней брюшной стенки;

16. Рецидивные и послеоперационные грыжи, этиология, диагностика, прин-ципы лечения;

17. Осложнения во время грыжесечения и в раннем послеоперационном пери-оде, ведение больных в послеоперационном периоде;

18. Классификация осложнений (ранние и поздние), причины;

19. Синдром “малого живота”. Патогенез, клиника, диагностика, лечение, про-филактика;

20. Клиника и лечение различных осложнений;

21. Профилактика осложнений при грыжесечении.

1. ***Тестовые задания***

1. ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ В ОТЛИЧИЕ ОТ НЕУЩЕМЛЕННОЙ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ НЕОБХОДИМО:

1. вначале рассечь ущемляющее кольцо;
2. вначале рассечь грыжевой мешок;
3. можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот;
4. выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник);
5. сделать лапаротомию.

2. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. гигантский размер грыжи;
2. беременность во второй ее половине;
3. флегмона грыжевого мешка;
4. недавно перенесенный инфаркт миокарда;
5. агональное состояние больного

3. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ ФАКТОРАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БРЮШНЫХ ГРЫЖ, ЯВЛЯЮТСЯ:

1. гипертоническая болезнь;
2. нормостенический тип телосложения;
3. заболевания, вызывающие повышения внутрибрюшного давления;
4. болезнь Бехтерева;
5. энурез.

4. ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВПРАВЛЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ТАКТИКА ХИРУРГА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:

1. лапаротомию с ревизией органов брюшной полости;
2. тщательное наблюдение за больным в условиях стационара;
3. поставить очистительную клизму;
4. возможность отпустить больного домой с повторным осмотром;
5. грыжесечение с ревизией органов брюшной полости, прилежащих к ране.

5. УКАЖИТЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ОДНОЙ ИЗ СТЕНОК ПАХОВОГО КАНАЛА:

1. бедренная артерия;
2. бедренная вена;
3. лакунарная связка;
4. запирательная артерия;

 5) поперечная фасция живота.

6. ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЯМОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ МЕТОДИКУ:

1. Бассини и Постемпского;
2. Мартынова;
3. Жирара – Спасокукоцкого;
4. Руджи – Парлавеччио;
5. Ру.

7. ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПРИВОДЯЩЕГО ОТДЕЛА УЩЕМЛЕННОЙ КИШКИ ОТСТУПАЮТ НА:

1. 30-40 см;
2. 20-25 см;
3. 10-20 см;
4. 5-10 см;
5. 2-3 см.

8. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ОПЕРАЦИЮ НАЧИНАЮТ С:

1. вскрытие флегмоны;
2. срединная лапаротомия;
3. выделение грыжевого мешка из окружающих тканей;
4. пункция грыжевого мешка;
5. одновременная операция из двух доступов.

9. ОТЛИЧИТЬ ПАХОВО-МОШОНОЧНУЮ ГРЫЖУ ОТ ВОДЯНКИ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПОЗВОЛЯЕТ:

1. осмотр;
2. диафаноскопия;
3. рентгеноскопия;
4. УЗИ;
5. перкуссия.

10. ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ГРЫЖИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНО:

1. наблюдение, холод на живот;
2. вправление грыжи;
3. введение спазмолитиков;
4. положение Тренделенбурга;
5. экстренная операция.

11. ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ХАРАКТЕРНО:

1. частая невправимость;
2. широкие грыжевые ворота;
3. плотные края грыжевых ворот;
4. склонность к ущемлению;
5. отсутствие тенденции к увеличению.

12. РЕТРОГРАДНОЕ УЩЕМЛЕНИЕ ТОНКОЙ КИШКИ ВЫЗЫВАЕТ ОСТ-РУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ

1. спаечную
2. функциональную
3. обтурационную
4. странгуляционную
5. смешанную (обтурация + странгуляция)

13. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НЕЖИЗНЕСПОСОБНОЙ ПЕТЛИ КИШКИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ОТВОДЯЩИЙ ОТРЕЗОК КИШКИ ДОЛЖЕН БЫТЬ РЕЗЕЦИРОВАН, ОТСТУПЯ ОТ ВИДИМОЙ ГРАНИЦЫ НЕКРОЗА НА РАССТОЯНИЕ

1. 2-5 см
2. 5-10 см
3. 15-20 см
4. 25-30 см
5. 30-40 см

14. ДИАГНОЗ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПО ДАННЫМ

1. цистоскопии
2. цистографии
3. экскреторной урографии
4. лапароскопии
5. операции

15. ПРЯМУЮ ПАХОВУЮ ГРЫЖУ ХАРАКТЕРИЗУЕТ СЛАБОСТЬ СТЕНКИ

1. задней
2. верхней
3. передней
4. нижней
5. медиальной

16. НАЛИЧИЕ ЯИЧКА В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГРЫЖИ

1. скользящей
2. ущемленной
3. бедренной
4. врожденной
5. косой паховой

17. ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ НЕЗАВИСИМО ОТ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО ПОКАЗАНО

1. спазмолитики и теплая ванна
2. наблюдение
3. антибиотики и строгий постельный режим
4. обзорная рентгенография брюшной полости
5. экстренная операция

18. К ГРЫЖАМ, ТРЕБУЮЩИМ ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕ-СКОЙ ОПЕРАЦИИ В СВЯЗИ С ЧАСТЫМИ УЩЕМЛЕНИЯМИ, ОТНОСЯТСЯ

1. бедренные
2. косые паховые
3. пупочные
4. грыжи белой линии живота
5. прямые паховые

19. ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК ВРОЖДЕННОЙ ГРЫЖИ ОБРАЗОВАН

1. париетальной брюшиной
2. брыжейкой кишки
3. влагалищным отростком брюшины
4. висцеральной брюшиной
5. поперечной фасцией

20. РИХТЕРОВСКОЕ УЩЕМЛЕНИЕ ГРЫЖИ – ЭТО УЩЕМЛЕНИЕ

1. кишечника в области дуоденально-тощекишечного мешка
2. перекрученной сигмовидной кишки
3. желудка в диафрагмальной грыже
4. кишки любое пристеночное
5. Меккелева дивертикула в паховой грыже
6. ***Темы для доклада***

1). Синдром интраабдоминальной гипертензии.

2). Ненатяжные способы герниопластики.

1. ***Темы для УИРС***

1). Эндоскопические методы оперативного лечения вентральных грыж.

2). Профилактика тромбоэмболических осложнений у больных большими вентральными грыжами.

1. ***Темы для презентации***

1). Анатомия бедренного канала, хирургическое лечение бедренных грыж бедренным и паховым способами.

2). Ненатяжные методы лечения грыж передней брюшной стенки.

1. ***Перечень практических навыков для демонстрации***

1). Выполнение типичных операций на симуляторе.

1. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1**

Больной 27 лет обратился к хирургу с жалобами на постоянные боли в правой паховой области, наличие опухолевидного образования в правой половине мошонки, увеличивающегося при физической нагрузке. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожа и слизистые розовые, язык обложен, влажные, пульс 68 в минуту, АД 120/80 мм рт ст, в правой паховой области мягко-эластическое опухолевидное образование 7х3х3 см, слабо болезненное при пальпации, перкуторно – притупление, наружное паховое кольцо справа свободно пропускает 2 поперечных пальца, положительный симптом “кашлевого толчка”.

1. Предварительный диагноз?

2. Тактика хирурга?

**Задача 2**

Больной 45 лет поступил в стационар по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи через 2 часа после ущемления. Через 30 минут был взят на операцию. Во время операции ущемленная петля кишки ускользнула в брюшную полость до вскрытия грыжевого мешка, так что состояние ее не было оценено.

Какими будут Ваши действия?

**Задача 3**

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

1. Что заставляет считать кишку нежизнеспособной?

2. Каковы должны быть границы резекции кишки?

**Задача 4**

Больному 36 лет была произведена операция через 10 часов после ущемления паховой грыжи. В грыжевом мешке оказалось две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца цвет кишечных петель стал нормальным, они перистальтировали, пульсация сосудов брыжейки хорошая. Обе петли погружены в брюшную полость, произведена пластика задней стенки пахового канала. Через сутки больной был повторно оперирован по поводу разлитого перитонита, обнаружена перфорация некротизированной петли тонкой кишки.

Какая была допущена первоначальная ошибка?

**Задача 5**

У ребенка 3 мес., страдающего запорами, в области пупка появилось выпячивание размером 1,5х1,5 см мягкоэластической консистенции, увеличивающееся при плаче. В горизонтальном положении при спокойном состоянии ребенка это образование самостоятельно исчезает, после чего можно установить, что пупочное кольцо круглое, диаметр его 1 см.

Ваш диагноз и тактика врача?

**Задача 6**

Во время диспансеризации у пациентки 48 лет в области пупка обнаружено выпячивание округлой формы размерами 5 см х 5 см, малоболезненное, эластической консистенции, не вправляющееся в брюшную полость, при перкуссии имеется притупление. Размеры выпячивания не меняются в вертикальном положении. Выпячивание имеется около 5 лет с постепенным увеличением, периодически беспокоят боли в области пупка ноющего характера, особенно после физической нагрузки. Температура тела 36.6 С, лейкоциты крови 5,1 х 10 \л

1. Ваш диагноз?

2. Какие методы диагностики необходимы в данном случае?

3. Определите тактику лечения

**Задача 7**

У пациентки 50 лет 2 часа назад внезапно после подъёма тяжести появились сильные боли в области пупочной грыжи, существующей около 4 лет, грыжа перестала вправляться. При осмотре в области пупка имеется болезненное выпячивание размерами 5смх 5 см, не вправляющееся в брюшную полость, кашлевой толчок не проводится. В остальных отделах живот мягкий , безболезненный, перитонеальных явлений нет.Температура 36.7 С , лейкоциты крови 6,2 х 10 /л.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика лечения?

**Задача 8**

У пациента 31 года имеется справа в паховой области выпячивание овальной формы 5смх3 см выше пупартовой связки, при пальпации мягкоэластической консистенции, малоболезненное, перкуторно тимпанит, семенной канатик утолщен справа, наружное паховое отверстие расширено до 3 см, образование вправляется в брюшную полость в горизонтальном положении.Температура тела 36.6 С, лейкоциты крови 5.1 х 10 \л

1. Ваш диагноз?

2. Тактика лечения.

3. Дифференциальный диагноз

**Задача 9**

У пациента 20 лет 2 часа назад во время занятий спортом появилась сильная боль в правой паховой области. До этого в течение года беспокоили ноющие боли в правой паховой области, особенно после физической нагрузки, к врачу не обращался. При осмотре в правой паховой области выше пупартовой связки пальпируется болезненное образование 4 см х3 см овальной формы тугоэластической консистенции, не вправляющееся в брюшную полость, кашлевой толчок не проводится. Температура тела 36.9 С. Лейкоциты крови 7,2 х 10\л

1. Ваш диагноз ?

2. Лечение.

3. Возможные осложнения.

**Задача 10**

У больной 72 лет 10 часов назад во время приступа кашля появились сильные боли в правой паховой области. Ранее в течение нескольких месяцев беспокоили ноющие боли в этой области, к врачу не обращалась. При осмотре состояние средней тяжести, живот вздут болезненный в нижних отделах живота больше справа, положительный симптом Щеткина –Блюмберга, ниже пупартовой связки пальпируется болезненное образование 4 смх4см, не вправляющееся в брюшную полость , кашлевой толчок не проводится. Температура 37.7 С, лейкоциты крови 10,3 х 10 \л

1. Ваш диагноз?

2. Тактика лечения.

3. Дифференциальный диагноз.

**Задача 11**

Пациент 46 лет жалуется на боли в правой подвздошной ,паховой области справа, в области паховой грыжи справа, тошноту. Паховая грыжа существует около 4 лет, от предложенной операции воздерживается. Боли по всему животу появились 8 часов назад, постепенно усилились и локализовались в указанных областях. При осмотре состояние средней тяжести, живот болезненный в правой подвздошной области, паховой области справа, над лобком. Имеются положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ситковского, Ровзинга, в паховой области выше пупартовой связки определяется болезненное образование 4смх3см, невправляющееся в брюшную полость. Температура 37.7 С. Лейкоциты 11.0 х 10 /л.

1. Ваш диагноз ?

2. Тактика лечения.

**Тема 10** «Эдноскопические и минимально инвазивные методы лечения язвенной болезни желудка и ДПК».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

- наблюдение и оценка деятельности обучающегося в процессе освоения профессионального модуля,

- УИРС

- презентация

- доклад

- собеседование

- тестирование

- ситуационные задачи

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для собеседования и устного опроса***

1. Анатомо-физиологические сведения о желудке и 12-перстной кишке;

2. Классификация осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки;

3. Рубцовые деформации желудка и ДПК, пилородуоденальный стеноз. Патогенез.

4. Нарушения обменных процессов при пилородуоденальном стенозе.

5. Клиника пилородуоденального стеноза.

6. Диагностика и диф. диагностика пилородуоденального стеноза.

7. Принципы консервативного лечения, предоперационной подготовки, методы операций.

8. Перфоративная язва желудка и ДПК. Классификация прободений. Стадии прободения, клиника.

9. Диагностика, диф. диагностика, прикрытые перфорации.

10. Принципы оперативного лечения.

11. Гастродуоденальное кровотечение. Клиника. Степени тяжести кровопотери.

12. Диагностика. Степени угрозы рецидива ГДК по Forrest. Диф. диагностика.

13. Консервативное лечение. Эндоскопические методы гемостаза.

14. Показания к операции. Способы оперативного лечения.

1. ***Тестовые задания***

1. КАКОЕ ВЕЩЕСТВО ВЫРАБАТЫВАЮТ G-КЛЕТКИ?

1. пепсин
2. гастрин
3. пепсиноген
4. соляная кислота
5. глюкагон

2. ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ГОРМОНЫ И ГУМОРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ ОТНОШЕНИЕ К РЕГУЛЯЦИИ КИСЛОТОПРОДУКЦИИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

1. холецистокинина
2. гастрина
3. ацетилхолина
4. глюкагона
5. секретина

3. В ПАТОГЕНЕЗЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИГРАЮТ СУЩЕСТВЕННУЮ РОЛЬ СЛЕДУЮЩИЕ ВЕЩЕСТВА И ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КРОМЕ

1. алкоголя
2. никотина
3. синдром Мэллори-Вейсса
4. синдрома Золлипгера-Эллисона
5. аспирина

4. БОЛЬНОЙ 48 ЛЕТ С ГИГАНТСКОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА (ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СТРАДАЕТ НА ПРОТЯЖЕНИИ 11 ЛЕТ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ) ВЫЯВЛЕНА ГИСТАМИНОРЕФРАКТЕРНАЯ АХЛОРГИДРИЯ. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА БОЛЬНОМУ?

1. резекция желудка
2. селективная проксимальная ваготомия
3. стволовая ваготомия с пилоропластикой
4. гастроэнтеростомия
5. ваготомия с гемигастрэктомией

5. ОПРЕДЕЛИТЕ ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ:

1. частота пульса больше 120 ударов в минуту
2. систолическое АД ниже 80 мм рт. ст.
3. Нв ниже 80 г/л
4. дефицит ОЦК больше 20%
5. все ответы правильные

6. У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩЕГО АЛКОГОЛЕМ ПОСЛЕ МНОГОКРАТНОЙ РВОТЫ БЕЗ ПРИМЕСИ КРОВИ НАЧАЛОСЬ МАССИВНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ. УКАЗАНИЯ НА ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ В АНАМНЕЗЕ ОТСУТСТВУЮТ. ЧТО, СКОРЕЕ ВСЕГО, ПОСЛУЖИЛО ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ?

1. хиатальная грыжа
2. рак желудка
3. язва двенадцатиперстной кишки
4. синдром Мэллори-Вейсса
5. гастрит

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ МАССИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НУ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ ЯВЛЯЕТСЯ

1. желудочная язва
2. дуоденальная язва
3. рак желудка
4. синдром Мэллори-Вейсса
5. геморрагический гастрит

8. КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРЕН В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИСТОЧНИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ?

1. энтерография
2. компьютерная томография
3. эндоскопическая эзофаго-гастродуоденоскопия
4. артериография
5. радионуклндное сканирование

9. У БОЛЬНОГО 44 ЛЕТ, ПОСТУПИВШЕГО В СТАЦИОНАР ЧЕРЕЗ 6 ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА МАССИВНОГО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ, ПРОЯВИВШЕГОСЯ РВОТОЙ АЛОЙ КРОВЬЮ И КОЛЛАПСОМ, ПРОИЗВЕДЕНА ЭГДС. УСТАНОВЛЕН ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ - ДУОДЕНАЛЬНАЯ ЯЗВА - И ВЫПОЛНЕНА ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОАГУЛЯЦИЯ СОСУДОВ В ДНЕ ЯЗВЫ, ПОСЛЕ ЧЕГО КРОВОТЕЧЕНИЕ ОСТАНОВИЛОСЬ. В ХОДЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ЧЕРЕЗ 8 ЧАСОВ ПОСЛЕ ЭГДС НАСТУПИЛ РЕЦИДИВ КРОВОТЕЧЕНИЯ. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ПОКАЗАНО ДАННОМУ БОЛЬНОМУ?

1. экстренная лапаротомия
2. внутривенное введение вазопрессина
3. повторное эндоскопическое исследование
4. введение назогастрального зонда и промывание желудка ледяной водой
5. наблюдение и продолжение консервативных мероприятий

10. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНЫЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АСПЕКТА ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

1. в 90% ушитых перфорации наступает повторная перфорация
2. в 60% случаев перфорация одновременно сопровождается ЖКК
3. встречается в 15-20% от общего количества пептических язв
4. желудочные язвы перфорируют в 2,5 раза чаще дуоденальных
5. в возрастной группе 25-50 лет летальность достигает 80%

11. МОЛОДОЙ МУЖЧИНА ПОСТУПАЕТ В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ С ЖАЛОБАМИ НА СИЛЬНЕЙШИЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ. СТРАДАЕТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НЕСКОЛЬКО ЛЕТ. АД - 90/60 ММ РТ. СТ., ПУЛЬС - 100 В МИНУТУ, АНУРИЯ. ПАЛЬПАТОРНО ПЕРЕДНЯЯ БРЮШНАЯ СТЕНКИ РЕЗКО НАПРЯЖЕНА. ЛЕЧЕБНЫЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ДОЛЖНЫ ВКЛЮЧАТЬ ВСЕ, КРОМЕ

1. развернутый клинический анализ крови
2. катетеризация центральной пены
3. подробный сбор анамнеза заболевания и жизни
4. установка катетера Фолея
5. определенно группы кроки и резус-фактора

12. МОЛОДОЙ МУЖЧИНА ПОСТУПАЕТ В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ С ЖАЛОБАМИ НА СИЛЬНЕЙШИЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ. СТРАДАЕТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НЕСКОЛЬКО ЛЕТ. АД - 90/60 ММ РТ. СТ., ПУЛЬС – 100 В МИНУТУ, АНУРИЯ. ПАЛЬПАТОРНО ПЕРЕДНЯЯ БРЮШНАЯ РЕЗКО НАПРЯЖЕНА

1. подсчета лейкоцитов в периферической крови
2. обзорной рентгенографии брюшной полости в положении стоя
3. уровня СОЭ
4. контрастной рентгенографии желудка
5. контрастного рентгенологического исследования толстой кишки

13. НАЗОВИТЕ КЛАССИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. "вагусный" замедленный пульс
2. резкая, как бы "кинжальная" боль в эпигастрии
3. доскообразное напряжение мышц живота
4. наличие язвенного анамнеза
5. все верно

14. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОЛОЖЕНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ НЕВЕРНЫМИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ?

1. ушивание перфоративной язвы у молодых больных без язвенного анамнеза приводит к стойкому излечению от язвенной болезни
2. при распространенных формах перитонита следует ограничиться ушиванием язвы
3. резекция желудка возможна при достаточной квалификации хирурга и наличие условий для проведения этой технически сложной операции
4. резекция желудка показана при наличии признаков стеноза выходного отдела желудка
5. при подозрении на прикрытую перфорацию всегда следует использовать метод Вангенстина—Тейлора

15. МУЖЧИНА 31 ГОДА ПОСТУПАЕТ С ВНЕЗАПНЫМ ПРИСТУПОМ СИЛЬНЫХ БОЛЕЙ В ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА. РАНЕЕ НЕ БОЛЕЛ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА - ВЫРАЖЕННОЕ НАПРЯЖЕНИЕ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ. ПУЛЬС - 78 В МИНУТУ. ПРИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ПОЛОЖЕНИИ СТОЯ ВЫЯВЛЕН "СВОБОДНЫЙ ГАЗ". ДАННОМУ БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНА

1. эндоскопическая эзофаго-гастродуоденоскопия
2. рентгеноскопия желудка с барием
3. неотложная лапаротомия
4. наблюдение
5. УЗИ печени

16. МУЖЧИНА 55 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА РВОТУ ПИЩЕЙ В ТЕЧЕНИЕ НЕДЕЛИ. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ И СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ СУХИЕ, ГЕМАТОКРИТ 55%. В АНАМНЕЗЕ ОТМЕЧЕН ПОСТОЯННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ СМЕНЯЮЩИЙСЯ В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ ЧУВСТВОМ ТЯЖЕСТИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ. РАНЕЕ НЕ ОБСЛЕДОВАЛСЯ. ПРИ РЕНТГЕНОСКОПИИ ЖЕЛУДКА ВЫЯВЛЕН ЗНАЧИТЕЛЬНО УВЕЛИЧЕННЫЙ ЖЕЛУДОК. НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДОЛЖНЫ ВКЛЮЧАТЬ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

1. катетеризации центральной вены
2. назначения метоклопрамида для стимуляции эвакуаторной функции желудка
3. установки назогастрального зонда
4. назначения Н2-блокаторов внутривенно
5. проведения назоинтестинального зонда для питания

17. МУЖЧИНА 55 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА РВОТУ ПИЩЕЙ В ТЕЧЕНИЕ НЕДЕЛИ. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ И СЛИЗИСТЫЕ СУХИЕ. ГЕМАТОКРИТ -55%, В АНАМНЕЗЕ ОТМЕЧЕН ПОСТОЯННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ, СМЕНЯЮЩИЙСЯ В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ ЧУВСТВОМ ТЯЖЕСТИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ. РАНЕЕ НЕ ОБСЛЕДОВАЛСЯ. ПРИ РЕНТГЕНОСКОПИИ ЖЕЛУДКА ВЫЯВЛЕН ЗНАЧИТЕЛЬНО УВЕЛИЧЕННЫЙ ЖЕЛУДОК. УКАЖИТЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, ЧАЩЕ ДРУГИХ ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ПРИ НАЛИЧИИ УКАЗАННЫХ СИМПТОМОВ

1. гипертензия
2. электролитные нарушения
3. лихорадка
4. нарушение функции печени
5. гипергликемия

18. МУЖЧИНА 55 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА РВОТУ ПИЩЕЙ В ТЕЧЕНИЕ НЕДЕЛИ. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ И СЛИЗИСТЫЕ СУХИЕ. ГЕМАТОКРИТ -55%. В АНАМНЕЗЕ ОТМЕЧЕН ПОСТОЯННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ, СМЕНЯЮЩИЙСЯ В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ ЧУВСТВОМ ТЯЖЕСТИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ. РАНЕЕ НЕ ОБСЛЕДОВАЛСЯ. ПРИ РЕНТГЕНОСКОПИИ ЖЕЛУДКА ВЫЯВЛЕН ЗНАЧИТЕЛЬНО УВЕЛИЧЕННЫЙ ЖЕЛУДОК. КАКОЕ ИХ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОКАЗАНО ДАННОМУ БОЛЬНОМУ?

1. показано неотложное хирургическое вмешательство
2. показано санаторно-курортное лечение
3. после проведенного консервативного лечения вероятно развитие рецидива
4. лечение может быть проведено амбулаторно
5. необходимо предварительное проведение консервативной терапии

19. У БОЛЬНОГО ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ СТЕНОЗ ПИЛОРО-БУЛЬБАРНОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ 10-ЛЕТНЕГО ЯЗВЕННОГО АНАМНЕЗА. В СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ ОН ПОСТУПАЕТ С ЖАЛОБАМИ НА МНОГОКРАТНУЮ РВОТУ И ОТРЫЖКУ ТУХЛЫМ. ОТМЕЧАЕТ ВЫРАЖЕННУЮ СЛАБОСТЬ, ИСТОЩЕН. КЛИНИЧЕСКОЙ НАХОДКОЙ ВРАЧА ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ У ДАННОГО БОЛЬНОГО БУДЕТ

1. симптом "падающей капли" и вздутия
2. болезненность при пальпации в правом подреберье и высокий лейкоцитоз
3. отсутствие перистальтики, стул в виде "малинового желе"
4. "кинжальная" боль в эпигастральной области и ригидность брюшной стенки
5. рвота непереваренной пищей и шум плеска

20. У БОЛЬНОГО ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ СТЕНОЗ ПИЛОРО-БУЛЬБАРНОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ 10-ЛЕТНЕГО ЯЗВЕННОГО АНАМНЕЗА. В СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ ОН ПОСТУПАЕТ С ЖАЛОБАМИ НА МНОГОКРАТНУЮ РВОТУ И ОТРЫЖКУ ТУХЛЫМ. ОТМЕЧАЕТ ВЫРАЖЕННУЮ СЛАБОСТЬ, ИСТОЩЕН. КАКОЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННО ЗА ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ ЭТОГО БОЛЬНОГО ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ?

1. ни одно из перечисленных ниже нарушений
2. дыхательный ацидоз
3. метаболический ацидоз
4. дыхательный алкалоз
5. метаболический алкалоз

21. У БОЛЬНОГО ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ СТЕНОЗ ПИЛОРО-БУЛЬБАРНОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ 10-ЛЕТНЕГО ЯЗВЕННОГО АНАМНЕЗА. В СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ ОН ПОСТУПАЕТ С ЖАЛОБАМИ НА МНОГОКРАТНУЮ РВОТУ И ОТРЫЖКУ ТУХЛЫМ. ОТМЕЧАЕТ ВЫРАЖЕННУЮ СЛАБОСТЬ, ИСТОЩЕН. ПОСЛЕ СТАБИЛИЗАЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОЙ ДАЛ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. ПРИ ДООБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНО, ЧТО БОЛЬНОЙ ГИПОСЕКРЕТОР, ИМЕЮТСЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВЫРАЖЕННОГО ГАСТРИТА ВО ВСЕХ ОТДЕЛАХ ЖЕЛУДКА, ВЫБЕРИТЕ МЕТОД ОПЕРАЦИИ

1. селективная проксимальная ваготомия
2. ваготомия с дренирующей желудок операцией
3. резекция желудка по Бильрот-2
4. наложение гастростомы по Витцелю
5. фундопликация по Ниссену

22. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ ВОЗВРАТНОЙ ЯЗВЫ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮШИХ ОПЕРАЦИИ С ВАГОТОМИЕЙ ПРИ АДЕКВАТНОМ СНИЖЕНИИ КИСЛОТОПРОДУКЦИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

1. гастрит оперированного желудка
2. синдром Золлннгера-Эллисона
3. неполная ваготомия
4. нарушение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки
5. чрезмерное употребление алкоголя

23. БОЛЬНОМУ, ОБСЛЕДУЕМОМУ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ, НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ МЕЖДУ ЯЗВОЙ ТЕЛА ЖЕЛУДКА И РАКОМ ЖЕЛУДКА. ВСЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ БУДУТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ В ПОЛЬЗУ РАКА ЖЕЛУДКА, КРОМЕ

1. низкодифференцированная аденокарцинома по данным биопсии
2. повышенный уровень канцероэмбрионального антигена в сыворотке кропи больного
3. ахлоргидрия в ответ на максимальную стимуляцию кислотопродукции желудка
4. повышенный уровень 2-глюкоронидазы в желудочном секрете
5. симптом "ниши" в стенке желудка в области его тела при рентгенографии
6. ***Темы для доклада***

1). Современные представления об этологии язвенной болезни желудка.

2). Малоинвазивные методы лечения осложнений язвенной болезни желудка.

1. ***Темы для УИРС***

1). Эндоскопические способы гемостаза.

2). Предоперационная подготовка больных со стенозом выходного отдела желудка.

1. ***Темы для презентации***

1). Виды оперативных вмешательств при прободных язвах.

2). Диагностика и дифференциальная диагностика пилородуденального стеноза, стадии заболевания.

1. ***Перечень практических навыков для демонстрации***

1). Выполнение типичных операций на симуляторе.

1. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1**

Больной А. , 27 лет внезапно почувствовал сильные внезапные боли в эпигастрии. В течение последних 2-3 мес. отмечает периодические боли в эпигастрии по ночам. Доставлен в стационар через 5 часов с момента заболевания.

При обследовании температура 37,1 гр., состояние больного тяжелое, пульс 100 , АД – 130/90 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом, суховатый. Живот напряжен и болезненный в эпигастрии и правой подвздошной области. Перкуторно печеночная тупость не определяется, симптомы Щеткина-Блюмберга, Ситковского положительные. Симптом Ровзинга сомнительный.

Анализ крови: Гемоглобин 140 г/л, эритроциты 4,3 х 10 12/л, Лейкоциты 14,2х10 9/л.

Ваш предположительный диагноз?

С каким заболеванием следует провести дифференциальную диагностику?

Дополнительные методы исследования?

Тактика хирурга?

**Задача 2.**

Больной С., 53 лет, страдает хронической язвой желудка в течение 7 лет, неоднократно лечился в стационаре. При стационарном лечении в течение 2-х последних месяцев язва в антральном отделе желудка размером 1,8 х 1,5 см. не имеет тенденции к заживлению.

Ваш диагноз?

Дополнительные методы исследования?

Тактика хирурга?

**Задача 3.**

У больного 45 лет после подъема тяжести возникла острая слабость, головокружение, покрылся холодным потом, отмечает мелькание «мушек» перед глазами. Страдает хронической язвой ДПК в течение 5 лет.

При осмотре больной бледен, пульс 120 в минуту, А/Д- 90/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Повторяющийся обильный черный стул.

Ваш диагноз?

Какие дополнительные исследования необходимы?

Тактика врача?

**Задача 4.**

Больной 61 года в течение последних 3-4 месяцев стал отмечать чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи, изжогу, отрыжку кислым. После переедания возникает рвота съеденнойнакануне пищей. В анамнезе язвенная болезнь ДПК в течение 3-4 лет, не лечился.

Ваш предположительный диагноз? Диагностическая и лечебная тактика?

**Задача 5.**

Больной 26 лет доставлен из геологической партии через 24 часа от начала заболевания в крайне тяжелом состоянии с жалобами на боли в животе, которые возникли остро в эпигастрии при выполнении тяжелой физической работы. Язвенный анамнез отсутствует. Пульс 120 в мин., А/Д – 90/50 мм.рт.ст. Черты лица заострены, кожные покровы холодные, влажные с цианотическим оттенком. Живот равномерно вздут, во всех отделах отмечается выраженный тимпанит, болезненность при пальпации. Кишечные шумы не выслушиваются, положительные симптомы Склярова, Спижарного, Спасокукоцкого, Щеткина-Бл.юмберга. В отлогих местах брюшной полости определяется притупление.

Ваш диагноз? Диагностическая и лечебная тактика?

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **собеседование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
|  Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных** **задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится по зачетным билетам, в устной форме

 **Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

*(Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:*

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет: Рд=Рт+Рб+Рз,*

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине– экзамен: Рд=Рт+Рб+Рэ, где*

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -****текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг)*

*Образец критериев, применяемых для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного рейтинга.*

**11-15 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 90 %).

**6-10 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 70 %).

**3-5 баллов.** Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 50 %).

**0-2 балла.** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов <50 %).

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Стационарозамещающие технологии в хирургии, направления, перспективы развития.
2. Формы стационарозамещающей помощи населению.
3. Виды медицинской помощи в условиях различных подразделений стационарозамещающих форм.
4. Нормативная документация, регламентирующая трудовую и медицинскую деятельность в условиях стационарозамещающих технологий.
5. Функциональные обязанности хирурга в условиях стационарозамещающих технологий.
6. Экспертиза временной нетрудоспособности в условиях стационарозамещающей хиургической помощи населению.
7. Порядок оказания помощи в дневном хирургическом стационаре. Приказ N 438 от 09.12.1999г. "Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях". Документация дневного хирургического стационара.
8. Клиника, диагностика и лечение хронической артериальной недостаточности. Облитерирующий атеросклероз, эндартериит сосудов нижних конечностей. Клиника, диагностика и лечение больных с синдромом диабетической стопы. Классификация СДС.
9. Клиника, диагностика и лечение хронической венозной недостаточности. Варикозное расширение вен нижних конечностей, поверхностный и глубокий тромбофлебит, ПТФБ. Техника операций: флебэктомия, склеротерапия, ЭВЛО, криостриппинг,
10. Клиника, диагностика и консервативное лечение больных с ПХЭС.
11. Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке на парентеральное введение лекарственных средств.
12. Порядок работы стационара на дому, функции стационара на дому.
13. Классификация, этиология, патогенез пролежней. Лечение пролежней
14. Профилактика пролежней.
15. Трофические язвы нижних конечностей. Патогенез трофических язв. Лечение трофических язв.
16. Асцит, этиология, патогенез, клиника. Техника лапароцентеза при асците.
17. Предоперационный период, этапы. Предоперационное обследование плановых больных. Виды предоперационной подготовки больного, препараты для премедикации. Заполнение информированного согласия на операцию.
18. Подготовка хирурга к операции. Уровни деконтаминации рук. Техника мытья рук.
19. Обезболивание в амбулаторных условиях. Виды анестезии. Техника выполнения местной инфильтрационной и проводниковой анестезии.
20. Техника операций: флебэктомия, склеротерапия, ЭВЛО, криостриппинг, грыжесечение при паховой, пупочной, грыжи белой линии живота, удаление липомы, атеромы, папилломы, гигромы, фиброаденомы, лигирование геморроидальных узлов.
21. Послеоперационный период, осложнения и их профилактика.
22. Вич-аварийные ситуации, алгоритм действий при них. СанПин 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции»
23. Оперативное и консервативное лечение больных с острой гнойной хирургической инфекцией. Способы обезболивания в условиях стационарозамещающей хирургической помощи.
24. Лечение гнойных ран по фазам раневого процесса.
25. Клиника, диагностика и лечение хирургической инфекции мягких тканей I и II уровня (D.H. Ahrenholz, 1991) – фурункула, карбункула, гидраденита, рожистого воспаления, эризипелоида, абсцесса, флегмоны.
26. Клиника, диагностика и лечение лимфангиита, лимфаденита. Тактика хирурга поликлиники.
27. Клиника, диагностика и лечение различных форм панариция в условиях стационарозамещающих технологий. Анатомия кисти.
28. ПХО ран, показания, ход операции.
29. Экстренная профилактика столбняка. Приказ N 174 от 17.05.1999 "О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка".

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Ситуационная задача 1**

К хирургу поликлиники в понедельник обратился больной К., 25 лет с жалобами на боль, кровоподтеки, припухлость в области лица. Накануне, в выходной день был избит неизвестными на улице. Обратился к дежурному нейрохирургу приемного отделения травматологической больницы, который установил диагноз «ушиб мягких тканей лица», оказал помощь больному и выдал справку с указанием даты и времени обращения, диагноза, проведенных обследований, оказанной медицинской помощи, признал больного нетрудоспособным и рекомендовал дальнейшее лечение у хирурга по месту жительства. Пациент в воскресенье выйти на работу не смог.

ЗаданиЕ:

Как правильно оформить листок нетрудоспособности хирургу поликлиники?

**Ситуационная задача 2**

Больной Сидорков И.И., работает на стройке, обратился к хирургу поликлиники 02.02.2016 с жалобами на боли и отек в области правого коленного сустава, в анамнезе отмечает травму несколько лет назад. Врач осмотрел больного и поставил диагноз «посттравматический артрит правого коленного сустава», назначил R-графию, консервативное лечение и признал больного нетрудоспособным с 02.02.2016 по 12.02.2016. Выписывая лист нетрудоспособности синими чернилами, врач указал фамилию пациента – Сидоров И.И., обнаружил свою неточность и подписал сверху букву «к».

ЗаданиЕ:

1) Оцените правильность оформления листка нетрудоспособности.

2) Как правильно оформить лист нетрудоспособности в данной ситуации?

**Ситуационная задача 3**

К хирургу поликлиники 15.03 2016 обратился больной с жалобами на рану в области правого бедра, кровоподтеки, ссадины правой голени и предплечья. Отмечает, что травму получил в быту накануне, самостоятельно обработал велтосептом и раствором перекиси водорода 3%, к врачам в этот день обратиться не смог, плохо себя чувствовал, на работу не пошел и пропустил рабочую смену. Врач осмотрел больного, провел первичную хирургическую обработку раны под местной анестезией и признал пациента нетрудоспособным на неделю.

ЗаданиЕ:

1) Как правильно оформить лист нетрудоспособности, если больной получил травму накануне, а в медицинское учреждение обратился на следующий день.

2) Назовите даты нетрудоспособности больного.

**Ситуационная задача 4**

К хирургу поликлиники обратилась больная с жалобами на наличие округлого безболезненного образования на спине плотно-тестоватой консистенции размерами 1,5х1,5 см, спаянное с дермой и смещаемое относительно подлежащих тканей. Врач осмотрел больную, поставил диагноз и рекомендовал плановое оперативное лечение в условиях поликлиники. Но пациентка начала сомневаться в необходимости оперативного лечения, мотивируя тем, что она работает в двух учреждениях и много теряет в заработной плате по месту работы по совместительству, где работает в течение года.

ЗаданиЕ:

1) Как выписать лист нетрудоспособности в данной ситуации?

**Ситуационная задача 5**

К хирургу поликлиники 10.01.2017 г. обратился больной М., 35 л. с жалобами на боли, припухлость, покраснение левой голени, t=38ºС. Из анамнеза: 4 дня назад поранил голень проволокой во время работы на даче. Объективно: в средней трети левой голени определяется инфильтрат 6х6см. с четкими границами, болезненный при пальпации, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, определяется флюктуация.

Врач признал больного нетрудоспособным и выписал листок нетрудоспособности с 10.01.2017 по 17.01.2017, затем ввиду необходимости лечения продлил листок нетрудоспособности с 18.01.2017 по 25.01.2017.

ЗаданиЕ:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Оцените правильность оформления листка нетрудоспособности.

**Ситуационная задача 6**

К хирургу поликлиники обратился больной М., 30 лет с жалобами на боль в области раны верхней трети правого бедра. Из анамнеза: 1 час назад случайно в быту порезался стеклом. Объективно: в верхней трети правого бедра определяется рана 5х3 см., зияет, кровоточит. Врач выполнил ПХО раны, мероприятия по профилактике столбняка. При оформлении листка нетрудоспособности выяснилось, что пациент работает в течение 1 года по основному месту работы преподавателем медицинского ВУЗа, на условиях внешнего совместительства на 0,25 ставки в течение 3 лет врачом-терапевтом в больнице и на 0,25 ставки в течение 1,5 лет преподавателем медицинского колледжа.

ЗАДАНИЕ:

Как правильно хирургу поликлиники осуществить экспертизу временной нетрудоспособности пациента?

**Ситуационная задача 7**

В дневной хирургический стационар поступил больной К 70 лет с жалобами на боли в ногах, возникающие при ходьбе на расстоянии 400 метров, от которых вынужден останавливаться и отдыхать, зябкость ног. Много курит.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 150/90 мм рт ст., PS 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: кожные покровы нижних конечностей бледные, сухие, волосяной покров обеднен, пульсация на a. dorsalis pedis и а. tibialis posterior снижена.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 4. Дайте рекомендации больному после выписки из ДС.

**Ситуационная задача 8**

В дневной хирургический стационар поступила больная М 60 лет с жалобами на боли в правой нижней конечности, отеки на голени и стопе, возникающих к концу дня, судороги по ночам.

Из анамнеза известно, что 1 год назад лечилась по поводу острых болей и выраженного отека в правой нижней конечности.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: правая нижняя конечность увеличена в объеме + 2 см по сравнению с левой, в нижней трети правой голени по медиальной поверхности определяется язвенный дефект размерами 3х2 см, с налетом фибрина, отделяемое серозное.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 4. Дайте рекомендации больному после выписки из ДС.

**Ситуационная задача 9**

В дневной хирургический стационар поступил больной М., 65 лет с жалобами на боли в икроножных мышцах, возникающие при ходьбе на расстоянии 230 метров, от которых вынужден останавливаться и отдыхать, парастезии, зябкость стоп. Страдает в течение 5 лет СД II типа.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 150/90 мм рт ст., PS 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: кожные покровы нижних конечностей бледные, сухие, кожа истончена, пульсация на a. dorsalis pedis и а. tibialis posterior снижена. На II пальце правой стопы по боковой поверхности определяется поверхностный язвенный дефект 1х1 см в переделах кожи, на дне его – налет фибрина.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 4. Выполните перевязку данному пациенту.

**Ситуационная задача 10**

В дневной хирургический стационар поступил больной Н., 30 лет с жалобами боли в ногах, возникающие при ходьбе на расстоянии 150 метров, от которых вынужден останавливаться и отдыхать. Ранее отмечал в холодное время года, при длительной ходьбе, появление ощущения похолодания в I пальце стопы. Работает бурильщиком в условиях Крайнего Севера, курит до 15 сигарет в день.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 110/70 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: кожные покровы нижних конечностей сухие, волосяной покров на передней поверхности голеней обеднен, ногтевые пластины ломкие, с участками онихомикоза, пульсация на a. dorsalis pedis практически не определяется.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 4. Дайте рекомендации больному после выписки из ДС.

**Ситуационная задача 11**

В дневной хирургический стационар поступила больная К., 55 лет с жалобами на периодические боли в правом подреберье после приема жирной пищи. Из анамнеза: 5 лет назад пациентке выполнена холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, слабо безболезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для данного больного при направлении на дневной стационар.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данной пациентке.

 4. Дайте рекомендации больной после выписки из ДС.

**Ситуационная задача 12**

В дневном хирургическом стационаре на лечении находится пациент с диагнозом «Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. ХАН II А ст». Больному назначено в/в капельное введение сулодексида, через 5 минут от начала введения препарата, пациент начал жаловаться на затрудненное дыхание, резкую слабость и головокружение. Процедурная медицинская сестра обратила внимание на бледность кожных покровов больного, измерила АД – 80/50 мм.рт.ст., PS 110 в минуту и пригласила врача.

Задание: 1. Определите состояние пациента.

 2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

**Ситуационная задача 13**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту М., 74 лет, с жалобами на наличие раны в области крестца. Из анамнеза известно, что 2 года назад больной перенес геморрагический инсульт, парализована правая рука и нога, находится на постельном режиме.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в области крестца определяется язвенный дефект 5х5 см, на всю толщу подкожно-жировой клетчатки без вовлечения фасции, отделяемое серозно-гнойное, по краям дефекта ткани тусклые, темно-серого цвета, местами с линией демаркации.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 3. Выполните перевязку больному.

**Ситуационная задача 14**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту К., 84 лет, с жалобами на наличие, незаживающего в течение 3 месяцев, язвенного дефекта по медиальной поверхности левой голени. Из анамнеза известно, что 5 лет назад больной перенес тромбофлебит глубоких вен левой голени.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 150/100 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: левая голень + 2,5 см по сравнению с правой, по медиальной поверхности левой голени определяется язвенный дефект 5х5 см, отделяемое серозно-гнойное, на дне – фибрин, местами вялые грануляции.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

 3. Выполните перевязку больному.

**Ситуационная задача 15**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту Н., 80 лет, которому выполнена ампутация правой нижней конечности на уровне в/3 бедра по поводу гангрены правой стопы на фоне облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. Пациент находится на постельном режиме, подвижность его ограничена, аппетит плохой, родственники переживают, что у пациента могут возникнуть пролежни. Пациент курит по 10 сигарет в день.

Объективно: телосложение пациента ниже среднего, кожные покровы сухие. дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание самостоятельное, стул не нарушен.

Задание: 1. Оцените риск развития пролежней по шкале Ватерлоу. (шкала прилагается)

 2. Дайте рекомендации родственникам по профилактике пролежней у больного.

 3. Наметьте план мероприятий по диспансеризации больного.

**Ситуационная задача 16**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту М., 78 лет, с жалобами на боль, припухлость в с/3 правого бедра, беспокоит в течение 5 суток. Из анамнеза известно, что пациент в течение 20 лет страдает СД II типа.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в области с/3 правого бедра определяется участок гиперемии 2х2 см, с гнойным стержнем в центре, кожа вокруг отечна, болезненна при пальпации, горячая на ощупь, определяется размягчении тканей.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Лечение больного.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

**Ситуационная задача 17**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту М., 80 лет, с жалобами на увеличение живота. Из анамнеза известно, что пациент страдает циррозом печени, 3 месяца назад находился на стационарном лечении, тогда отмечал наличие черного стула.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, АД 130/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот увеличен в объеме, перкуторно – свободная жидкость в брюшной полости. Печень + 4 см из под края реберной дуги. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Лечение больного.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту.

**Ситуационная задача 18**

Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту К., 78 лет, ранее выписан из сосудистого отделения, где находился с жалобами на боль, припухлость, уплотнение в виде шнура по медиальной поверхности левой голени.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в области с/3 левой голени определяется участок 3х0,5 см плотной консистенции, практически безболезненный, кожа на этом участке слегка гиперпигментирована, гиперемии, отека нет.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Лечение больного.

 3. Заполните лист назначений в истории болезни данному пациенту

**Ситуационная задача 19**

В ЦАХ на плановое оперативное лечение поступила пациентка М, 45 лет с жалобами на тяжесть в ногах, отеки к вечеру на голенях и стопах, судороги по ночам.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 110/70 мм рт ст., PS 74 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: на медиальной поверхности правой голени и бедра определяется варикозно-расширенные вены, пастозность голеней.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Предоперационная подготовка и обследование больного.

 3.Напишите протокол операции, проведенной данной пациентке.

**Ситуационная задача 20**

В ЦАХ на плановое оперативное лечение поступил пациент Н, 40 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в правой паховой области, беспокоит в течении 1 года, возникло после подъема тяжестей.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 74 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в правой паховой области определяется опухолевидное образование 3х3см, мягкоэластической консистенции, вправляющееся в брюшную полость, кашлевой толчок передается, дефект апоневроза 2,5см.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Предоперационная подготовка и обследование больного.

 3.Напишите протокол операции, проведенной данному пациенту.

**Ситуационная задача 21**

К хирургу поликлиники на плановое оперативное лечение поступил пациент К, 35 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в средней трети правого бедра, беспокоит в течении 10 лет, постепенно увеличивалось в размерах.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 74 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в средней трети правого бедра определяется образование 2х2 см, мягко-эластической консистенции, подвижное, безболезненное, кожа над ним не изменена.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Предоперационная подготовка и обследование больного.

 3.Напишите протокол операции, проведенной данному пациенту.

**Ситуационная задача 22**

В ЦАХ на плановое оперативное лечение поступила больная К., 26 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в правой молочной железе, обследована в онкодиспансере – при гистологическом исследовании выявлен доброкачественный характер патологии.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 110/70 мм рт ст., PS 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в нижненаружном квадранте правой молочной железы определяется образование 2х2 см, плотной консистенции, подвижное, не спаяно с кожей, безболезненное, кожа над ним не изменена, регионарные лимфоузлы не пальпируются.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Предоперационная подготовка и обследование больной.

 3.Напишите протокол операции, проведенной данной пациентке.

**Ситуационная задача 23**

В ЦАХ на плановое оперативное лечение поступил пациент М, 50 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в пупочной области, беспокоит в течении 3 месяцев, возникло после подъема тяжестей.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 130/80 мм рт ст., PS 74 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены.

St.localis: в пупочной области определяется опухолевидное образование 3х3см, мягкоэластической консистенции, вправляющееся в брюшную полость, кашлевой толчок передается, дефект апоневроза 2,5см.

Задание: 1. Поставьте диагноз заболевания.

 2. Предоперационная подготовка и обследование больного.

 3.Напишите протокол операции, проведенной данному пациенту.

**Ситуационная задача 24**

В ЦАХ во время планового грыжесечения при выполнении разреза подкожножировой клетчатки, хирургу в глаз струей попала кровь больного, при этом он случайно порезался скальпелем. Хирург снял перчатку, выдавил кровь из ранки, обработал 70% спиртом, одел стерильную перчатку и продолжил оперативное вмешательство.

Задание: 1. Оцените действия хирурга.

 2. Ваши действия.

**Ситуационная задача 25**

К хирургу поликлиники в в сентябре 2016г., обратился больной М., 46 л с жалобами на боли, припухлость, покраснение левой голени, t=38ºС. Из анамнеза: 4 дня назад поранил голень проволокой во время работы на даче. Объективно: в средней трети левой голени определяется инфильтрат 20х6см., болезненный при пальпации, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, определяется флюктуация.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) Каков объем по профилактике столбняка, если у больного есть сведения о введении следующих прививок:

АДС-М 0,5мл в 1997,

АДС-М 0,5 мл в июне 2009г.,

АДС-М 0,5 мл в июле 2009г.,

АДС-М 0,5 мл в январе 2010г.

**Ситуационная задача 26**

К хирургу поликлиники в июне 2016г. обратился больной К., 36 г. с жалобами на припухлость в области раны и боль правого плеча, t= 37,9ºC. Из анамнеза: 4 дня назад в быту получил рану плеча, лечился самостоятельно. Объективно: на передней поверхности правого плеча в нижней трети имеется рана 2х2 см, глубиной до 1 см с умеренным серозно-гнойным отделяемым, кожа вокруг раны гиперемирована, отечна, горячая на ощупь, проксимальнее раны – “дорожка” гиперемии в виде сеточки, подмышечные лимфоузлы справа увеличены, болезненны, мягкой консистенции, кожа над ними не изменена.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) Каков объем мероприятий по профилактике столбняка, если у больного есть сведения о введении следующих прививок:

АДС-М 0,5 мл в 1996г,

АДС-М 0,5 мл в марте 2012г.,

АДС-М 0,5 мл в апреле 2012г.,

АДС-М 0,5 мл в сентябре 2013г.

**Ситуационная задача 27**

К хирургу поликлиники в октябре 2016г., обратился подросток 16 лет с жалобами на сильные боли во II пальце левой кисти, от которых не смог уснуть предыдущую ночь. Из анамнеза: 5 дней назад занозил палец щепкой, самостоятельно ее удалил, обработал спиртом, 3 дня назад появились припухлость, гиперемия, болезненность II пальца левой кисти. Объективно: ногтевая фаланга на ладонной поверхности II пальца левой кисти отечна, гиперемирована, горячая на ощупь, при пальпации пуговчатым зондом определяется локальная болезненность, размягчение тканей на участке 0,5х0,3 см.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) Последняя прививка АДС-М 0,5 мл. была в мае 2006г. Ваши мероприятия по профилактике столбняка?

**Ситуационная задача 28**

Больной К., 41 год обратился в ноябре 2016г., к хирургу поликлиники с жалобами на боль в области резаной раны левого бедра.

Из анамнеза: 1 час назад на улице был ранен ножом неизвестным.

Объективно: в с/3 левого бедра рана 3х2 см с ровными краями, кровоточит.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) Каков объем мероприятий по профилактике столбняка, если у больного есть сведения о введении следующих прививок:

АДС-М 0,5 мл в 1991г.,

АДС-М 0,5 мл в 2001г.,

АДС-М 0,5 мл в июне 2012г.,

АДС-М 0,5 мл в июле 2012г..

**Ситуационная задача 29**

К хирургу поликлиники в феврале 2016г., обратился больной Н., 39 лет с жалобами на боль, покраснение, припухлость правой голени, t=39ºС. Из анамнеза: неделю назад ушиб правую стопу керамической плиткой на стройке, рану 0,5х1 см обработал 5% иодом, наложил повязку, к врачам не обращался. Объективно: на тыле стопы рана 0,5х1 см со скудным серозным отделяемым, в средней трети правой голени определяется гиперемия с четкими, неровными краями, как «языки пламени», голень увеличена в объеме, горячая на ощупь, при пальпации - болезненность.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) В чем заключается профилактика столбняка, если больной получил:

АДС-М 0,5 мл в июне 2004г,

АДС-М 0,5 мл в январе 2015г.?

**Ситуационная задача 30**

К хирургу поликлиники в декабре 2016г. обратился военнослужащий К.,40 лет с жалобами на боль, покраснение вокруг раны левого предплечья, полученную в результате термического ожога 4 дня тому назад. Объективно: в средней трети левого предплечья имеется рана 3х4 см с гнойным отделяемым, кожа вокруг раны на участке 10х8 см гиперемирована, отечна, горячая на ощупь, определяется болезненность при пальпации, t=39,2ºС.

Задания:

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Тактика хирурга?

3) Каков объем мероприятий по профилактике столбняка, если сведений о прививках у больного нет.

**Образец зачетного билета**

**ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России**

**Кафедра госпитальной хирургии, урологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации – специалист**

**Специальность: 31.05.01 Лечебное дело**

**Дисциплина: Эндоскопические и стационарозамещающие**

**технологии в хирургии**

**Форма промежуточной аттестации: зачет**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Билет № ХХХ**1. Цент амбулаторной хирургии, порядок работы.2. Техника эндоскопической холецистэктомии, опасности, осложнения**Ситуационная задача**Хирурга стационара на дому пригласили к пациенту М., 84 лет, с жалобами на наличие раны в области правой лопатки, больной находится на постоянном постельном режиме.Объективно: состояние больного удовлетворительное, дыхание везикулярное, АД 140/80 мм рт ст., PS 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание, стул не нарушены.St.localis: в области правой лопатки определяется язвенный дефект 6х6 см, на всю толщу подкожно-жировой клетчатки без вовлечения фасции, отделяемое серозно-гнойное, по краям дефекта ткани тусклые, темно-серого цвета, местами с линией демаркации.Задания: 1). Ваш предположительный диагноз?  2) План обследования больного. 3) Лечение, профилактика.

|  |  |
| --- | --- |
| Зав. кафедрой, д.м.н., профессор | В.С. Тарасенко |
| Декан лечебного и стоматологического факультетов, д.м.н., доцент | Д.Н. Лященко |

 |

 **Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 6 | - ПК-5 готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | Знать этиология, патогенез, классификацию, принципы диагностики хирургических заболеваний амбулаторных пациентов | вопросы № 11,12,13,16,18,19,27,29 |
| Уметь определить объем лабораторных и инструментальных исследований | практические задания № 7,8,9,24,26,27  |
| Владеть навыками интерпритации методов клинической, инструментальной и лабораторной диагностики заболеваний, алгоритмом постановки диагноза | практические задания № 8,9,10,11,12,13,15,16,17 |
| 7 | - ПК-6 способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра | Знать основные симптомы хирургических болезней амбулаторных пациентов | вопросы № 11,12,13,16,18,19,27,29 |
| Уметь провести клинический осмотр пациента хирургического отделения поликлиники, поставить диагноз заболевания в соответствии с МКБ 10 | практические задания №.7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30 |
| Владеть интерпритацией методов клинического обследования пациентов, алгоритмом постановки диагноза амбулаторным пациентам | практические задания №1,2,3,4,5, 6, 9,11,12, 13,14,15,16, 17,18,19,20,21,23,24,25,26,28, 29,30, |
| 8 | - ПК-8 способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами | Знать нормативную документацию, регламентирующую проведение экспертизы нетрудоспособности хирургических пациентов в условиях поликлиники | вопросы № 1,2,7,8 |
| Уметь определять критерии временной и стойкой нетрудоспособности хирургических пациентов в амбулаторных условиях | практические задания № 1,2,3,4,5,6 |
| Владеть навыками заполнения листка нетрудоспособности пациентам хирургического отделения поликлиники, направления на МСЭ | практические задания №1,2,3,4,5,6 |
| 9 | - ПК-9 готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара | Знать принципы лечения, реабилитации и диспансеризации пациентов с хирургическими заболеваниями в амбулаторных условиях, и в условиях различных форм стационарозамещающих технологий | вопросы №10,11,12,13,14 |
| Уметь разработать план обследования и лечения амбулаторных пациентов с хирургическими заболеваниями | практические задания №№7,8,9,10,11,12 |
| Владеть техникой хирургической обработки гнойной раны и дренирования, наложения повязок | практические задания №№7,8,9,10,11,12 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.**

 **I. Цель и задачи**

Цель внедрения балльно-рейтинговой оценки деятельности студентов на кафедре госпитальной хирургии, урологии – повышение качества учебного процесса.

Задачи внедрения балльно-рейтинговой оценки деятельности студентов:

- повышение мотивации студентов к систематической работе по изучению специальных дисциплин;

- повышение объективности оценки знаний, умений и навыков за счет дифференциации баллов и выработки четких параметров контроля выполнения учебной работы;

- развитие самостоятельности и ответственности будущих специалистов;

- интенсификация, активизация работы преподавателей кафедры по обновлению и совершенствованию содержания и методов обучения;

- формирование информационного банка данных, отражающего в динамике успеваемость каждого студента.

**II.** Место дисциплины в ООП

Дисциплина «Амбулаторная хирургия»относится к

- вариативной части профессионального цикла **(С 3)** базового учебного плана по специальности «060101.65 Лечебное дело» высшего профессионального медицинского образования, изучается в 12 семестре

**III. Рейтинговая оценка по дисциплине**

3.1 В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценки деятельности студентов на кафедре госпитальной хирургии, урологии используется такой его вид, как рейтинг студента по дисциплине (Рd).

3.2 Рейтинговая оценка по дисциплине является интегральным показателем, формируемым на основе комплексной оценки знаний студента:

*Pd=Σм + Б + Рз*

*Pd=70 +15+15*

Максимальное значение ***Pd*** составляет ***100 баллов.***

3.3 Рейтинг по дисциплине складывается из баллов, набранных в результате:

1) ***Σм*** *–* суммарного модульного рейтинга (максимально 70 баллов), включающего:

- текущий контроль – успеваемость на каждом занятии;

- рубежный контроль – он завершает обучение по каждому модулю;

2) ***Рз*** – зачетный рейтинг (максимально 15 баллов) – проводится после изучения всей дисциплины;

3) ***Б*** – бонусные баллы (максимально 15 баллов).

**IV. Модель балльно-рейтинговой оценки деятельности студента**

4.1 На кафедре госпитальной хирургии, урологии используется модель среднего балла. Преимущество данной модели в том, что она не требует перестройки учебного процесса, т. к. используется традиционная 5-ти балльная система оценки знаний студентов.

**V. Расчет рейтинга дисциплины *Pd* с помощью модели среднего балла**

5.1 Расчёт рейтинга дисциплины ***Рд*** по модели «среднего балла» осуществляется по формуле:

*Р =∑м+Б+Рз*

*Рд=70+15+15*

где:

***∑м*** – суммарный модульный рейтинг (максимально 70 баллов)

***Б*** – бонусные баллы (максимально 15 баллов)

***Рз*** - зачетный рейтинг (максимально 15 баллов)

Максимально возможное значение – ***100 баллов***.

5.2 В каждом дисциплинарном модуле на практических занятиях по 5-балльной системе оценивается деятельность студента отдельно по трем направлениям:

- учебная (УД);

- обязательная самостоятельная (аудиторная и внеаудиторная) деятельность студента (СРС);

- зачет (рубежный контроль – РК)

По каждому направлению в конце модуля высчитывается средний балл и на его основе выводится показатель – текущий рейтинг модуля ***Рт***.

5.2.1. Подсчет текущего рейтинга модуля

По каждому практическому занятию студент получает до 5 баллов включительно (текущий контроль). Эта оценка складывается из среднеарифметического значения оценки выполнения всех этапов занятия (от 0 до 3; таблица 1), к которому добавляются 1 балл за отсутствие опоздания и 1 балл – за соблюдение норм медицинской этики и деонтологии. При попытке сорвать занятие студент удаляется с занятия и его рейтинг за занятие обнуляется. По окончанию цикла практических занятий определяется средняя арифметическая оценок по всем занятиям, включая итоговое тестирование (по пятибалльной системе) и умножается на 10 (максимально – 50). К этой цифре добавляется количество баллов за выполнение лекционного курса (максимально – 10; таблица 1) и за выполнение обязательной самостоятельной внеаудиторной работы (максимально – 10; таблица 2).

В целом ***Рт*** максимально составляет ***70 баллов***.

5.2.2. Подсчет суммарного модульного рейтинга.

После прохождения всех модулей дисциплины рассчитывается суммарный модульный рейтинг ***∑м***  как среднеарифметический и переводится в 80-балльную систему по таблице 1.

В конце изучения дисциплины к суммарному модульному рейтингу ***∑м*** кафедра добавляет до ***15 бонусных баллов.***

***Рз*** –зачетный рейтинг максимум составляет ***15 баллов*** (5 баллов – удовлетворительно, 10 баллов – хорошо, 15 баллов - отлично).

5.3 Контрольные точки дисциплины (модуля)

**Обязательные контрольные точки** – контрольные мероприятия по дисциплине, предусмотренные учебным планом и рабочей программой, через которые проходят студенты. К контрольным точкам относятся следующие виды контроля:

- контроль посещения лекций;

- контроль посещения практических занятий;

- оценка теоретической и практической подготовки к занятиям, владение практическими навыками и степени готовности их применения в клинической ситуации (оценивается при собеседовании, решении ситуационных задач и тестовых заданий, курации больных, работе в перевязочной и операционной, работе с медицинской документацией);

- защита амбулаторной карты и истории болезни пациента дневного стационара (исходя из рабочей программы дисциплины);

- зачет (собеседование, решение клинических задач).

**Необязательные контрольные точки –** необязательная самостоятельная работа, которая дает возможность студенту набрать большее количество баллов по дисциплине:

- Подготовка обзора по заданной тематике, поиск научных публикаций и электронных источников информации;

- Проведение научно-исследовательской работы;

- Участие в заседаниях кружка СНО;

- Участие в создании наглядных учебных пособий;

- Разработка обучающих компьютерных программ;

- Составление тестовых заданий по изучаемым темам;

- Составление проблемно-ситуационных задач;

- Создание презентаций;

- Создание учебных кинофильмов;

- Участие в конференциях разного уровня;

- Тематические сообщения.

5.4 Самостоятельная работа студентов по дисциплине (модулю).

**Самостоятельная работа** – это усвоение содержания образования и формирование профессиональных умений и навыков по специальности по темам или разделам тем, определенным рабочей программой учебной дисциплины для самостоятельного изучения.

На кафедре госпитальной хирургии, урологии применяются следующие виды и формы самостоятельной работы студентов:

- аудиторная;

- внеаудиторная.

**Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине** выполняется на учебных занятиях (лекциях, практических занятиях, консультациях) под руководством преподавателя и по его заданию:

**Внеаудиторная самостоятельная работа студентов** – планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студентов, выполняется во внеаудиторное время по заданию и при методическом руководстве и контроле преподавателя, но без его непосредственного участия.

Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов. Они могут быть тесно связаны с теоретическими курсами и иметь учебный, клинический, исследовательский или комплексный характер. Формы самостоятельной работы студентов представлены в рабочих программах учебных дисциплин.

**Обязательная внеаудиторная самостоятельная работа студентов** проводится в рамках часов, отведенных на самостоятельную работу учебным планом. Этот вид самостоятельной работы обязан выполнить каждый студент.

**Необязательная внеаудиторная самостоятельная работа студентов** является дополнительной (факультативной) и предназначена для студентов, желающих изучить дисциплину глубже, чем предусмотрено ФГОС ВПО и примерной программой дисциплины, а также повысить свой дисциплинарный рейтинг.

*Таблица 1*

**Обязательная аудиторная работа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид работы | Вид контроля | Баллы |
| **На лекции** |  |
| Составление конспекта лекции | Присутствие на лекциипри посещении 100% лекцийпри посещении 75% лекцийпри посещении 50% лекцийпри посещении 25% лекцийпри посещении менее 25% лекций | 105000 |
| **На практических занятиях** |  |
| Выполнение заданий по входному контролю знаний  | Проверка решения тестовых заданий, опрос. | От 0 до 3 |
| Выполнение заданий при обсуждении темы занятия | Проверка решения заданий и задач, опрос, собеседование, дискуссия. | От 0 до 3 |
| Выполнение заданий по проверке практических навыков  | Непосредственный визуальный контроль, оценка отчета о выполнении задания | От 0 до 3 |
| Решение проблемно-ситуационных задач и ситуаций  | Проверка решения | От 0 до 3 |
| Завершающий контроль  | Проверка решения тестовых заданий, опрос. | От 0 до 3 |

*Таблица 2*

**Обязательная внеаудиторная самостоятельная работа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид работы | Вид контроля | Баллы |
| Курация больного с написанием амбулаторной карты. | Защита амбулаторной карты | От 0 до 5 |
| Курация больного дневного стационара с написанием истории болезни. | Защита истории болезни | От 0 до 5 |

5.5 Бонусные баллы по дисциплине (модулю)

На кафедре госпитальной хирургии, урологии бонусные баллы начисляются за дополнительную внеаудиторную самостоятельную работу. Количество начисляемых баллов и итоговый бонусный балл согласуется с заведующим кафедрой.

*Таблица 3*

**Дополнительная внеаудиторная самостоятельная работа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид работы** | **Вид контроля** | **Баллы** |
| Подготовка обзора по заданной тематике, поиск научных публикаций и электронных источников информации | Оценка обзора, отчета | От 0 до 10  |
| Проведение научно-исследовательской работы | Оценка отчета | От 0 до 5  |
| Участие в заседаниях кружка СНО | Оценка куратора кружка | От 0 до 5 |
| Участие в создании наглядных учебных пособий | Оценка пособий | От 0 до 5 |
| Разработка обучающих компьютерных программ | Оценка программ  | От 0 до 5 |
| Составление тестовых заданий по изучаемым темам | Оценка пакета тестов | От 0 до 5 |
| Составление проблемно-ситуационных задач | Оценка пакета задач | От 0 до 5 |
| Создание презентаций | Оценка презентации | От 0 до 5 |
| Создание учебных кинофильмов | Оценка фильма | От 0 до 5  |
| Участие в конференциях разного уровня | Оценка отчета | От 0 до 5  |

5.6. Определение зачетного рейтинга.

Основные критерии по оценке знаний и умений студентов на зачете.

Оценки **«отлично»**заслуживает студент, демонстрирующий всестороннее (более 85%), систематическое и глубокое знание материала, предусмотренного примерной Программой по амбулаторной хирургии. Изложение материала отличается последовательностью, грамотностью и логической стройностью. В ответе тесно увязывается теория с практикой, показаны знания современной монографической и периодической литературы по данному предмету, правильно обоснованы принятые решения. При видоизменении задания студент не затрудняется с ответом, свободно справляется с задачами и другими видами применения знаний. Соответственно уровню подготовки студент овладел общекультурными и профессиональными компетенциями, указанными в ФГОС, на уровне «самостоятельное выполнение манипуляций» или «практическое выполнение манипуляций под контролем».

Оценки **«хорошо»** заслуживает студент, демонстрирующий достаточно полное (не менее 70%) знание материала предусмотренного примерной Программой. Изложение материала последовательно, грамотно, по существу, не содержит существенных неточностей по вопросу, правильно обоснованы принятые решения. Показаны знания монографической и периодической литературы по данному предмету. При видоизменении задания студент справляется с задачами и другими видами применения знаний. Но при этом допускаются 1-2 негрубые ошибки и 2-3 недочета. Уровень овладения навыками и приемами оценивается как «практическое выполнение манипуляций под контролем» или «самостоятельное выполнение манипуляций».

Оценки **«удовлетворительно»** заслуживает студент, демонстрирующий не менее 50% знаний основного материала предусмотренного примерной Программой, но не усвоивший его деталей. Изложение материала последовательно, грамотно. Показаны знания основной литературы по данному предмету, в обосновании принятых решений даны не полные ответы. При видоизменении задания студент затрудняется с ответом, справляется с задачами и другими видами применения знаний под руководством преподавателя. Но при этом допускаются 1-2 недочета. Студент владеет практическими навыками и приемами на уровне «участие в выполнении манипуляций».

Оценки **«неудовлетворительно»** заслуживает студент, демонстрирующий менее 50% знаний основного материала предусмотренного примерной Программой. Изложение материала непоследовательно, нелогично, имеет грубые ошибки, недочеты, неточности. При видоизменении задания студент затрудняется с ответом, не справляется с задачами и другими видами применения знаний даже под руководством преподавателя. Уровень овладения практическими навыками и приемами оценивается как «теоретическое знакомство и умение объяснить манипуляцию». Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится студентам, которые не могут продолжить обучение в вузе без дополнительных занятий по хирургии.

Полученная оценка переводится в рейтинговые баллы согласно приведенной таблице 4.

 *Таблица 4*

**Таблица перевода пятибалльной системы оценок в рейтинговые баллы**

**для расчета зачетного рейтинга**

|  |  |
| --- | --- |
| Оценка по пятибалльной системе | Оценка в рейтинговых баллах |
| «отлично» | 15 баллов |
| «хорошо» | 10 баллов |
| «удовлетворительно» | 5 баллов |
| «неудовлетворительно» | 0 баллов |

Набранный по итогам модуля балл кафедра сообщает в деканат.

5.7 Организационные аспекты функционирования балльно-рейтинговой системы на кафедре госпитальной хирургии, урологии.

5.7.1 Общие организационные аспекты.

- Проходной балл модуля составляет 43 баллов (таблица 5).

- В зачетных ведомостях преподавателем выставляется отметка, соответствующая рейтингу дисциплины (Rдисц.), вычисляемому по формуле:

Rдисц. = ∑м+Б+Рз

∑м – суммарный модульный рейтинг (максимально 70 баллов)

Б – бонусные баллы (максимально 15 баллов)

Рз - зачетный рейтинг (максимально 15 баллов)

Максимально возможное значение – 100 баллов.

- Пересчет рейтинга в оценку по традиционной шкале осуществляется в соответствии с приведенной ниже таблицей:

Таблица 5

Пересчет рейтинга в оценку

|  |  |
| --- | --- |
| **дисциплинарный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** |
| экзамен, дифференцированный зачет | зачет |
| 85 – 100 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 65 – 84 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 43–64 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 42 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

5.7.2 Схема ликвидации задолженностей.

Практические и лекционные занятия являются обязательной аудиторной работой студента.

- Пропуски лекций по уважительной причине не отрабатываются, необходимо переписать конспект лекций и показать преподавателю. За пропущенные лекций по неуважительной причине необходимо добрать баллы на консультациях путем собеседования по теме лекции и показать преподавателю конспект лекций.

- Пропуски по практическим занятиям по неуважительной и уважительной (донорская справка, справка о болезни студента, распоряжение ректората и деканата, повестка в военкомат) причинам отрабатываются студентом в течение 4 недель со дня пропуска, но не позднее выхода в сессию (окончания семестра). За отработку по неуважительной причине студент получает не более 3 баллов. За отработку по уважительной причине студент получает до 5 баллов. Полученные баллы добавляются к рейтингу за текущий модуль. За пропуски по неуважительной причине, отработанные по истечении четырехнедельного срока, баллы не начисляются.

При необходимости студенты могут повышать модульный рейтинг на консультациях путем собеседования по теме или бонусными баллами за творческую работу.

**Лист ознакомления**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Должность** | **Фамилия, инициалы** | **Дата** | **Подпись** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Лист регистрации изменений**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Номериз­менения | **Текст изменения** | **Подпись** | **Дата****изменения** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |