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**

**ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ**

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 № 9 от « 30 » апреля 2021 года

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит 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:**

- ОПК-5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач;

- ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности;

- ПК-1 Готовность выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме.

- ПК-3 Способность и готовность выполнять полное клиническое обследование пациента, анализ и интерпретацию полученных данных;

- ПК-4 Готовность к определению, формулировке диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);

- ПК-6 Готовность к определению тактики ведения пациента с различными нозологическими формами, контролю эффективности и безопасности лечения;

- ПК-12 Готовность к участию в оценке медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения.

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

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1: «Абдоминальная хирургия»**

**Тема 1:** «Постхолецистэктомический синдром»

**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. Хирургическая анатомия и физиология печени, внепеченочной билиарной системе.
3. Анатомическое взаимоотношение общего желчного и вирсунгова протока.
4. Понятие о постхолецистэктомическом синдроме.
5. Причины патологических состояний после холецистэктомии.
6. Классификация патологических состояний при ПХЭС.
7. Методы обследования больных до и во время первичной операции холецистэктомии, как профилактика ПХЭС.
8. Диагностика ПХЭС: лабораторные, рентгенологические методы исследования, компьютерная томография, УЗИ.
9. Оставленные и вновь образованные камни желчных протоков. Причины, клиника, диагностика, лечение. Профилактика оставления конкрементов при первичной операции холецистэктомии.
10. Стеноз большого дуоденального сосочка. Причины, клинические проявления, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
11. Стриктура желчных протоков. Причины, клинические проявления, диагностика, лечение.
12. Избыточно длинная культя пузырного протока. Причины, клинические проявления, диагностика, лечение, профилактика.
13. Недостаточность большого дуоденального сосочка. Клинические проявления, диагностика, лечение.
14. Холангит. Причины, клинические проявления, диагностика, лечение.
15. Предоперационная подготовка больных с ПХЭС.
16. Оперативное лечение, ход типичных операций при ПХЭС, интраоперационная диагностика патологических состояний.
17. Послеоперационное ведение больных.
18. Утрата трудоспособности и диспансерное наблюдение больных ПХЭС.
19. ***Тестовые задания***

*Выберите один или несколько правильных ответов.*

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

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

4. 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

5. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ У БОЛЬНОГО МОЖЕТ БЫТЬ

1. конкремент в области шейки желчного пузыря
2. увеличение головки поджелудочной железы
3. длинная культя пузырного протока
4. киста тела поджелудочной железы
5. недостаточность дуоденального сосочка

6. К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ОТНОСЯТСЯ

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

7. 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

8. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ЛЕГКОЙ СТ. ТЯЖЕСТИ. ПРИ УЗИ ХР. ПАНКРЕАТИТ, УВЕЛИЧЕНА ГОЛОВКА PANCREAS. ПРИ ЭРХПГ ДИСТАЛЬНАЯ ЧАСТЬ ХОЛЕДОХА СУЖЕНА НА ПРОТЯЖЕНИИ 2.5 СМ, СБРОС В 12-ПЕРСТНУЮ КИШКУ ЗАТРУДНЕН, ХОЛЕДОХ РАСШИРЕН ДО 2 СМ. ВИД ЛЕЧЕНИЯ

1. холедоходуоденоанастомоз
2. ЭПСТ
3. холедохоэнтеростомия
4. консервативная терапия
5. трансдуоденальная папиллотомия

9. 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

10. У БОЛЬНОЙ ПХЭС МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ, ИНТОКСИКАЦИЯ. ПРОИЗВЕДЕНА ЧРЕСКОЖНАЯ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНАЯ ХОЛАНГИОГРАФИЯ. ЧЕРЕЗ 3 ЧАСА У БОЛЬНОЙ БОЛИ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА, ТАХИКАРДИЯ, АД 100/60 мм рт. ст. РАЗВИВШЕЕСЯ ОСЛОЖНЕНИЕ -ЭТО

1. острый панкреатит
2. острый холангит
3. гепатаргия
4. желчеистечение в брюшную полость
5. болевой шок

11. Наиболее оптимальный вид лечения холедохолитиаза у больных с ПХЭС

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

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

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

13. 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

14. 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

15. 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

16. НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ БИЛИРУБИНА КРОВИ

1. 0,10-0,68 мкмоль/л
2. 8,55-20,52 мкмоль/л
3. 2,50-8,33 мкмоль/л
4. 3,64-6,76 мкмоль/л
5. 7,62-12,88 мкмоль/л

17. 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

18. ДИАМЕТР ХОЛЕДОХА, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЙ О НАЛИЧИИ ЖЕЛЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

1. 3 мм
2. 5 мм
3. 8 мм
4. 12 мм

19. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. ЭГДС
2. пероральная холецистография
3. РХПГ
4. обзорная рентгенография
5. гипотоническая доуденография

20. БОЛЬНОЙ 58 ЛЕТ ПРОИЗВЕДЕНА ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛ-ЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ, 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

***III. Темы для доклада.***

1). Методы диагностики постхолецистэктомического синдрома.

2). Современные методы лечения стриктур желчевыводящих путей.

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

1. Листок нетрудоспособности
2. Направление на госпитализацию, консультацию
3. Карта диспансерного учета
4. Карта стационарного больного.

***V. Ситуационные задачи***

**Задача №1**

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 №2**

У больной А., 62 лет, через 3 месяца после холецистэктомии по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита внезапно появились приступообразные боли в правом подреберье, сопровождающиеся рвотой, преходящей желтухой. Билирубин крови 134,3 мкмоль/л.

1) Диагноз?

2) Методы диагностики?

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**

Больная Н., 62 лет оперирована 30 дней назад по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита, в анамнезе имела место желтуха. Была произведена холецистэктомия «от дна». В желчном пузыре обнаружено большое количество мелких конкрементов. Вследствие наличия выраженного инфильтрата в области гепатодуоденальной связки детальная ревизия холедоха не производилась. Холангиография на операционном столе не выполнялась. Брюшная полость ушита с подведением в подпеченочное пространство страховочного дренажа, который был удален на 6-й день после операции. Состояние больной было удовлетворительным, но на 12 день после операции у нее открылся наружный желчный свищ. Симптомов раздражения брюшины нет. В сутки отделялось до 600−700 мл желчи. Со временем у больной появилась слабость, стали беспокоить поносы, отмечался ахоличный стул. Билирубин крови 120,3 мкм / л.

1) Какое интраоперационное исследование не выполнено у больной?

2) Что могло послужить причиной образования наружного желчного свища?

3) Какова лечебная тактика?

**Задача №5**

Больной С., 79 лет была произведена лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого калькулезного флегмонозного холецистита. Диагноз до операции был верифицирован данными УЗИ. На следующий день после операции по страховочному дренажу выделилось 200 мл желчи, появились перитонеальные знаки в правой боковой области живота. При повторной лапароскопии выявлена несостоятельность культи пузырного протока. Выполнена конверсия. При ревизии обнаружено: холедох — 1,3 см, пальпаторно конкрементов не содержит. По данным интраоперационной холангиографии, выявлен стеноз БСДК протяженностью 1,2 см.

1) Причина несостоятельности культи пузырного протока?

2) Дальнейшая тактика?

**Задача №6**

Больная С., 52 лет, тучная женщина оперирована по поводу острого гангренозного калькулезного холецистита. Из-за выраженного спаечного процесса и инфильтрата в области шейки пузыря, операция сопровождалась значительными техническими трудностями. Выполнена холецистэктомия «от шейки». При пальпации и зондовой ревизии холедоха патологии не выявлено. Во время операции отмечалось подтекание желчи в подпеченочное пространство, источник установлен не был. Операция завершена дренированием подпеченочного пространства. По дренажу в послеоперационном периоде отмечалось незначительное серозное отделяемое с примесью желчи. Дренаж удален на 7 сутки. Больная в удовлетворительном состоянии выписана из стационара на 14 сутки. Через 9 месяцев поступила вновь с клинической картиной холангита, сопровождающегося механической желтухой. При УЗИ выявлено, что гепатикохоледох расширен до 10 мм, имеется дилатация внутрипеченочных желчных протоков, конкрементов не выявлено.

1) Причина развития холангита и дилатации внутри- и внепеченочных желчных протоков?

2) Какая была допущена тактическая ошибка во время операции?

**Задача №7**

Больная В., 47 лет поступила в отделение для выполнения лапароскопической холецистэктомии. В связи с наличием в анамнезе желтухи перед операцией произведена ЭРПХГ — был выявлен «вентильный» камень холедоха. Выполнена типичная ЭПСТ протяженностью 2,5 см. Вечером того же дня у больной появились выраженные опоясывающие боли в эпигастральной области живота, тошнота, рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота. Симптом Керте положительный. Амилаза крови и мочи повышена.

1) Какое осложнение развилось у больной?

**Задача №8**

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 2** «Острые нарушения мезентериального кровообращения»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

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

- УИРС

- доклад

-собеседование

-ситуационные задачи

-тестирование

-демонстрация алгоритма выполнения практического навыка

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для собеседования и устного опроса***
2. Анатомия брыжеечных сосудов.
3. Классификация нарушений мезентериального кровообращения.
4. Патологическая анатомия. Геморрагический и ишемический инфаркты кишечника
5. Клиника острых нарушений мезентериального кровообращения. Стадии процесса (стадия ишемии, инфаркта кишечника, стадия перитонита).
6. Клинические формы: ангиоспастическая, тромбоэмболия с клинической картиной кишечной непроходимости, острого аппендицита, аппендикулярного инфильтрата , диареи, атипичные формы .
7. Диагностика заболевания. Специальные методы исследования, лабораторные данные.
8. Тактика лечения больных с острым нарушением мезентериального кровообращения. Консервативные методы лечения (антикоагулянтная, фибринолитическая, спазмолитическая , антибактериальная , симптоматическая терапия). Виды оперативных вмешательств (сосудистые операции, резекции кишечника, комбинированные операции).
9. ***Тестовые задания***

1. Одной из наиболее частых причин энтеромезентериального инфаркта является:

1. Обструкция артерий посредством эмбола или тромба

2. Тромбоз мезентериальных вен

3. Сдавление извне мезентериальных сосудов

4. Сердечная недостаточность, аритмия, гиповолемия

5. Травмы мезентериальных сосудов

2. Основным источником артериальных эмболии является:

1. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей

2. Патологические процессы в левом сердце

3. Операции на сердце и магистральных сосудов

4. Язвенный аортальный атероматоз

5. Аневризма аорты

3. Относительно более высокой частотой, эмболии верхней брыжеечной артерии в сравнении с нижней брыжеечной артерией не находятся в зависимости от:

1. Топографии сосуда

2. Калибра сосуда

3. Угла отхождения от аорты

4. Атеросклеротического изменения сосуда

5. Ничего из вышеперечисленного

4. Ишемия всего тонкого кишечника и начального отдела слепой кишки происходит вследствие обструкции:

1. Верхней брыжеечной артерии - сегмент I

2. Верхней брыжеечной артерии - сегмент II

3. Подвздошно-толстокишечной артерии

4. Толстокишечной артерии

5. Нижней брыжеечной артерии

5. Органические изменения, вследствие различных патологических процессов являются основой для развития тромбоза верхней брыжеечной артерии. Чаще всего этой патологии является:

1. Облитерирующий тромбангиит

2. Атеросклероз

3. Узловой периартериит

4. Неспецифический аорто-артериит

5. Фибромускулярная гиперплазия

6. При какой патологии аорты закупорка верхней и нижней брыжеечной артерии может происходить одновременно?

1. Атеросклероз

2. Неспецифический артериит

3. Расслаивающая аневризма

4. Тромбоз

5. Эмболия бифуркации аорты

7. Все нижеперечисленные факторы могут способствовать необструктивным нарушениям циркуляции мезентериальных сосудов, за исключением:

1. Сердечной недостаточности

2. Аритмии

3. Гиповолемии

4. Адреномиметики

5. Сердечных гликозид

8. Какое из утверждений относительно обструкции верхней брыжеечной артерии посредством эмбола или тромба является неверным?

1. В основном встречается у людей старше 50 лет

2. Встречается у женщин с избыточным весом

3. Встречается чаще при наличии признаков генерализованно-

го атеросклероза

4. Может наступить на фоне хронической кишечной ишемии

5. Основным источником эмболии считается левое сердце

9. В раннюю стадию острых нарушений мезентериального кровообращения не вписываются:

1. Тяжелое общее состояние

2. Сильная боль в животе

3. Рвота

4. Признаки перитонеального раздражения

5. Нарушения кишечного транзита

10. Выраженный болевой синдром встречается:

1. В стадии ишемии

2. В стадии инфаркта

3. В стадии перитонита

11. Стул и выделение газов, иногда понос, встречаются при:

1. Стадии ишемии

2. Стадии инфаркта

3. Стадии перитонита

12. Тенезмы, кровянистый стул встречаются при:

1. Стадии ишемии

2. Стадии инфаркта

3. Стадии перитонита

13. Из методов диагностики энтеромезентериального инфаркта наиболее информативным является:

1. Селективная ангиография

2. Обзорная рентгенография живота

3. Компьютерная томография

4. Лапароскопия

5. Лабораторные данные

14. Клиническая картина венозного тромбоза отличается от артериального, однако один из признаков встречается в обоих случаях. Назовите его:

1. Продром (предвестник)

2. Болевой синдром

3. Метеоризм

4. Кровянистый понос

5. Повышенный гематокрит, гиперлейкоцитоз

15. К идеопатическим (первичным) тромбозам мезентериальных вен относятся те, которые появились:

1. По неизвестным причинам

2. На фоне инфекции

3. Как последствие гиперкоагуляции

4. Вследствие местного венозного застоя

5. Вследствие травмы

16. Какой из методов хирургического лечения показан при обструкции верхней брыжеечной артерии?

1. Эмболия и тромболэктомия, тромболэндартерэктомия

2. Обходной анастомоз

3. Дезоблитерация с резекцией кишечника

4. Резекция кишечника

5. Объем операции определяется во время операции

17. Основной терапией венозного тромбоза является:

1. Натуральные антикоагулянты

2. Фибринолитики

3. Дезагреганты

4. Микромолекулярные декстраны

5. Хирургические методы

18. Опасность распространения ишемии в послеоперационном периоде может быть установлена точно и в нужный момент, определяя:

1. Эволюцию общего состояния

2. Характер лейкоцитарной реакции

3. Уровень билирубина в крови

4. Функциональное состояние почек

5. Данные релапаротомии

19. Какое лечение чаще всего применяется при энтеромезентериальном инфаркте?

1. Полная гипаринизация

2. Применение сосудорасширяющих средств

3. Фибринолитики интраартериально

4. Резекция кишечника

5. Реваскуляризация кишечника

20. Какой метод позволяет точно определить жизнеспособность кишечника после восстановления проходимости сосудов при энтеромезентериальном инфаркте?

1. Пальпация и визуальное исследование

2. Допплер-флюксометрия

3. Проба с флюорисцентом

4. Исследование second-look

1. ***Темы для доклада***

1). Антикоагулянты и антиагреганты в лечении больных с ишемической болезнью кишечника.

2). Диагностика острых нарушений мезентериального кровообращения.

1. ***Темы для УИРС***

1). Виды оперативного лечения тромбозов и эмболий мезентериальных сосудов.

2). Эндоваскулярные методы лечения нарушения мезентериального кровообращения.

1. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1**

Пациента, 76 лет, оперируют по поводу перитонита. Во время операции хирург обнаружил некроз всей тонкой кишки, начиная от связки Трейтца, и правой половины толстой кишки.

1. Что послужило причиной некроза кишечника?

2. Предположите длительность заболевания?

3. Какую тактику предпочтет хирург во время операции?

**Задача № 2**

больной, страдающей мерцательной аритмией, внезапно возникли интенсивные боли в животе, сопровождающиеся однократным жидким стулом. Доставлена в приемное отделение через 2 ч с момента заболевания, осмотрена хирургом. Установлено, что пульс достигает 90 ударов в минуту, аритмичный; артериальное давление 190/100 мм рт. ст. Язык влажный, живот не вздут, участвует в акте дыхания равномерно всеми отделами, перистальтические шумы ослаблены. При пальпации в области мезогастрия выявлен болезненный отдел, перитонеальные симптомы не определяются.

1. Предположите диагноз.

2. Назовите наиболее вероятную причину заболевания.

3. Определите наиболее достоверные методы диагностики заболевания.

**Задача № 3**

Пациент, 73 лет, страдающий постинфарктным кардиосклерозом, мерцательной аритмией, обратился к врачу – терапевту с жалобами на сильные боли в животе без чёткой локализации, однократную рвоту, трёхкратный жидкий стул. Врач обследовал пациента через 2 ч с момента заболевания и через «скорую помощь» направил его на госпитализацию в инфекционное отделение с диагнозом: «острый гастроэнтерит».

В инфекционном отделении боли в животе у пациента постепенно утихли, однако через 24 ч от момента госпитализации вновь усилились, появились сухость во рту, тахикардия. Дежурный врач обследовал пациента и обнаружил напряжение мышц передней брюшной стенки, количество лейкоцитов достигло 24х109. Пациента перевели в хирургическое отделение.

1. Какое заболевание должен был заподозрить терапевт при первичном осмотре?

2. Почему в начале заболевания не было отмечено симптомов раздражения брюшины?

3. С каким диагнозом (дать полную расшифровку) пациента перевели в хирургию?

**Тема 3** «Острый и хронический панкреатиты».

**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. Инкреторная и экскреторная функции поджелудочной железы.
4. Клинико-морфологическая классификация острого панкреатита.
5. Патогенез острого панкреатита.
6. Симптоматика острого панкреатита.
7. Диагностика острого панкреатита (лабораторная, инструментальная).
8. Дифференциальная диагностика острого панкреатита: с гастритом, прободной язвой, инфарктом миокарда, острым холециститом, кишечной непроходимостью, мезентериальным тромбозом, острым аппендицитом.
9. Консервативная терапия острого панкреатита.
10. Показания к хирургическому лечению.
11. Основные методы оперативного лечения острого панкреатита.
12. Осложнения ОП и исходы.
13. Классификация хронического панкреатита.
14. Этиология и патогенез хронического панкреатита.
15. Клиническая картина заболевания в зависимости от формы хронического панкреатита (индуративный, псевдотуморозный, псевдокистозный, калькулезный).
16. Диагностика хронического панкреатита: лабораторная, инструментальная, рентгенодиагностика.
17. Консервативное лечение хронического панкреатита во внеприступный период и в период обострения.
18. Показания к хирургическому лечению при хроническом панкреатите.
19. Диспансерное наблюдение и санаторно-курортное лечение больных хроническим панкреатитом.
20. ***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). Физикальное обследование больных с острым и хроническим панкреатитом.

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 4 «**Механическая желтуха**».**

**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***

1. Хирургическая анатомия и физиология печени, внепеченочной билиарной системе. Обмен билирубина.

2. Этиология механической желтухи.

3. Влияние задержки желчи на состояние важнейших систем организма.

4. Клиника механической желтухи.

5. Рентгенологические и радиоизотопные методы в диагностике механической желтухи.

6. Клинико-лабораторные биохимические исследования в диагностике заболевания.

7. Использование эндоскопических и др. инструментальных методов в диагностике механической желтухи.

8. Дифференциальная диагностика механической желтухи.

9. Показания и противопоказания к оперативному лечению б-х с механической желтухой. Оптимальные оперативные вмешательства.

10. Предоперационная подготовка.

11. Оперативные доступы (Альперовича В.И., Гальперина Э.И. - Дедерера Ю.М., Майнгота, Рио-Бранко, Черни, Кохера, Федорова)

12. Паллиативные операции (способы наружного и внутреннего дренирования желчевыводящих путей).

13. Радикальные операции (холедохолитотомия, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, билиодигестивные анастомозы при стриктурах желчевыводящих путей, панкреатодуоденальная резекция).

14. Эндоскопические операции (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, назобилиарное дренирование, лапароскопическая холецистостомия).

15. Ведение послеоперационного периода.

16. Организация диспансерного наблюдения за больными, перенесшим реконструктивные операции на желчных путях.

17. Трудоустройство. Санаторно-курортное лечение.

1. ***Тестовые задания***

1. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ?

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

2. КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ СООТВЕТСТВУЕТ СИНДРОМУ КУРВУАЭЬЕ?

1. увеличенный безболезненный желчный пузырь в сочетании с желтухой
2. увеличение печени, асцит, расширение вен передней брюшной стенки
3. желтуха, пальпируемый болезненный желчный пузырь, местные перитонеальные явления
4. отсутствие стула, схваткообразные боли, появление пальпируемого образования брюшной полости
5. выраженная желтуха, увеличенная бугристая печень, кахексия

3. КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ ДООПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ, ДЛИТЕЛЬНОЙ ЖЕЛТУХЕ?

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

4. БОЛЬНАЯ 55 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШАЯ 2 ГОДА НАЗАД ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ, 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

5. 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

6. ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНО РАСШИРЕНИЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ, СБРОС КОНТРАСТА В ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНУЮ КИШКУ ЗАМЕДЛЕН, ВЫСКАЗАНО ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ О НАЛИЧИИ КОНКРЕМЕНТОВ. КАКОЙ МЕТОД ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА?

1. пальпация желчного протока
2. трансиллюминация
3. зондирование протоков
4. фиброхолангиоскопия
5. ревизия корзинкой Дормиа

7. ЧЕРЕЗ 12 СУТОК ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ХОЛЕДОХОТОМИИ С УДАЛЕНИЕМ КОНКРЕМЕНТОВ ПО ДРЕНАЖУ КЕРА ПРОДОЛЖАЕТ ПОСТУПАТЬ ДО 1 Л ЖЕЛЧИ В СУТКИ. ПРИ ФИСТУЛОГРАФИИ ВЫЯВЛЕН 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

8. НА 7-Е СУТКИ ПОСЛЕ ХОЛЕДОХОЛИТОТОМИИ И ДРЕНИРОВАНИЯ ХОЛЕДОХА ПО КЕРУ ВЫПАЛ ДРЕНАЖ. ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕ УМЕРЕННОЕ ПО ХОДУ ДРЕНАЖА, БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ НЕТ, ЖИВОТ МЯГКИЙ, ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ НЕТ. КАКОВЫ ВАШИ ДЕЙСТВИЯ?

1. экстренная операция - повторное дренирование протока
2. лапароскопия с диагностической и лечебной целью
3. наблюдение за больным, УЗИ-контроль
4. попытаться ввести дренаж вслепую
5. фистулография

9. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ У БОЛЬНОГО МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

1. конкремента в области шейки желчного пузыря
2. увеличена головки поджелудочной железы
3. конкремента в проксимальной части холедоха
4. папиллита
5. стеноза дуоденального соска

10. 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

11. ДВА ГОДА НАЗАД БОЛЬНОЙ ПЕРЕНЕС ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ ПО ПОВОДУ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА. ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ СТАЛИ ПОЯВЛЯТЬСЯ БОЛИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, ТЕМНАЯ МОЧА. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БИЛИРУБИН 120 МКМОЛЬ/Л. МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ПРЕПЯТСТВИЯ

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

12. БОЛЬНАЯ ПХЭС, ПОСТУПИЛА С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ, ЯВЛЕНИЯМИ ИНТОКСИКАЦИИ. ПРОИЗВЕДЕНА ЧРЕЗКОЖНАЯ ЧРЕЗПЕЧЕНОЧНАЯ ХОЛАНГИОГРАФИЯ. ЧЕРЕЗ 3 ЧАСА У БОЛЬНОЙ ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА, ТАХИКАРДИЯ УСИЛИЛАСЬ, АД - 100/60 ММ РТ. СТ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПОСЛЕ ЧЧХГ?

1. острый панкреатит
2. острый холангит
3. гепатаргия
4. желчеистечение в брюшную полость
5. болевой шок

13. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ:

а. неконъюгироваиная гипербилирубииемия, увеличение АЛТ, ACT;

б. конъюгированная гипербилирубинемия, резкое увеличение АЛТ, ACT, холестерина;

в. конъюгированная гипербилирубинемия, увеличение щелочной фофатазы;

г. неконъюгированная гипербилирубинемия;

д. все перечисленные.

14. ДЛЯ КАКОГО ВИДА БЛОКА ХАРАКТЕРЕН СИНДРОМ КУРВУАЗЬЕ:

1. надпеченочпого;
2. печеночного;
3. подпеченочного.

15. БОЛЬНОЙ Ф., 65 ЛЕТ, ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА КОЖНЫЙ ЗУД, ЖЕЛТУШНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И СКЛЕР, ОБЕСЦВЕЧЕННЫЙ КАЛ, ТЕМНЫЙ ЦВЕТ МОЧИ, ТОШНОТУ, СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА, НОЮЩИЕ БОЛИ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА. БОЛЕН В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ. НА КОЖЕ РАСЧЕСЫ, ЖЕЛТУХА С ЗЕЛЕНОВАТЫМ ОТТЕНКОМ. ЖИВОТ ОБЫЧНОЙ ВЕЛИЧИНЫ. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ, РАЗМЕРЫ ПЕЧЕНИ 10 Х 14 Х 12. СЕЛЕЗЕНКА НЕ УВЕЛИЧЕНА.

1. хронический гепатит;
2. цирроз печени;
3. желчнокаменная болезнь;
4. рак головки поджелудочной железы.

16. БОЛЬНОЙ 76 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С КАРТИНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, БОЛЕН В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕН РАК ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. СТРАДАЕТ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ. КАКОЙ ВИД ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН?

а. холецистостомия

б. операция Микулича

в. панкреатодуоденальная резекция

г. эндоскопическая папиллосфинктеротомия

д. отказаться от операции, проводить консервативную терапию

17. У БОЛЬНОЙ, ПЕРЕНЕСШЕЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКУЮ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЮ, 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?

а. перфорация двенадцатиперстной кишки

б. острый холангит

в. желудочно-кишечное кровотечение

г. острый панкреатит

д. непроходимость кишечника

18. КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ХОЛАНГИТА?

1) желтуха

2) лихорадка

3) анемия

4) лейкоцитоз

5) асцит

Выберите правильное сочетание ответов,

а. 1, 2, 3

6. 1, 2, 4

в. 3

г. 2, 5

д. 2, 3

19. ПРИ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ У БОЛЬНОГО 40 ЛЕТ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ВЫЯВЛЕН ПРОТЯЖЕННЫЙ СТЕНОЗ УСТЬЯ ХОЛЕДОХА. НА УЗИ - УВЕЛИЧЕНИЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. В АНАМНЕЗЕ НЕОДНОКРАТНЫЕ РЕЦИДИВЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА. КАКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЧЕСТЬ?

а. трансдуоденальная палпиллосфинктеропластика

б. супрадуоденальная холедоходуоденостомия

в. эндоскопическая папиллосфинктеротомия

г. гепатикоеюностомия

д. операция Микулича

20. Срочная холецистэктомия 6 месяцев назад. Через 2 недели после oперации появились интермитирующая желтуха, признаки холангита. При РХПГ обнаружена рубцовая стриктура общего печеночного протока. Какое вмешательство наиболее предпочтительно в данной ситуации?

а. ЭПСТ

б. гепатикоэнтеростомия

в. эндоскопическое введение эндобилиарного протеза

г. ХДА

д. ЧЧХС

1. ***Темы для доклада***

1). Заболевания печени, приводящие к развитию механической желтухи.

2). Лабораторная диагностика механической желтухи.

1. ***Темы для презентации***

1). Рентгеноконтрастные методы диагностики желчевыводящей системы.

2). Патогенез печеночной недостаточности.

1. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1**

Больная А., 60 лет, в течение 2-х месяцев страдает желтухой и мучительным зудом кожи. Похудела на 10 кг. Резкая иктеричность кожи и склер. Печень слегка увеличена, безболезненна, положительный симптом Курвуазье, лейкоциты 4,0 Г/л. В моче билирубин, отсутствие уробилина.

Поставьте диагноз.

**Задача № 2**

Больная Г., 42 года, в течение 5 дней страдает периодическими приступами резких болей в правом подреберье, аналогичные приступы были 3 и 5 лет назад. Субиктеричность склер и кожи. Болезненность и не большое напряжение в проекции желчного пузыря. С-м Курвуазье отрицательный.

Поставьте диагноз.

**Задача № 3**

Больная К.,52 года, заболела впервые 3 недели назад, отмечает боли в правом подреберье, слабость, исхудание, желтушность кожи, кожный зуд, потерю аппетита. Живот мягкий, незначительно болезнен в правом подреберье. Желчный пузырь 10x6 см., эластичный. Кал обесцвечен. Температура тела 36.8, Л-4,8 Г/л без сдвига влево. Билирубин крови 280 мкмоль/л, реакция прямая. В моче билирубин, уробилина нет. Стеркобилина нет.

Поставьте диагноз. Наметьте план лечения.

**Задача № 4**

Больная А., 54 года. Жалобы на желтуху, зуд кожи, периодические в правом подреберье продолжительностью 1-2 дня. Больна 10 дней. Кожа и слизистые желтушны. Живот мягкий, незначительно болезнен в проекции желчного пузыря. Печень и желчный пузырь не пальпируются. Л-11,3 Г/л, П - 4%, лимф-20%, мон-2%, СОЭ- 23 мм/час. Билирубин крови 168 мкмоль/л, реакция прямая, в моче билирубин, Уробилина следы. Стеркобилин - слабо положительный.

Поставьте диагноз. Наметьте план лечения.

**Задача № 5**

Больную 38 лет третий раз за последние 2 года доставляют в клинику с приступом острого холецистита. Поступила с явлениями раздражения брюшины, которые постепенно нарастают. Выражена и становится интенсивнее желтушность кожных покровов. В моче уробилина нет. Кал частично обесцвеченный. К концу 2-х суток решено больную оперировать.

Диагноз? Какая операция в данном случае будет выполнена? К какой интраоперационной диагностике следует обязательно прибегнуть?

**Задача № 6**

Больному во время операции по поводу острого калькулезного холецистита после холецистэктомии через культю пузырного протока произведена холангиография. На рентгенограмме определяются расширенные печеночные протоки и общий желчный проток. В начале общего желчного протока виден как бы обрыв контрастного вещества, дальше общий желчный проток не контрастируется и в 12-перстную кишку контрастное вещество не поступает.

Как вы расцениваете данные холангиограммы?

Каковы ваши дальнейшие действия?

Как вы закончите операцию?

**Задача № 7**

У больной 48 лет во время операции по поводу острого холецистита обнаружен больших размеров напряженный флегмонозно измененный желчный пузырь. Он удален. Общий желчный проток расширен до 3 см в диаметре. При холедохотомии удалены 2 камня 1x1 см и большое количество замазкообразной массы с наличием множества мелких камней и песка.

Каким образом хирург должен закончить операцию?

**Задача № 8**

У мужчины 40 лет появился ахоличный стул и темная моча, а затем через несколько дней желтушное окрашивание кожи и склер. Шесть месяцев назад пациенту проведен остеосинтез в связи с переломом бедра.

Лабораторные показатели: общий белок - 68.4 г/л, прямой билирубин- 51,3 мкмоль/л, АЛТ- 2,75 ммоль/л, амилаза крови- 32 г л/ч, Имеются антитела к HBS антигену.

Ваш предположительный диагноз.

Какие методы обследования следует провести?

При УЗИ выявлено расширение общего желчного протока до 10 мм ближе к воротам печени, умеренное растяжение желчного пузыря, содержащего густую желчь. Конкрементов в пузыре, протока не выявлено. Печень увеличена с явлениями гепатоза и незначительно расширены внутрипеченочные протоки. Головка поджелудочной железы обычных размеров.

Ваш диагноз?

Ответ: Вирусный гепатит.

Начато лечение вирусного гепатита. Первоначально желтуха уменьшилась, но затем рецидивировала. Результаты повторного УЗИ без динамики. Контрольное исследование антител к Hbs антигену дало отрицательный результат.

Какие дополнительные методы обследования следует провести?

Ответ: ЭРХПГ.

По данным ЭРХПГ выявлена опухоль БДС, частично перекрывавшая его просвет. По данным биопсии - аденокарцинома.

а) Какая операция необходима?

б) Какие возможны осложнения после операции?

 Ответ:

1) ПДР.

2. а) несостоятельность анастомозов (поджелудочной железы и тонкой кишки)

б) сахарный диабет

в) наружный панкреатический свищ.

**Тема 5 «**Заболевания ободочной кишки»

**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. Хирургическая анатомия и физиология ободочной кишки.
3. Эпидемиология, этиология и патогенез рака ободочной кишки.
4. Клиника различных форм рака ободочной кишки.
5. Клиника осложнений рака ободочной кишки.
6. Диагностика рака ободочной кишки его осложнений.
7. Тактика при осложнении рака ободочной кишки.
8. Консервативное лечение и предоперационная подготовка.
9. Принципы хирургического лечения рака ободочной кишки.
10. Принципы хирургического лечения осложненного рака ободочной кишки.
11. Этиология, патогенез НЯК и БК.
12. Патологическая анатомия НЯК и БК.
13. Классификация НЯК и БК.
14. Клиника НЯК и БК.
15. Осложнения НЯК и БК.
16. Диагностика НЯК и БК.
17. Принципы консервативного и оперативного лечения БК.
18. Исходы, прогноз.
19. ***Тестовые задания***

1. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

1. дивертикулита
2. кровотечения
3. перфорации
4. свищей
5. малигнизации

2. КАКОВЫ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ?

1. энтероколитическая
2. обтурационная
3. псевдовоспалительная
4. анемическая
5. все ответы правильные

3. НА ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ У БОЛЬНОГО 57 ЛЕТ ОБНАРУЖЕН ОДИНОЧНЫЙ МЕТАСТАЗ В ЛЕВОЙ ДОЛЕ ПЕЧЕНИ. СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. ТАКТИКА ХИРУРГА?

1. наличие метастаза указывает, что опухоль неоперабельна, поэтому следует ограничиться наложением двуствольной сигмостомы
2. произвести обструктивную резекцию сигмы
3. произвести резекцию сигмы с наложением анастомоза и резекцию левой доли печени
4. наложить трансверзостому
5. произвести левостороннюю гемиколэктомию

4. В КОМПЛЕКС КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ВХОДЯТ ВСЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ

1. антибиотиков
2. цитостатиков
3. витаминов
4. гормональных препаратов
5. иммуностимуляторов

5. БОЛЬНАЯ 67 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ ОТМЕЧАЕТ СЛАБОСТЬ, СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА, ПЕРИОДИЧЕСКИЕ БОЛИ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА, БОЛЬШЕ В ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ, ПОХУДАНИЕ, ЧЕРЕДОВАНИЕ ЧАСТОГО СТУЛА И ЗАПОРОВ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ - АНЕМИЯ. В КАЛЕ ИНОГДА ПОЯВЛЯЕТСЯ КРОВЬ. ПРИ ИРРИГОСКОПИИ В СЛЕПОЙ КИШКЕ - ДЕФЕКТ НАПОЛНЕНИЯ 2Х3 СМ С НЕРОВНЫМИ БУГРИСТЫМИ КОНТУРАМИ. ВАШ ДИАГНОЗ?

1. дивертикул
2. актиномикоз
3. опухоль слепой кишки
4. туберкулез
5. неспецифический язвенный колит

6. В КЛИНИКУ ПОСТУПИЛ БОЛЬНОЙ 62 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ВЫДЕЛЕНИЕ КРОВИ ИЗ АНУСА, СИЛЬНОЕ ПОХУДАНИЕ, ПЕРИОДИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ. КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ПРИМЕНИТЬ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ?

1. ирригоскопия
2. ректороманоскопия
3. колоноскопия
4. пальцевое исследование прямой кишки
5. антеградный пассаж бария по кишечнику

7. ОТМЕТЬТЕ ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ:

1. отсутствие или расстройство перистальтики на ограниченном участке кишки
2. ригидность кишечной стенки на определенном участке
3. нарушение эвакуаторной функции
4. дефект наполнения или плоская "ниша" в пределах контуров кишечной стенки
5. все ответы правильные

8. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ:

1. обзорная рентгенография брюшной полости
2. исследование пассажа по кишечнику
3. введение контрастной взвеси через клизму
4. пневмоперитонеум и ретроперитонеум
5. все ответы правильные

9. БОЛЬНОЙ ОПЕРИРУЕТСЯ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ, НЕПРОХОДИМОСТИ. НА ОПЕРАЦИИ ОБНАРУЖЕН ЗАВОРОТ ОКОЛО 1,5 М ТОНКОЙ КИШКИ НА 360°. ПОСЛЕ РАСПРАВЛЕНИЯ ЗАВОРОТА, НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ БРЫЖЕЙКИ И СОГРЕВАНИЯ ПЕТЛИ КИШКИ ПОСЛЕДНЯЯ ПРИОБРЕЛА КРАСНЫЙ ОТТЕНОК С ПЯТНАМИ ЦИАНОЗА, НЕ ПЕРИСТАЛЬТИРУЕТ, ПУЛЬСАЦИЯ ТЕРМИНАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ БРЫЖЕЧКИ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ. УКАЖИТЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

1. необходимо выполнить резекцию тонкой кишки с наложением анастомоза, назоинтестинальную интубацию
2. ограничиться назоинтестенальной интубацией
3. наложить илеотрансверзоанастомоз "бок-в-бок"
4. операцию нужно закончить лапаростомией, от резекции кишки воздержаться
5. показана интестинопликацня по Ноблю

10. ПОЯВЛЕНИЕ "ШУМА ПЛЕСКА" ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

1. наличием выпота в брюшной полости
2. скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника
3. скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника
4. наличием свободного газа в брюшной полости
5. все перечисленное неверно

11. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. обзорная рентгенография брюшной полости
2. лапароскопия
3. ангиография
4. гастроскопия
5. колоноскопия

12. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ТАКТИКУ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

1. только консервативное лечение
2. экстренная операция
3. плановая операция
4. оперативное лечение при неэффективности консервативных мероприятий
5. назогастральная интубация

13. ДЛЯ ЗАВОРОТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ

1. схваткообразных болей
2. асимметрии живота
3. "шума плеска"
4. симптома Цеге фон Мантейфеля
5. рвоты

14. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО 53 ЛЕТ, ПРЕДЪЯВЛЯЮЩЕГО ЖАЛОБЫ НА БОЛЬ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ, ТОШНОТУ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, ВЫ ОБНАРУЖИЛИ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ РОВЗИНГА, СИТКОВСКОГО, БАРТОМЬЕ-МИХЕЛЪСОНА, ВОСКРЕСЕНСКОГО. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ДУМАТЬ?

1. остром холецистите
2. остром панкреатите
3. почечной колике
4. остром аппендиците
5. кишечной непроходимости

15. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО ВЫ ПОСТАВИЛИ ДИАГНОЗ - ОСТРЫЙ ФЛЕГМОНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТ БЕЗ ЯВЛЕНИЙ ПЕРИТОНИТА. ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ АППЕНДЭКТОМИИ ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ БУДЕТ

1. доступ по Кохеру
2. доступ по Пфаненштилю
3. нижнесрединная лапаротомия
4. доступ Волковича-Дьяконова
5. доступ по Пирогову

16. У БОЛЬНОГО 80 ЛЕТ, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПО ПОВОДУ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ВЫ ДИАГНОСТИРОВАЛИ ОСТРЫЙ ФЛЕГМОНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ТАКТИКУ

1. консервативное лечение, антибактериальная терапия
2. аппендэктомия в экстренном порядке доступом Волковича-Дьяконова
3. необходимо произвести лапароскопию, при подтверждении диагноза установить дренаж для введения антибиотиков
4. выполнить операцию из нижне-среднего доступа
5. оперативное лечение следует предпринять только в случае прогрессирования перитонита

17. ВЫ ОПЕРИРУЕТЕ БОЛЬНОГО 31 ГОДА ПО ПОВОДУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА. ПРИ ВСКРЫТИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ УСТАНОВЛЕНО, ЧТО ИМЕЕТСЯ ОСТРЫЙ ФЛЕГМОНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТ, КУПОЛ СЛЕПОЙ КИШКИ НЕ ИЗМЕНЕН. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫЙ СПОСОБ ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ АППЕНДЭКТОМИИ

1. перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи в кисетный шов
2. перевязка кетгутовой лигатурой с последующим погружением культи в кисетный шов
3. целесообразно применение "лигатурного" способа обработки
4. погружение культи червеобразного отростка в кисетный шов без предварительной перевязки
5. погружение неперевязанной культи отростка отдельными узловыми шелковыми швами

18. БОЛЬНАЯ 24 ЛЕТ ЖАЛУЕТСЯ НА ТОШНОТУ И РВОТУ, БОЛИ В ОБЛАСТИ ПУПКА ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ОКОЛО 5 ЧАСОВ. В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ПОЛУЧАСА БОЛИ ПЕРЕМЕСТИЛИСЬ В ПРАВУЮ ПОДВЗДОШНУЮ ОБЛАСТЬ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА - 37,6°С. КАКОЙ ДИАГНОЗ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН У БОЛЬНОЙ?

1. острый пиелонефрит
2. острый правосторонний аднексит
3. острый аппендицит
4. разрыв овариальной кисты
5. нарушенная внематочная беременность

19. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАКА РЕКТО-СИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. урчание в живот
2. примесь крови в кале
3. вздутие живота
4. клиника кишечной непроходимости
5. все перечисленное неверно

20. ОПЕРАЦИЯ ГАРТМАНА ЭТО:

1. удаление всей прямой кишки и части сигмовидной кишки с наложением колостомы
2. резекция дистального отдела сигмовидной кишки и верхнеампулярного отдела прямой кишки с выведением проксимального конца на переднюю брюшную стенку
3. правосторонняя гемиколэктомия
4. левосторонняя гемиколэктомия
5. резекция поперечной ободочной кишки
6. ***Темы для доклада***
7. Этиология и патогенез неспецифического язвенного колита.
8. Клинические формы болезни Крона.
9. ***Темы для презентации***
10. Лабораторная и инструментальная диагностика болезни Крона.
11. Современные методы оперативного лечения рака толстой кишки.
12. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1**

Больной 56 лет поступил на 3 сутки заболевания с картиной спаечной кишечной непроходимости. Состояние больного средней тяжести. Во время операции при ревизии брюшной полости обнаружена опухоль слепой кишки прорастающая баугиниевую заслонку размером 10х10 см. подвижная, метастазов нет. Тонкая кишка растянута газом и кишечным содержимым, вся толстая кишка в спавшемся состоянии.

 Тактика хирурга во время операции?

**Задача № 2**

 Больной 60 лет поступил через 6 часов от начала заболевания с клиникой кишечной непроходимости. Во время операции обнаружена опухоль селезеночного угла ободочной кишки. Опухоль не прорастает соседних органов, видимых метастазов нет. Приводящая кишка забита каловыми массами.

 Какой объем операций необходимо выполнить больному?

**Задача № 3**

 Больная 67 лет поступила в экстренном порядке через сутки с момента заболевания с жалобами на слабость, частый стул малоизмененный кровью. При обследовании состояние средней тяжести, бледна. АД-100/80. В левой половине живота пальпируется подвижное опухолевидное образование 15х10см. При срочной колоноскопии обнаружена опухоль средней трети сигмовидной кишки, незначительно суживающая просвет кишки, покрытая сгустком крови темного цвета. Подтекания крови нет.

 Ваш диагноз? Предполагаемое лечение?

**Задача № 4**

 Больная 25 лет поступила через 5 дней от начала заболевания из инфекционной больницы, куда была доставлена с диагнозом “острая дизентерия” (частый жидкий водянистый стул с кровью, слизью). Два часа назад началось обильное кишечное кровотечение, имевшиеся до этого боли в животе стихли. Состояние тяжелое, живот вздут, показатели белой крови не изменены, Нb 86 г/л, эр-ты 1,8 Г/л.

 Ваш предварительный диагноз? Тактика?

**Задача № 5**

 Больная 40 лет 2 месяца назад оперирована – удалён малоизмененный аппендикс. Ревизия брюшной полости не проводилась. Послеоперационный период протекал тяжело, отмечался инфильтрат в брюшной полости, не поддавался консервативному лечению. Два дня назад в области раны открылся неполный кишечный свищ.

 Ваш диагноз? Тактика?

**Тема 6 «**Гастродуоденальные кровотечения»

**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***

1.Причины гастродуоденальных кровотечений

2.Место язвенных и портальных кровотечений среди других причин гастродуоденального кровотечения.

3.Жалобы, данные анамнеза и осмотра больных с гастродуоденальным кровотечением

4.Данные лабораторного обследования при язвенном кровотечении

5.Рентгенологическое обследование при язвенном кровотечении

6.Рентгенологическое обследование при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода

7.Гастродуоденоскопия при кровотечении и её данные

8.Консервативное лечение при язвенном кровотечении

9.Хирургическое /оперативное/ лечение при язвенном кровотечении

10.Инструментальные методы обследования при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода

11.Консервативное лечение кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода

12.Оперативное лечение больных с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода

13.Исходы, прогноз

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. КАКОЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИМЕНЕН ПРИ СИНДРОМЕ МЭЛЛОРИ-ВЕЙССА:

1. трансторакальная перевязка варикозных вен
2. резекция желудка по Билирот-1
3. резекция желудка по Билирот-2
4. лапаротомия и резекция желудочно-пищеводного перехода
5. лапаротомия, гастротомия с прошиванием кровоточащего сосуда

10. 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

11. 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%

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 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

13. 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

14. 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

15. 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

16. 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

17. 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

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. УКАЖИТЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, ЧАЩЕ ДРУГИХ ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ПРИ НАЛИЧИИ УКАЗАННЫХ СИМПТОМОВ

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

19. 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

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. 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

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. 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

22. 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

23. 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

24. 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. Патогенез гастродуоденального кровотечения у больных с ожоговой болезнью.

2. Лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода.

1. ***Темы для презентации***
2. Эндоскопические методы остановки гастродуоденальных кровотечений.
3. Медикаментозная терапия гастродуоденальных кровотечений.
4. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1**

Больной М., 56 лет доставлен в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение, дегтеобразный стул, пульс 102 уд. в мин., АД 90/60 мм. рт. ст. В общем анализе крови: эритроциты – 2,9х1012/л, гемоглобин – 84 г/л, гематокрит - 29%.

Предварительный диагноз? Тактика?

**Задача № 2**

У больного П., 36 лет, страдающего хроническим алкоголизмом, в течение 3 суток мелена. При обследовании асцит, увеличение печени.

Диагноз? Действие хирурга?

**Задача № 3**

Больной С., 35 лет, поступил в хирургическое отделение с клинической картиной язвенного желудочного кровотечения. После применения ряда консервативных мероприятий рвота прекратилась, но через 12 часов вновь появилась обильная кровавая рвота. Гемоглобин снизился до 80 г/л.

Ваша тактика?

**Задача № 4**

Больной В., 43 лет страдает язвенной болезнью желудка и 12п. кишки. После болей в эпигастрии на протяжении 3-х суток внезапно появилась массивная рвота "кофейной гущей". В тяжелом состоянии доставлен в хирургическое отделение.

Тактика хирурга?

**Задача № 5**

Терапевт участковой больницы вызван к тяжелому больному. У больного в анамнезе обнаружена язва желудка. При осмотре бледен, пульс 120, нитевидный. Была рвота "кофейной гущей", черный стул.

Действие врача?

**Задача № 6**

У больного К.,62 лет, страдающего язвой малой кривизны желудка на протяжении 5 лет, было диагносцированожелудочное кровотечение, которое было остановлено консервативным путем.

Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? Ваша тактика?

**Задача № 7**

Больной Л., 50 лет, оперируется по поводу профузного желудочного кровотечения. Обнаружены варикозно расширенные вены пищевода и кардии, спленомегалия.

Действия хирурга?

**Задача № 8**

8. Больной М., 49 лет, оперируется по поводу профузного желудочно-кишечного кровотечения. На операции при осмотре желудка, 12-п. кишки, печени, селезенки патологии не обнаружено.

Действия хирурга?

**Задача № 9**

Больная К., 57 лет, длительное время принимала преднизолон по поводу бронхиальной астмы. Поступила с жалобами на общую слабость, головокружение, кал черного цвета. В общем анализе крови: эритроциты – 3,2х1012/л, гемоглобин – 94 г/л, гематокрит - 32%.

Ваш предварительный диагноз? План обследования? План лечения?

**Модуль 2**. «Избранные вопросы абдоминальной, торакальной и сосудистой хирургии»

**Тема 1.** «Курация больных. Написание учебной истории болезни» **Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

-наблюдение и оценка деятельности обучающегося в процессе освоения профессионального модуля

- оформление перечня нормативных документов по специальности

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для оценки действий студентов во время курации пациентов.***

1.ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ.

1. Ф.И.О.

2.Возраст

3.Профессия

4.Образование

5.Семейное положение

6.Народность

7.Адрес больного

8.Дата и час поступления в стационар

9.Диагноз направившего учреждения

10. Диагноз при поступлении

11.Клинический диагноз основного заболевания

12.Сопутствующие заболевания

13.Дата и название операции

14.Послеоперационные осложнения

15.Дата выписки

2.АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

1.Жалобы больного (ой) к началу курации

2.Анамнез болезни. В зависимости от особенностей и локализации процесса сбор анамнеза следует начинать с той системы, со стороны которой отмечаются основные проявления заболевания:

а) время проявления признаков данной болезни и с чем больной связывает начало заболевания;

б) в чем выражаются признаки заболевания;

в) развитие данного заболевания (в какой последовательности проявились различные симптомы болезни);

г) время первичного обращения к врачу;

д) лечение больного до поступления в клинику: амбулаторное, стационарное (терапевтическое , хирургическое и т.д.).

3.АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.

1.Где родился, как развивался по возрастам.

2.Когда пошел в школу, как успевал в годы учебы.

3.Семейное положение.

4.Условия труда и быта, материальные и жилищные условия.

5.Перенесенные травмы, заболевания, время из возникновения, обстоятельства.

6.Регулярность и характер питания.

7.Вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания).

8.Лекарственная непереносимость.

9.Наследственность.

10.Гематологический анамнез: переливание крови в прошлом, переносимость, реакции.

11.Для женщин указать физиологию и патологию половой сферы (менструации, беременность, роды, аборты, мертворождения, желтуха новорожденных, гинекологические заболевания).

*СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО В МОМЕНТ КУРАЦИИ*

Исследование больного должно проводиться с соблюдением всех правил: хорошее освещение, достаточное обнажение больного, правильное взаимное положение исследователя и исследуемого, обязательное сравнение больной и здоровой сторон тела и т.д.

Объективное исследование больного и регистрация полученных результатов проводится в строгой последовательности клинических методов исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) по системам органов и тканей.

4. ОБЩИЕ ДАННЫЕ

1.Состояние больного

2.Положение больного в постели

3.Температура тела

4.Телосложение, рост, вес, окружность грудной клетки.

5.Упитанность.

6.Кожные покровы и видимые слизистые оболочки.

7.Лимфатические узлы: локализация, консистенция, размеры, болезненность.

5.НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

*ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА*

Субъективные данные:

1.Боли и их локализация в спокойном состоянии, боли постоянные или периодические, при движении, пальпации, иррадиация болей.

2.Подвижность в суставах.

3.Нарушение функций конечностей.

Объективные данные:

1.Осмотр, объем движений, длина и ось конечностей, окружность, их деформации.

2.Состояние артериальных и венозных сосудов конечностей.

3.Состояние придатков кожи (ногтевых пластинок, волосяного покрова).

4.Язвы, их локализация, особенности.

5.Опухоли, их локализация, особенности.

*ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА*

Субъективные данные:

1.Кашель: сухой, влажный, время появления, длительность.

2.Характер мокроты: слизистая, гнойная, наличие крови, запах, количество.

3.Боли: постоянные или периодические, локализация и иррадиация.

4.Одышка: постоянная или появляющаяся временами, характер одышки.

Объективные данные:

1.Грудная клетка: форма, тип дыхания, частота.

2.Легкие (осмотр грудной клетки, пальпация, перкуссия, аускультация, бронхофония, голосовое дрожание), границы легких, подвижность их краев, состояние верхушек).

3.Спирометрия, ЖЕЛ. Пробы Штанге, Сообразе, Генча.

*СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА*

Субъективные данные:

1.Сердцебиение.

2.Боли в области сердца, время появления, характер, причины возникновения, иррадиация.

3.Отеки ног, время появления, интенсивность.

4.Одышка (в покое, при движении, при физической нагрузке).

Объективные данные:

1.Пульс: частота, характер, ритм, наполнение, напряжение, АД, венозное давление.

2.Сердце: осмотр области сердца, пальпация, границы относительной и абсолютной сердечной тупости, сердечные тоны, шумы, проба Мартине.

*ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА*

Субъективные данные:

1. Со стороны полости рта, пищевода:

а) боли и затруднения при глотании, боли в покое;

б) затруднения в прохождении пищи;

в)дисфагия;

г)слюнотечение;

д) запах изо рта;

е) срыгивание.

2. Живот:

а) боли: локализация, характер - постоянные, периодические, схваткообразные, колющие, режущие, иррадиация болей, время появления, зависимость от характера пищи, времени года, продолжительность;

б) аппетит: отсутствует, понижен, извращен, боязнь приема пищи;

в) тошнота: характер, время появления, длительность и связь с приемом пищи;

г) рвота: характер, время появления, связь с приемом пищи, однократная или многократная, облегчение состояния после рвоты;

д) отрыжка: характер, время появления, связь с характером пищи, продолжительность;

е) изжога: характер, время появления, связь с характером пищи, продолжительность;

ж) вздутие живота, ощущение полноты в животе, желудочный дискомфорт;

з) стул: частота, характер кала (лентообразный, “овечий”, с непереваренной пищей, со слизью, дегтеобразный, с кровью), боли до, после и во время дефекации;

и) кровотечение из прямой кишки: длительность, время возникновения (до, после и во время дефекации), количество теряемой крови, ее характер.

Объективные данные.

1. Полость рта, зев: состояние языка, зубов, десен, неба и миндалин.

2. Живот: форма и окружность живота, вздутие, симметричность, особенности кожи живота, наличие рубцов, выпячивание в отдельных областях - грыжи, расхождение прямых мышц живота, форма пупка. Пальпация живота по областям. Определение общей болезненности и в определенных отделах живота.

3. Определение свободной жидкости в брюшной полости (пальпацией, перкуторно, методом ундуляции).

4. Определение контуров желудка, подвижность, уплотнение, шум плеска, урчание.

5. Пальпация поджелудочной железы.

6. Размеры печени по Курлову, характер поверхности и края печени. Пальпация желчного пузыря, болезненность, его размеры, болезненные точки. Симптомы Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Мерфи, Курвуазье и др.

7. Селезенка: размеры, консистенция, болезненность.

8. Выслушивание перистальтических шумов кишечника.

9. Исследование прямой кишки (осмотр перианальной области, тонус анального сфинктера, содержимое ампулы, гладкость, достигаемость, нависание стенок ампулы, наличие объемных образований, болезненность, характер кала и патологических примесей на перчатке).

*МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.*

Субъективные данные.

1. Боли:

а) локализация: в поясничной области, над лоном, в уретре.

б) характер: ноющие, режущие, тянущие, постоянные, периодические.

в) появление болей: после погрешности в диете, после приема алкоголя, после физической нагрузки, езды, резких движений.

г) связь болей с актом мочеиспускания: в начале или конце его, над лоном, в уретре.

д) иррадиация болей: в паховую область, половые органы, в подреберье.

2. Мочеиспускание:

а) частота: учащенное, днем или ночью, в связи с приемом жидкости, алкоголя, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания.

б) затруднения при мочеиспускании, с чем связано их возникновение, прерывание струи мочи.

3. Вид и количество мочи:

а) цвет: мутная, кровянистая (вид гематурии, продолжительность и интенсивность, связь с погрешностями в диете, физической нагрузкой травмой).

б) примеси в моче: комки слизи и гноя, кровянистые сгустки, их вид, отхождение конкрементов, их цвет, характер осадка в моче.

в) количество мочи: за одно мочеиспускание, за сутки, в ночное и дневное время, зависимость от количества употребляемой жидкости и пищи.

Объективные данные:

Осмотр поясничной области, пальпация почек, симптом Пастернацкого, выделения из мочеиспускательного канала, влагалища. У женщин - бимануальное исследование, у мужчин - состояние органов мошонки, пахового канала, предстательной железы.

*ПОЛОВАЯ СИСТЕМА*

1. У женщин: менструации - время появления (возраст), периодичность, длительность, дата последней менструации, время наступления климакса.

2. Беременность, роды: число беременностей, число нормальных и преждевременных родов. Аборты: искусственные (в каких условиях) и самопроизвольные.

3. Выделения: кровянистые, гнойные, с запахом, без запаха, количество.

4. Расстройства половой функции у мужчин.

*ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.*

Признаки нарушения функции желез внутренней секреции (пучеглазие, увеличение конечностей, пигментация кожи, ожирение, жажда, полиурия).

Щитовидная железа: видимые и пальпаторные размеры, наличие узлов, опухолей, болезненность.

*НЕРВНАЯ СИСТЕМА*

Субъективные данные:

1. Память.

2. Сон: спокойный, бессонница, сонливость.

3. Головные боли.

4. Состояние больного: спокойный, раздражительный и т.д.

Объективные данные:

1. Состояние, внимание, ориентировка, критика окружающего, мимика, позы, жесты, умственное развитие, расстройства речи, письма, эйфория.

2. Исследование симптомов (менингеальная поза, симптом Брудзинского, Кренига и др.).

3. Исследование двигательной сферы: активные и пассивные движения, тонус мышц, трофика, сила, объем движений, соразмерность движений, походка - точность, плавность и т.д.

4. Рефлексы: сухожильные, ахилловы, подошвенные, патологические.

5. Чувствительность: тактильная, болевая, температурная и т.д.

*ОРГАНЫ ЧУВСТВ*

1. Зрение: дальнозоркость, нормальное, близорукость, слезотечение.

2. Слух: хороший, снижен, выделения из наружного слухового прохода.

3. Обоняние: отсутствует, пониженное, извращенность.

4. Вкус: отсутствует, понижен.

5. Осязание: отсутствует, понижено, сохранено.

6. МЕСТНЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Подробно и тщательно описываются местные признаки заболевания с использованием всех клинических методов исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение). Обязательное изучение основных и дополнительных симптомов заболевания с применением специальных для каждого заболевания исследований и проб.

7. ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

На основании жалоб больного, анамнестических данных, результатов объективного исследования указывается наиболее вероятное заболевание у данного больного.

Далее пишется план проведения специальных методов исследования больного: анализы крови и мочи, рентгенологические, лабораторные, биохимические, эндоскопические и другие исследования, необходимые для уточнения и подтверждения диагноза.

8. ДАННЫЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ крови и мочи, кала, мокроты, желудочного сока и т.д. Оценка лабораторных данных, инструментальные исследования: рентгеноскопия, ректороманоскопия, цистоскопия, бронхоскопия, эзофагоскопия и т.д. Оценка полученных данных. Группа крови и резус фактор.

9. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Приводится перечень заболеваний, с которыми может быть сходно данное заболевание по клинической картине. Дифференциация проводится от менее вероятного к более достоверному. При проведении дифференциального диагноза с каждым заболеванием вначале указываются общие симптомы для обоих заболеваний, а затем различающие их.

Дифференциальный диагноз проводится строго по клиническим данным курируемого больного.

10. ЭТИОЛОГИЯ

Этиология данного заболевания освещается кратко, применительно к конкретному больному, на основании имеющихся анамнестических, лабораторных и инструментальных данных.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ И

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Патологическая физиология и пат анатомия описываются путем клинико-биохимических и клинико-патологических параллелей. Отдельно описываются общие и местные морфологические изменения (описание макропрепарата, микроскопические исследование препарата).

ПАТОГЕНЕЗ

Патогенез данного заболевания пишется кратко на основании всех имеющихся данных.

ПЕРЕЧЕНЬ ОСЛОЖНЕНИЙ

Перечисляются осложнения, возможные в течение данного заболевания, сопутствующих заболеваний и в связи с оперативным вмешательством.

11. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ РАЗВЕРНУТЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

должен содержать:

а) диагноз основного заболевания

б) осложнения основного заболевания

в) сопутствующие заболевания

12. ЛЕЧЕНИЕ

Необходимо перечислить кратко существующие методы лечения данного заболевания (консервативное, хирургическое), теоретически обосновать методы консервативного лечения конкретного больного. Все медикаменты выписываются в латинской транскрипции с указанием доз и методики применения.

Необходимо указать показания к оперативному лечению у данного больного, объем операции, оперативный доступ, выбор метода обезболивания. Подготовка к операции. Возможные осложнения в ходе операции и их профилактика. Протокол операции и описание макропрепарата. Исход болезни: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть.

13. ПРОГНОЗ

Для жизни, трудовой. Указать степень утраты трудоспособность, ее продолжительность. Трудоустройство больного. Вопросы реабилитации.

14. ДНЕВНИК

Ежедневные записи, характеризующие самочувствие больного, состояние внутренних органов, течение болезни и послеоперационный период. В ежедневных записях отражаются лечебные мероприятия. Лекарства выписываются на латинском языке, с указанием доз. Диета, режим.

1. Предоперационная подготовка больных с ПХЭС.
2. Оперативное лечение, ход типичных операций при ПХЭС, интраоперационная диагностика патологических состояний.
3. Послеоперационное ведение больных.
4. Утрата трудоспособности и диспансерное наблюдение больных ПХЭС.

**Процедура защиты истории болезни**

Защита истории болезни проводится в устной форме. Продолжительность выступления – 10 мин. За это время студент докладывает паспортные данные пациента, анамнез заболевания, жизни, предварительный диагноз и дифференциальный диагноз. Заканчивается выступление обоснованием клинического диагноза заболевания.

**Критерии оценивания**

**Оценка «отлично» выставляется, если при защите истории болезни** студент соблюдает последовательность изложения разделов истории болезни, правильно, соответственно выявленным у пациента симптомам и синдромам, выставляет предварительный диагноз, четко проводит дифференциальный диагноз не менее чем с 5 сходными заболеваниями, проводит обоснование диагноза последовательно, соблюдая последовательность всех разделов истории болезни.

**Оценка «хорошо» выставляется, если при защите истории болезни** студент соблюдает последовательность изложения разделов истории болезни, правильно, соответственно выявленным у пациента симптомам и синдромам, выставляет предварительный диагноз, четко проводит дифференциальный диагноз не менее чем с 4 сходными заболеваниями, проводит обоснование диагноза последовательно, соблюдая последовательность всех разделов истории болезни возможны мелкие единичные неточности в толковании отдельных, не ключевых моментов.

**Оценка «удовлетворительно» выставляется, если при защите истории болезни** соблюдает последовательность изложения разделов истории болезни, правильно, соответственно выявленным у пациента симптомам и синдромам, выставляет предварительный диагноз, проводит дифференциальный диагноз не менее чем с 3 сходными заболеваниями, проводит обоснование диагноза последовательно, соблюдая последовательность всех разделов истории болезни, но нуждается в дополнительных вопросах, допускает ошибки в освещении принципиальных, ключевых вопросов.

**Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при защите истории болезни** студент не соблюдает последовательность изложения разделов истории болезни, выставляет неверный диагноз, не может провести дифференциальный диагноз.

**Тема 2:** «Тромбозы и эмболии магистральных артерий»

**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. Хирургическая анатомия абдоминальной аорты, подвздошных, бедренных, подключичных, плечевых артерий.
3. Причины острых артериальных тромбозов, частота окклюзий артерий.
4. Классификация степени ишемии конечности по В.С. Савельеву (1995).
5. Патогенез синдрома острой ишемии, патофизиологические и биохимические нарушения.
6. Реперфузионный синдром при восстановлении кровотока в конечности.
7. Клиника острой артериальной непроходимости в зависимости от уровня окклюзии.
8. Инструментальная диагностика окклюзионных поражений артериальных сосудов (УЗИ, доплерография, ангиография).
9. Дифференциальная диагностика эмболии, тромбоза артерий и тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей.
10. Выбор метода и объем оперативного вмешательства при эмболии, тромбозе. Прямая и непрямая тромб-, эмболэктомия. Показания к ампутации, фасциотомии.
11. Реконструктивные операции при атеросклеротическом поражении аорты, подвздошных, бедренных, тибиальных артерий.
12. Ведение больных в послеоперационном периоде. Значение дезагрегантной терапии. Антикоагулянтная терапия.
13. Осложнения послеоперационного периода, их лечение и профилактика.
14. ***Тестовые задания***

*Выберите один или несколько правильных ответов.*

1.  НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ТРОМБОЗА АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) облитерирующий тромбангит

2) облитерирующий атеросклероз

3) пункция и катетеризация артерии

4) экстравазальная компрессия артерии

5) полицитемия

2. НАЛИЧИЕ У БОЛЬНОГО С ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КОНЕЧНОСТИ ОНЕМЕНИЯ, ПОХОЛОДАНИЯ И БОЛИ СООТВЕТСТВУЕТ

1) ИН

2) И1А

3) И1Б

4) И2А

5) И2Б

3. Наиболее частой причиной острого артериального тромбоза является:

1) облитерирующий тромбангит

2) облитерирующий атеросклероз

3) пункция и катетеризация артерий

4) экстравазальная компрессия артерий

5) полицитемия

4. При острой артериальной недостаточности, проявляющейся плегией и тотальной мышечной контрактурой, устанавливается:

1) И1Б

2) И2б

3) И3А

4) И3Б

5) И3В

5. Наиболее частой причиной эмболии артерий большого круга кровообращения является:

1) атеросклероз дуги аорты

2) ишемическая болезнь сердца

3) тромбоз вен большого круга кровообращения

4) аневризмы аорты

5) аневризма сердца

6. Для эмболии бедренной артерии характерно:

1) отсутствие пульсации бедренной артерии тотчас под пупартовой связкой

2) пульсация бедренной артерии в Гунтеровом канале

3) пульсация подколенной артерии

4) усиление пульсации (по сравнению с другой конечностью) бедренной артерии тотчас под пупартовой связкой

5) ослабление пульсации подколенной артерии

7. В дифференциальной диагностике острых артериальных тромбозов от эмболии важную роль играет следующий критерий:

1) пол

2) возраст

3) отсутствие пульсации артерий конечности

4) мерцательная аритмия

5) отёк обеих конечностей

8. В диагностике острой артериальной непроходимости наиболее информативным методом исследования является:

1) сфигмография

2) реовазография

3) аорто-артериография

4) плетизмография

5) термография

9. При решении вопроса о тактике лечение больного с тяжёлой ишемией конечности неизвестного генеза оптимальным является инструментальный метод исследования:

1) сфигмография

2) капилляроскопия

3) термография

4) ультразвуковая доплерография

5) окклюзионная плетизмография

10. При эмболэктомии из бифуркации аорты наиболее часто применяется оперативный доступ:

1) нижнесрединная ляпаротомия

2) забрюшинный по Робу

3) односторонний бедренный

4) двухсторонний бедренный

5) торакофреноляпаротомия

11. Больному, страдающему митральным пороком сердца и мерцательной аритмией и перенёсшему операцию эмболэктомии из бедренной артерии, противопоказана:

1) антиферментная терапия

2) антикоагулянтная терапия

3) тромболитическая терапия

4) антибактериальная терапия

5) дезинтоксикационная терапия

12. Наиболее совершенным инструментом для эмболэктомии из магистральной артерии является:

1) сосудистое кольцо Вольмана

2) вакуум-отсос

3) баллонный катетер Фогарти

4) катетер Дормиа

5) окончатые щипцы

13. Основным фактором, определяющим лечебную тактику при острой артериальной недостаточности, является:

1) возраст больного

2) тяжесть общего состояния

3) степень ишемии конечности

4) наличие сопутствующего атеросклеротического стеноза или окклюзии

5) локализация тромбоза или эмболии

14. При эмболии бифуркации аорты чаще применяется:

1) нижнесрединная ляпаротомия

2) забрюшинный доступ по Робу

3) односторонний бедренный

4) двухсторонний бедренный

5) торакофреноляпаротомия

15. При быстро прогрессирующей гангрене стопы необходимо:

1) сделать множественные разрезы кожи стопы

2) срочно выполнить ампутацию

3) произвести шунтирование

4) попытаться перевести влажную гангрену в сухую

5) проводить массивную антибиотикотерапию

16. При эмболии бедренной артерии, ишемии 3Б степени (контрактура конечности) методом выбора является:

1) экстренная эмболэктомия

2) тромболитическая терапия

3) антикоагулянтная терапия

4) симптоматическая терапия

5) первичная ампутация конечности

17. При эмболии бедренной артерии ишемии конечности 2Б степени методом выбора является:

1) тромболитическая терапия стрептазой

2) антикоагулянтная терапия

3) экстренная восстоновительная операция

4) первичная ампутация конечности

5) черезкожная интраваскуляная диляаация артерии

18. Синдром Лериша может быть причиной тромбоза:

1) бедренной артерии

2) подколенной артерии

3) бифуркации аорты и подвздошной артерии

4) почечных артерий

5) тромбоэмболии лёгочной артерии

19. У больного 48 лет с синдромом Лериша и стенозом правой почечной артерии с вазоренальной гипертензией правильным методом лечения будет

1) консервативная терапия

2) бифуркационное аорто-бедренное протезирование

3) бифуркационное аорто-бедренное шунтирование, пластика почечной артерии

4) нефрэктомия

5) периартериальная симпатэктомия

20. Сущность пробы Опеля состоит в

1) утомлении ног

2) реактивной гиперемии

3) побледнении подошвенной поверхности стопы

4) побледнении пальцев

5) боли в икроножных мышцах

***III. Темы для доклада.***

1). Методы диагностики острой артериальной недостаточности нижних конечностей.

2). Современные методы лечения острой артериальной недостаточности нижних конечностей.

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

1. Листок нетрудоспособности
2. Направление на госпитализацию, консультацию
3. Карта диспансерного учета
4. Карта стационарного больного.

***V. Ситуационные задачи***

**Задача №1**

У больного 30 лет в течение 2-3 месяцев постепенно появились нарастающие боли в икроножных мышцах, заставляющие его останавливаться при ходьбе через 300-400 метров. Кожа обеих голеней и стоп прохладная на ощупь, мраморной окраски, сухая, ногти ломкие,волосяной покров скудный. Пульсация на артериях стоп не определяется, на подколенных артериях ослаблена и сохранена на бедренных артериях. Положительная проба Оппеля-Бюргера, Гольдфлама – отрицательная.

1) Диагноз?

2) Методы обследования?

3) Лечение?

**Задача №2**

Больного 62 лет в течение 6 лет беспокоят боли в икроножных мышцах, мышцах бедер и поясничной области, возникающие при длительной ходьбе (более 500 метров). Последнее время боли стали появляться при ходьбе на 20-30 метров и заставляют больного останавливаться. Сон нарушен, больной вынужден спускать ноги с кровати. Пульс на бедренных артериях резко ослаблен, на подколенных артериях и артериях стоп не определяется. На бедренных артериях выслушивается систолический шум, АД на бедре 90/50 и 80/50 мм рт ст. Кожа ног сухая, холодная на ощупь.

1) Диагноз?

2) Методы диагностики?

3) Лечение?

**Задача №3**

Больной 34 лет, в течение 8 лет страдает облитерирующим эндартериитом, 4 года назад произведена двухсторонняя симпатэктомия по Диецу с кратковременным положительным эффектом, через год – ампутация правой нижней конечности. За последние 2 месяца боли в левой нижней конечности стали постоянными, может лежать только с опущенной с кровати ногой. Измучен, не спит. Пульс сохранен только на левой бедренной артерии, но ослаблен. На 1-2 пальцах левой стопы признаки влажной гангрены.

1) Диагноз?

2) Методы диагностики?

3) Лечение?

**Задача №4**

У больной 45 лет 2 месяца назад после переохлаждения повысилась температура, появился отек голеней и стоп, красные полосы по ходу подкожных вен. Лечилась по поводу тромбофлебита, 2 недели назад появилась трофическая язва на 1 пальце левой стопы. Пульс на левой подколенной артерии, артериях стопы не определяется, резко ослаблен на правой голени и стопе, сохранен на бедренных артериях. Кожа левой стопы мраморного цвета, холодная. Больная измучена, не спит, лежит с опущенной с кровати левой ногой.

1) Диагноз?

2) Методы диагностики?

3) Какова лечебная тактика?

**Задача №5**

Больной, 57 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правой нижней конечности, чувство ее онемения и похолодания. Из анамнеза известно, что в течение последних 6 лет беспокоили боли в левой голени, возникающие при ходьбе, сначала через 1000–2000 м, а потом через каждые 100–200 м. Три года назад больному было выполнено сосудистое вмешательство на левой нижней конечности (какое — больной не знает), после чего он стал ходить без ограничений. Однако последние 1,5 года стали беспокоить боль в правой ягодице и правом бедре, возникающие при ходьбе сначала через 500 м, а последнее время через каждые 25–50 м. Больной был обследован сосудистым хирургом и готовился к госпитализации в сосудистое отделение в плановом порядке. Однако сутки назад у больного появились резкая боль, онемение и похолодание правой нижней конечности, по поводу чего был госпитализирован в хирургическое отделение в экстренном порядке.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела — 36,6 "С, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, пульс 84 в минуту, АД 145/90 мм рт.ст., язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Левая нижняя конечность: обычного цвета и формы, не отечна, пальпация сосудистого пучка безболезненна, симптомы Мозеса и Хоманса отрицательные. Артериальная пульсация снижена, однако отчетливая на всем протяжении, активные и пассивные движения в полном объеме, чувствительность не изменена. Правая нижняя конечность: обычной формы, не отечна, отмечается ее бледность. Пальпация сосудистого пучка безболезненна, симптомы Мозеса и Хоманса отрицательные, артериальная пульсация на всем протяжении не определяется, активные движения отсутствуют, пассивные движения во всех суставах сохранены. Отмечается отсутствие тактильной чувствительности в области стопы, голени и нижней трети бедра.

1. Что обусловило возникновение ишемии 2Б степени правой нижней конечности?

2. Осложнением какого заболевания явилась острая артериальная непроходимость?

3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

4. Какова должна быть лечебная тактика?

5. Какие варианты восстановления магистрального кровотока вы можете предложить в данном случае?

6. Чем определяется конкретная лечебная тактика?

**Задача №6**

Больной, 50 лет, перенесший год назад инфаркт миокарда, поступил с жалобами на резкие боли в левой ноге, появившиеся внезапно за сутки до поступления. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы левой стопы и голени до верхней трети бледные, с «мраморным рисунком», холодные на ощупь. Отека голени нет. Активные движения в суставах пальцев, голеностопном суставе отсутствуют, пассивные — сохранены. Пульсация определяется на бедренной артерии под паховой складкой, на подколенной и артериях стопы — отсутствует.

1) Диагноз?

2) Методы диагностики?

3) Какова лечебная тактика?

**Задача №7**

Пациент А. 46 лет поступил с жалобами на импотенцию и боли в икроножных мышцах, ягодицах и пояснице, возникающие при прохождении 20-30м. Считает себя больным в течение 9 месяцев. Два гола назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда. Объективно: состояние пациента удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс 72 в 1 минуту, правильного ритма. Кожные покровы нижних конечностей цвета "слоновой кости". Волосяной покров на голенях отсутствует. Пульс на артериях нижних конечностей не определяется. Положительные симптомы Самуэльса, Гольдфлама, Панченко.

1) Диагноз?

2) Методы диагностики?

3) Какова лечебная тактика?

**Задача №8**

Пациент поступил с жалобами на сильные боли в обеих нижних конечностях, чувство онемение, похолодания в них, обездвиженность в пальцах, а также резкие боли в поясничной области справа. Болен в течение последних 6 часов. Страдает комбинированным митральным пороком сердца с преобладанием стеноза, мерцательная аритмия в течение последних 3 лет. При поступлении состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, акроцианоз. Число дыхательных движений 26 в 1 минуту, pS 90 ударов в минуту, АД 180/100 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий и безболезненный во всех отделах. Кожные покровы обеих нижних конечностях с выраженным "мраморным рисунком" - до нижней трети бедер. Пульсация магистральных артерий не определяется на всем протяжении обеих ног. Все виды чувствительности на стопах отсутствуют.

1) Диагноз?

2) Методы диагностики?

3) Какова лечебная тактика?

**Тема 3** «Хирургические заболевания пищевода»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

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

- УИРС

- доклад

-собеседование

-ситуационные задачи

-тестирование

-демонстрация алгоритма выполнения практического навыка

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

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

1.Анатомо-физиологические сведения о пищеводе. Классификация заболеваний пищевода.

2. Ахалазия кардии. Классификация. Клиника, диагностика. Принципы лечения, кардиодилятация, показания к хирургическому лечению, принципы операций.

3. Дивертикулы пищевода. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.

4. Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Патогенез. Клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде. Раннее и позднее бужирование. Клиника рубцового сужения пищевода, локализация и формы. Диагностика. Лечение, виды бужирования, хирургическое лечение.

5. Доброкачественные опухоли пищевода. Клиника, диагностика. Методы хирургического лечения.

6. Частота, этиология рака пищевода. Роль хронического эзофагита, язвы, рубцового сужения и полипа в возникновении рака пищевода.

7. Классификация рака пищевода по локализации, анатомическому росту, стадиям и пути метастазирования. Клиника и диагностика рака пищевода: лабораторная, рентгенологическая, инструментальная, цитологическая.

8. Методы хирургического лечения рака пищевода. Радикальные и паллиативные операции, показания и противопоказания к ним. Лучевая терапия и комбинированное лечение рака пищевода.

9. Осложнения в послеоперационном периоде. Показания к второму этапу - пластике пищевода.

10. Профилактика рака пищевода.

1. ***Тестовые задания***

1. Какой метод исследования показан для выявления дивертикула пищевода?

1) рентгенологическое исследование;

2) медиастиноскопия

3) электрокимография

4) эзофагоманометрия

5) УЗИ

2. Какой метод применяется для лечения доброкачественных новообразований пищевода:

1) экстирпация пищевода

2) энуклеация опухоли пищевода

3) резекция 1/3 пищевода

4) лучевая терапия

5) химиотерапия

3. Больная 20 лет по ошибке приняла раствор каустической соды около 3 месяцев назад. В настоящее время развилась быстро прогрессирующая дисфагия. Рентгенологически определяется рубцовая стриктура средней трети пищевода. Диаметр его не превышает 2-3 мм. Показано лечение

1) резекция суженного участка пищевода

2) бужирование пищевода

3) экстирпация пищевода

4) пластика пищевода (тонкой или толстой кишкой, желудком)

5) гастростомия

4. Больной предъявляет жалобы на повышенную саливацию, чувство царапанья в горле, неловкость при глотании, кашель. Периодически после начала еды появляется дисфагия и припухлость на шее. Иногда, чтобы проглотить пищу, приходится принимать вынужденные положения, при этом слышны булькающие звуки, а припухлость исчезает. Ваш диагноз:

1) инородное тело верхней трети пищевода

2) опухоль верхней трети пищевода

3) киста шеи

4) глоточно-пищеводный дивертикул

5) пищеводно-бронхиальный свищ

5. Пациент болен около 3-х лет, жалобы на затруднение прохождения пищи, регургитацию 1-2 раза в сутки, периодические боли за грудиной. Больной несколько пониженного питания, анализ крови в пределах нормы. Диагноз:

1) рак пищевода

2) ахалазия пищевода

3) рубцовая стриктура пищевода

4) эзофагит

5) дивертикул пищевода.

6. В течение нескольких лет больной лечился по поводу ИБС. Медикаментозное лечение не давало эффекта. На ЭКГ убедительных данных, подтверждающих ИБС, не было. Болевые приступы возникали чаще всего после еды в области шеи, затем за грудиной. После рвоты и многократных срыгиваний наступало облегчение. Диагноз:

1) ИБС

2) кардиоспазм

3) опухоль пищевода

4) дивертикул

5) загрудинный зоб

7. Больной предъявляет жалобы на дисфагию, которая появилась 6 месяцев назад. Объективно: больной умеренного питания, бледность кожи, пульс - 72 удара в минуту, сердечные тоны глухие, аритмия. ЭКГ: диффузные изменения миокарда. Рентгеноскопия пищевода: имеется сужение пищевода на уровне средней трети на протяжении 5 см. В месте сужения контуры пищевода ровные, рельеф слизистой оболочки сохранен, пассаж бария замедлен. Диагноз:

1) рак пищевода

2) дивертикул пищевода

3) опухоль средостения

4) лейомиома пищевода

5) эзофагоспазм

8. У больной 30 лет, жалующейся на дисфагию (тупые боли после еды за грудиной, иногда регургитация), рентгенологически выявлены признаки ахалазии кардии 2 степени. Ваш выбор лечения:

1) кардиодилатация

2) операция Геллера (эзофаго-кардиомиотомия)

3) проксимальная резекция желудка и нижней трети пищевода

4) операция Петровского (эзофаго-кардиомиотомия с пластикой диафрагмой на ножке)

5) операция Суворовой (эзофаго-кардиомиотомия с пластикой передней стенкой желудка)

9) Выбрать метод лечения у больного 50 лет с раком шейного отдела пищевода III степени с явлениями дисфагии:

1) консервативная терапия (лучевое лечение, химиотерапия)

2) наложение гастростомы

3) резекция пищевода с наложением эзофагогастроанастомоза

4) операция (резекция пищевода в 2 этапа по Тореку-Добромыслову)

5) наложение еюностомы

10. Бужирование пищевода после острого ожога следует начинать:

1) на 1-2 сутки

2) через месяц

3) на 8-9 сутки

4) при возникновении стойкой дисфагии

5) в первые часы

11. Какие операции применяются при дивертикулах пищевода?

1) резекция сегмента пищевода

2) дивертикулоэктомия

3) операция Добромыслова-Торека

4) инвагинация дивертикула

5) резекция нижней трети пищевода и кардии

12. У больного 78 лет при обследовании выявлена опухоль верхней трети пищевода с прорастанием в трахею, метастазы в печень. При глотании с трудом проходит жидкость. Ваша тактика:

1) бужирование опухоли

2) эндоскопическая реканализация опухоли

3) эзофагостома

4) гастростома

5) еюностома

13. У больного 60 лет, жалующегося на дисфагию, значительное похудание, появившееся 4 месяца назад, внезапно появились боли за грудиной при приеме жидкости и пищи, кашель, цианоз. Ваш диагноз:

1) кардиоспазм

2) дивертикул пищевода

3) стенокардия

4) полип пищевода

5) рак пищевода с образованием эзофаго-трахеального свища

14. У больного 50 лет обнаружен рак среднегрудного отдела пищевода. Рентгенологически: протяженность участка поражения до 8 см, смещаемость его по отношению к телам позвонков при глотании, перемене положения тела ограничена. По данным компьютерной томографии, имеются единичные регионарные метастазы, отдаленных нет. Заключение гистологического исследования: плоскоклеточный рак. Общее состояние относительно удовлетворительное. Астеничен, за время болезни похудел на 15 кг. Сопутствующих заболеваний не выявлено. Ваша лечебная тактика:

1) лучевая терапия, операция не показана

2) наложение гастростомы, через 3-6 месяцев пластика пищевода тонкой и толстой кишкой

3) операция Добромыслова-Торека, через 3-6 месяцев пластика пищевода тонкой и толстой кишкой

4) операция Льюиса (резекция пищевода с одномоментным эзофагогастроанастомозом)

5) бужирование опухоли с последующим эндопротезированием

15. Больного 40 лет в течение года беспокоят затруднение глотания при приеме твердой пищи, боли за грудиной и кашель при глотании, в связи с чем принимал только жидкую пищу. 2 месяца назад отметил однократное неожиданное облегчение глотания, пища проходила полностью, мог съесть обед. Однако после непродолжительного улучшения состояние вновь ухудшилось. Жалобы носили выраженный и упорный характер. Присоединились слабость, недомогание потеря в весе. Ваш предположительный диагноз:

1) язвенная болезнь желудка

2) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная эзофагитом

3) рак пищевода

4) острый гастрит

5) ахалазия кардии

16. Метастазирование злокачественных опухолей пищевода осуществляется преимущественно лимфогенным путем. В чем состоит особенность лимфатической системы пищевода и связанная с ней особенность лимфогенного метастазирования?

1) близкое расположение грудного лимфатического протока

2) продольная ориентация внутриорганных лимфатических сосудов

3) наличие лимфатических сплетений в слизистой оболочке, подслизистой основе и мышечной оболочке

4) наличие портокавальных связей

5) тесная связь лимфатической системы пищевода и желудка

17.  У больного 50 лет с дисфагией при ретгенологическом исследовании брюшного отдела пищевода выявлено локальное асимметричное сужение. Контуры сужения зазубренные, нечеткие, стенка пищевода в области сужения утолщена, ригидна, перистальтика отсутствует, складки слизистой оболочки сглажены. Над сужением - асимметричное супрастенотичное расширение пищевода. Пораженный участок не смещается при глотании и перемене положения тела. Абдоминальный сегмент пищевода удлинен, газовый пузырь желудка сохранен. Ацетилхолиновый и карбохолиновый тесты отрицательны. О каком заболевании пищевода можно думать?

1) ахалазия кардии

2) рак пищевода

3) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

4) дивертикул пищевода

5) доброкачественная опухоль пищевода

18. При дивертикуле шейного отдела пищевода показано:

1) гастростомия

2) зондовое питание

3) удаление дивертикула с миоэзофаготомией

4) эндоскопическое рассечение сужения ниже дивертикула пищевода

5) пломбировка дивертикула

19. 48-летний больной доставлен в клинику с жалобами на сильные боли за грудиной и между лопатками, возникшие в момент массивной рвоты. Больной в шоке, температура - 39,5°С, лейкоцитоз - 20х109/л. Рентгенологически - скопление воздуха и жидкости в левой плевральной полости и средостении. Ваш предварительный диагноз:

1) острая пневмония с парапневмонической эмпиемой плевры

2) перфорация пищевода

3) прободная язва желудка

4) инфаркт миокарда

5) поддиафрагмальный абсцесс

20. К ранним симптомам рака пищевода следует отнести:

1) дисфагию

2) боли за грудиной и в спине

3) кашель при приеме пищи

4) усиленное слюноотделение

5) похудание

21. Женщина 35 лет заболела около 1 года назад, когда впервые обратила внимание на некоторые затруднения при глотании твердой пищи. При обследовании рентгенологически в нижней трети пищевода выявлен дефект наполнения на протяжении 3 см, суживающий его просвет. Эзофагоскопия изменений со стороны слизистой оболочки пищевода не выявила. Рекомендовано контрольное обследование через 6 месяцев. К вра-чу обратилась только через год, состояние за этот период не изменилось. Рентгенологически: отмечено увеличение дефекта наполнения до 3,5 см, однако при эзофагоскопии по-прежнему изменений со стороны слизистой пищевода не выявлено. Дисфагия не нарастает. Ваш диагноз:

1) рефлюкс-эзофагит

2) рубцовая стриктура пищевода

3) рак нижней трети пищевода

4) лейомиома пищевода

5) дивертикул пищевода

1. ***Темы для доклада***

1). Алгоритм диагностических мероприятий при синдроме дисфагии.

2). Методики рентгенологтческих и эндоскопических исследований при заболеваниях пищевода.

3). Методики проведения бужирования при доброкачественных стриктурах пищевода.

4). Ранения пищевода. Клиника, диагностика, тактика, методы лечения.

5). Реконструктивные операции при раке пищевода.

1. ***Темы для УИРС***

1). Виды оперативного лечения дивертикулов пищевода.

2). Эндоскопические методы лечения доброкачественных опухолей пищевода.

1. ***Ситуационные задачи***

**Задача №1**

В приемный покой доставлен больной 40 лет с жалобами на дисфагию, невозможность проглотить воду, т.к. появляются боли за грудиной и срыгивание. В течение последнего месяца лечится амбулаторно бужированием по поводу рубцового сужения пищевода после ожога щелочью. Последние три недели питался жидкой пищей – кашей, бульонами. Объективно: больной пониженного питания, пульс 72 уд./мин, температура 36,50С, общее состояние ближе к удовлетворительному.

1) Диагноз?

2) Методы обследования?

3) Лечение? Прогноз?

**Задача №2**

К врачу поликлиники обратилась больная 25 лет с жалобами на появление боли за грудиной после приема пищи, боли проходят после ее срыгивания, или купируются приемом теплой воды. Больна около месяца, заболевание развилось после длительного эмоционального напряжения, связанного со сдачей экзаменов. Общее состояние удовлетворительное, питания среднего.

1) Диагноз?

2) Методы диагностики?

3) Лечение?

**Задача №3**

К участковому терапевту обратился больной 40 лет с жалобами на затруднения при проглатывании пищи, ощущение кома в горле, гнилостный запах изо рта, появление регургитации накануне съеденной пищей в небольшом количестве. Болен год. При осмотре во время отведения головы назад врач обнаружил на боковой поверхности шей слева выпячивание 3х3 см, мягкой консистенции, безболезненное, уменьшившееся при пальпации.

1) Диагноз?

2) Методы диагностики?

3) Лечение?

**Задача №4**

К хирургу обратился больной 65 лет, который во время приема пищи случайно проглотил сломавшийся зубной протез. Жалобы на боли по ходу пищевода во время глотания, при попытке выпить воды после нескольких глотков появляются чувство давления загрудинно и срыгивание.

1) Диагноз?

2) Методы диагностики?

3) Какова лечебная тактика?

**Задача №5**

Больной Б. 78 лет 6 раз госпитализировался в кардиологическое отделение с диагнозом «Инфаркт миокарда» на основании жалоб на резчайшие боли за грудиной, не купирующиеся нитроглицерином, морфином и спазмолитиками. Боли беспокоили в течении нескольких часов, сопровождались рвотой и снижением АД. Они возникали после приёма обильной пищи. Строгий постельный режим, назначенный в этот момент, ухудшал состояние больного, поэтому не смотря на запреты врачей он самостоятельно садился в постели, что приносило ему облегчение. Неоднократные ЭКГ не выявляли свежих очаговых или рубцовых изменений миокарда. При тщательном расспросе больного удалось выяснить, что у него периодически отмечаются срыгивания, изжога, слюнотечение и громкая отрыжка воздухом.

1) Ваш диагноз?

2) Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

3) Какова должна быть лечебная тактика?

**Задача №6**

Вы, как врач скорой помощи, осматриваете на дому больного 35 лет, выпившего перед вашим приездом около 100 мл уксусной эссенции. Пострадавший испуган, жалуется на боли в полости рта, глотке, загрудинно и в эпигастрии. Пульс 100 уд./мин, АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, перитонеальных симптомов нет.

1) Диагноз?

2) Первая помощь?

**Задача №7**

Вы приглашены в токсикологическое отделение к больному 40 лет, поступившему в стационар два дня назад с отравлением суррогатами алкоголя. Врачи скорой помощи, а также, работники приемного покоя при поступлении дважды промывали пострадавшему желудок. Хирург приглашен в связи с жалобами пациента на боли загрудинно и в области мечевидного отростка, слюнотечение, высокую температуру тела. Объективно: состояние тяжелое, пульс 120 уд./мин, температура 390С, одышка 28 в мин. На шее определяется подкожная крепитация. Дыхание слева ослаблено.

1) Диагноз?

2) Методы диагностики?

3) Какова лечебная тактика?

**Задача №8**

К терапевту в поликлинику обратилась женщина 55 лет с жалобами на

изжогу, срыгивание желудочного содержимого при наклоне туловища вперед. Больна около трех лет, последний месяц отмечает появление срыгивания в ночное время. При объективном обследовании патологии нет.

1) Диагноз?

2) Методы диагностики?

3) Какова лечебная тактика?

**Тема 4** «Осложнения вентральных грыж».

**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. Строение передней брюшной стенки, пахового и бедренного каналов, пупочного кольца, анатомию кишечника;
3. Этиология и патогенез грыж передней брюшной стенки;
4. Классификация грыж по происхождению, локализации, клиническому течению, анатомию грыжевого мешка;
5. Клиническая картина грыж различной локализации;
6. Диагностика грыж передней брюшной стенки, методы обследования больных;
7. Дифференциальная диагностика грыж передней брюшной стенки;
8. Осложнения грыж: невправимость, ущемление, воспаление, флегмона грыжевого мешка;
9. Механизмы и виды ущемления грыж, особенности оперативного лечения ущемленных грыж;
10. Критерии жизнеспособности ущемленной кишки, техника и границы ее резекции;
11. Тактика хирурга при самопроизвольно и насильственно вправленной ущемленной грыже;
12. Врожденные и приобретенные, косые и прямые паховые грыжи, консервативное и оперативное лечение, пластика передней и задней стенок пахового канала;
13. Особенности диагностики и лечения при врожденной грыже, скользящей грыже;
14. Анатомия бедренного канала, хирургическое лечение бедренных грыж бедренным и паховым способами;
15. Анатомия пупочной области, грыжи белой линии живота, операции Мейо, Сапежко, Лексера, Грекова;
16. Рецидивные грыжи, этиология, диагностика, принципы лечения.
17. Осложнения во время грыжесечения и в раннем послеоперационном периоде, ведение больных в послеоперационном периоде;
18. Классификация осложнений (ранние и поздние);
19. Причины осложнений;
20. Синдром “малого живота”. Патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика;
21. Клиника и лечение инфильтрата, нагноения раны передней брюшной стенки после грыжесечения;
22. Диагностика спаечной кишечной непроходимости после грыжесечения;
23. Лечение спаечной кишечной непроходимости. Показания к операции;
24. Клиника, диагностика и лечение инфильтратов, абсцессов брюшной полости;
25. Внутрибрюшное кровотечение: причины, симптоматика, лечение;
26. Профилактика и лечение легочных осложнений у пожилых больных;
27. Профилактика и лечение тромбофлебитов и тромбоэмболии;
28. Рациональное применение антибиотиков при осложнениях, дозировка, методы введения, осложнения при антибиотикотерапии;
29. Профилактика осложнений при грыжесечении;
30. ***Тестовые задания***

1.Наиболее частая причина образования грыжи:

1) неустойчивый стул

2) дизурическиа расстройства

3) диспепсические расстройства

4) тяжелая физическая нагрузка

5) частое переедание

2. Признак, указывающий на нежизнеспособность ущемленной грыжи:

1) замедленная перистальтика

2) обычный цвет кишки

3) отсутствие пульсации сосудов брыжейки

4) спавшаяся отводящая петля кишки

5) спазмированная петля кишки

3. Тактика при воспалении грыжи:

1) экстренное оперативное вмешательство

2) ношение бандажа

3) консервативное лечение

4) вскрытие грыжевого мешка

5) назначение физиопроцедур

4. Тактика при невправимой грыже:

1) ношение бандажа

2) назначение физиопроцедур

3) плановая операция

4) экстренная операция

5) наблюдение у хирурга

5. Пластику грыжевого дефекта при пупочной грыже осуществляют по методике:

1) Бассини

2) Мартынова

3) Спасокукоцкого

4) Мейо

5) Жирара

6. Тактика при копростазе грыжи:

1) экстренная операция

2) плановая операция

3) введение зонда в желудок с его промыванием

4) назначение слабительных и сифонных клизм

5) выполнение паранефральной блокады

7.Тактика при самопроизвольном вправлении грыжи в приемном покое;

1) больного можно отпустить домой

2) экстренная операция - грыжесечение

3) госпитализация больного в хирургическое отделение для наблюдения

4) назначение антибиотиков и сифонных клизм

5) экстренная лапаротомия с ревизией кишечника

8. Бедренные грыжи чаще встречаются:

1) у мужчин

2) у женщин

3) у детей

4) у стариков

5) пол и возраст не имеют значения

9. При вскрытии грыжевого мешка выделилось около 100 мл мочи.

О какой грыже идет речь?

1) вправимой

2) невправимой

3) Рихтеровсйой

4) скользящей

5) ложной

10. При флегмоне грыжевого мешка операцию начинают с:

1) вскрытия флегмоны

2) серединной лапаротомии

3) выделение грыжевого мешка из окружающих тканей

4) пункции грыжевого мешка

5) рассечения грыжевых ворот

11. Укажите какую стенку бедренного кольца рассекают при ущемленном бедренной грыже?

1) переднюю

2) заднюю

3) латеральную

4) медиальную

5) никакую

12. Паховая грыжа у детей связана с:

1)необлитерированным вагинальным отростком брюшины

2) гиперпродукцией водяночной жидкости

3) нарушением лимфооттока

4) слабостью передней брюшной стенки

5) повышенной физической нагрузкой

13. Укажите характерные симптомы ущемления в грыже мочевого пузыря:

1) боли в области грыжевого выпячивания

2) тенезмы

3) задержка стула и газов

4) дизурия и гематурия

5) диспепсия

14. Больной с ущемленной паховомошоночяой грыжей поступил на 3 сутки от начала заболевания, температура 390С, гиперемия, инфильтрация и отек мошонки. Какое осложнение наблюдается у больного?

1) некроз яичка

2) фуникулит

3) флегмона грыжевого мешка

4) острый орхит

5):водянка яичка

15. Для чего пожилым больным с грыжами белой линии живота и пупочными

грыжами перед операцией следует обследовать желудок?

1) для определения характера органа в грыжевом мешке

2) для выявления размеров грыжевых ворот

3) для диагностики внутри брюшной гипертензии

4) для исключения опухоли желудка или язвенной болезни

5) для исключения гастростаза

16. У больного 70 лет левосторонняя косая паховая грыжа со склон­ностью к ущемлению. Имеется аденома предстательной железы с нарушением мочеиспускания. Ваши рекомендация:

1) ношение постоянного бандажа

2) экстренная операция при очередном ущемлении

3) оперативное лечение при быстром увеличении размеров грыжи

4) плановая операция после осмотра уролога и коррекции нарушений

мочеиспускания

5) одновременное грыжесечение и удаление аденомы

17. У больного 40 дет через год после операция по поводу паховой

грыжи вновь появилось грыжевое выпячивание. Ваши действия?

1) наблюдение, операция при ущемлении грыжи

2) оперировать при прогрессирующем увеличении грыжи

3) наблюдение с исключением тяжелой Физической нагрузки

4) плановая операция до развития осложнений или увеличения грыжи

5) ношение бандажа

18. Что рекомендовать больному 80 лет без грубой соматической патологии

при частых ущемлениях пахово-мошоночной грыжи?

1) консервативное лечение, направленное на регуляцию стула

2) экстренную операцию- грыжесечение

3) плановую операцию после амбулаторного обследования

4) госпитализацию с наблюдением в хирургическом отделении ношение бандажа

19. Какая стенка пахового канала бывает ослаблена при прямой паховой грыже:

1) верхняя

2) передняя

3) задняя

4) нижняя

5) ни одна

20. Противопоказание к плановой операции при грыже:

1) возраст 80 лет

2) перенесенный год назад инфаркт миокарда

3) острое инфекционное заболевание

4) первая половина беременности

5) хроническая пневмония

1. ***Темы для доклада и презентации***

1). Эндоскопическое лечение паховых грыж.

2). Эндоскопическое лечение диафрагмальных грыж.

3). Современные методы лечения послеоперационных грыж.

4). Оперативное лечение флегмоны грыжевого мешка.

1. ***Темы для УИРС***

1). Дифференциальная диагностика послеоперационных вентральных грыж.

2). Профилактика осложнений при плановом и экстренном грыжесечениях.

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 пахово-мошоночной области мягко-эластическое опухолевидное образование 7Х3Х3 см, слабо болезненное при пальпации, перкуторно – притупление, наружное паховое кольцо справа свободно пропускает 2 поперечных пальца, “кашлевой толчок” определяется отчетливо.

1) Диагноз?

2) Методы обследования?

3) Лечение?

**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.

1) Тактика хирурга?

2) Как может измениться объем операции и почему?

**Задача №3**

Больная 56 лет поступила в клинику для планового оперативного лечения по поводу послеоперационной вентральной срединной грыжи. Грыжа вправимая, грыжевой дефект 30х25 см. Больная с избыточным весом, гиперстенического телосложения. АД 150/90 мм рт. ст.

1) Укажите методы предоперационного обследования больной?

2) Как подготовить больную к операции?

3) Какой метод пластики грыжевого дефекта более предпочтителен?

**Задача №4**

Больной 87 лет поступил в клинику с жалобами на резкие боли по всему животу и в правой паховой области. Заболел за 12 часов до поступления сразу после акта дефекации, когда появились сильные боли в подложечной области, а через некоторое время и в области грыжи, которую вправить не смог из-за болей. Из анамнеза известно, что в течение многих лет страдает правосторонней паховой грыжей, которую ежедневно вправляет без особых затруднений. Указаний на желудочную патологию нет. Объективно: температура тела 37,60С, пульс 98 в минуту удовлетворительных качеств, АД 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложенный серовато-белым налетом. Брюшная стенка особенно резко напряжена в верхних отделах, где отчетливо выражен симптом Щеткина-Блюмберга. В правой паховой области и мошонке имеется опухолевидное образование 10х8 см, эластической консистенции, болезненное при пальпации. Поверхностное паховое кольцо справа расширено. Симптом кашлевого толчка сомнителен.

1) Предполагаемый диагноз?

2) С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

3) Как можно уточнить предполагаемый диагноз?

4) Тактика, план лечения?

**Задача №5**

Больной 65 лет поступил в клинику с жалобами на сильные, схваткообразные боли в левой половине живота, тошноту, рвоту. Заболел 5 часов назад после вправления левосторонней паховой грыжи, которой страдает 20 лет. Раньше без особого труда сам вправлял грыжу. В этот раз вправление грыжи проходило труднее, чем обычно. Сразу после этого появились боли в животе, тошнота, рвота. С момента появления болей в животе газы не отходят, стула нет. Объективно: температура тела 37,40С, пульс 94 в минуту удовлетворительных качеств. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный на всем протяжении, преимущественно слева. В левой паховой области над паховой связкой, в глубине прощупывается болезненное опухолевидное образование 6х4 см, сместить его не удается. Поверхностное паховое кольцо пропускает кончик указательного пальца, симптом кашлевого толчка отрицательный. Левый семенной канатик увеличен в объеме, болезненный при пальпации.

1) Ваш диагноз?

2) Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

3) Какова должна быть лечебная тактика?

**Задача №6**

Больной 45 лет поступил в плановом порядке в клинику с диагнозом прямая паховая грыжа справа. Во время операции, производимой под местной инфильтрационной анестезией, при выделении грыжевого мешка у больного появились позывы на мочеиспускание. Медиальная стенка грыжевого мешка утолщена, при попытке выделить брюшину появилось кровотечение.

1) Изменится ли клинический диагноз после операции?

2) Каковы особенности грыжесечения в данном случае?

**Задача №7**

Больной 69 лет поступил в клинику с диагнозом ущемленная косая паховая грыжа справа, давность заболевания 1 час. Больной взят в операционную, во время обработки операционного поля произошло разущемление грыжи.

1) Показано ли грыжесечение в экстренном порядке?

2) Если да, то, из какого доступа?

3) Если нет, то чем будет руководствоваться хирург в дальнейшем? Какова лечебная тактика?

**Задача №8**

Больная 44 лет поступила в клинику с жалобами на боль в правой паховой области и внизу живота, неотхождение газов, тошноту, рвоту.

2 года назад у больной после поднятия тяжести появилось опухолевидной образование правой паховой области. Оно появлялось в вертикальном положении больной, а в горизонтальном исчезало. 4 дня назад оно увеличилось в размерах, стало болезненным и в горизонтальном положении больной не исчезало. К врачу не обращалась. Позднее появились боли внизу живота, появилась тошнота и рвота, неотхождение газов. Объективно: температура тела 380С, пульс 90 в минуту удовлетворительных качеств, АД 110/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен беловатым налетом, живот умеренно вздут, в правой паховой области определяется опухолевидное образование размерами 5х4 см, кожа над ним гиперемирована. При пальпации оно плотной консистенции, резко болезненное. Симптом кашлевого толчка отрицательный. Положительный симптом Склярова-Матье. Обзорная рентгенография брюшной полости: газ в ободочной кишке отсутствует, множественные чаши Клойбера, арки.

1) Ваш клинический диагноз?

2) Тактика и план лечения?

**Тема 5 «**Портальная гипертензия**»**

**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***

1. Анатомия печени и портальной системы, сегментарное строение печени, внутрипеченочное кровообращение, коллатеральные анастомозы между системами воротной и полых вен.

2. Этиопатогенез нарушения кровообращения в портальной системе при внутри-, над- и подпеченочных блоках.

3. Классификация портальной гипертензии.

4. Клиническая картина портальной гипертензии, основные симптомы и синдромы.

5. Диагностика портальной гипертензии: лабораторная, рентгенологическая, инструментальная.

6. Клиника и диагностика пищеводно-желудочного кровотечения.

7. Дифференциальная диагностика различных форм портальной гипертензии с болезнью Верльгофа, раком печени, болезнью Гоше, гемохроматозом, остеомиелосклерозом, болезнью Вестфаля-Вильсона-Коновалова.

8. Методы хирургического лечения портальной гипертензии.

9. Врачебная тактика и лечение пищеводно-желудочного кровотечения.

10. Диспансеризация и экспертиза трудоспособности больных портальной гипертензией.

1. ***Тестовые задания***

1. Наиболее частыми причинами портальной гипертензии являются:

1) цирроз печени

2) острый вирусный гепатит

3) тромбоз печеночных вен (болезнь Бадда-Киари)

4) первичный рак печени

5) констриктивный перикардит

2. Рвотные массы при кровотечении из расширенных вен пищевода:

1) цвета «кофейной гущи»

2) алой кровью

3) темной (вишневой) кровью

4) съеденной пищей

5) дегтеобразного характера

3.Укажите интактные вены при внутрипеченочной портальной гипертензии:

1) вены пищевода

2) геморроидальные вены

3) вены передней брюшной стенки

4) портальная вена

5) печеночные вены

4. Укажите вены, тромбированные при надпеченочной портальной гипертензии:

1) нижняя полая вена

2) верхняя полая вена

3) воротная вена

4) печеночные вены

5) геморроидальные вены

5.Укажите вены, тромбированные при подпеченочной портальной гипертензии:

1) нижняя полая вена

2) верхняя полая вена

3) воротная вена

4) печеночные вены

5) геморроидальные вены

6. Портальная гипертензия является признаком:

1) хронического холецистита

2) острого токсического гепатита

3) вирусного гепатита

4) цирроза печени;

5) желчнокаменной болезни.

7. Укажите физикальные методы, наиболее информативные для выявления асцита:

1) осмотр живота

2) пальпация живота

3) перкуссия живота

4) аускультация живота

5) дермография живота

8. Укажите методы инструментальной диагностики асцита:

1) колоноскопия

2) рентгенография органов брюшной полости

3) УЗИ органов брюшной полости

4) компьютерная томография печени

5) сцинтиграфия печени

9. Укажите давление крови в воротной вене в норме:

1) 1-5мм рт.ст.

2) 5-10мм рт. ст.

3) 10-15мм рт.ст.

4) 15-20мм рт.ст.

5) 20-25мм рт.ст.

10. Укажите данные осмотра живота, характерные для портальной гипертензии:

1) расширение пупочного кольца

2) дистальный цианоз кожи

3) увеличение живота в размерах

4) «доскообразный живот»

5) расширение вен передней брюшной стенки

11. Основными инструментальными методами диагностики портальной гипертензии являются:

1) ультразвуковое исследование органов (УЗИ) брюшной полости

2) холецистография

3) эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС)

4) ректороманоскопия

5) селективная мезентерикография

12. Причинами геморрагического синдрома при печеночной недостаточности являются:

1) нарушение синтеза в печени факторов свертывающей системы крови

2) увеличение эстрогенов в крови

3) уменьшение количества тромбоцитов крови

4) аррозия сосудистой стенки

5) нарушение синтеза холестерина

13. Внутривенная инфузия питуитрина при кровотечении из варикозных вен пищевода при портальной гипертензии применяется с целью:

1) увеличения вязкости крови

2) снижения фибринолитической активности крови

3) снижения давления в системе воротной вены

4) активации процесса перехода протромбина в тромбин

5) спазма вен портальной системы

14. Какая из указанных операций реже осложняется печеночной
энцефалопатией?
1) Портокавальный терминолатеральный анастомоз

2) Портокавальный латеролатеральный анастомоз

3) Проксимальный спленоренальный анастомоз

4) Дистальный спленоренальный анастомоз (Warren)

5) Кавомезентериальный анастомоз

15. Эндоскопически установлено кровотечение из варикозных
вен пищевода. Слизистая желудка не изменена. Какой из нижеперечисленных методов гемостаза может быть использован в
любом медучреждении?

1) Лигирование варикозных вен пищевода

2) Резекция нижней трети пищевода и езофаго-гастроанастомоза

3) Тампонада зондом Блэкмора, питуитрин в/в

4) Азигопортальное разобщение

5) Спленопортальный анастомоз

16. Какой метод может быть использован для лечения портальной гипертензии?
1) Дренирование Вирсунгова протока

2) Трункулярная ваготомия

3) Пересадка селезенки

4) Азигопортальное разобщение

5) Резекция хвоста поджелудочной железы и спленэктомия

17. Для определения функционального состояния печени у больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии применяют:
1) Шкалу Рансон

2) Индекс Алгтовера

3) Шкалу Апгар

4) Критерии Чайлд

5) Шкалу Глазго

18. CS. Коматозное состояние у больных с портокавальным шунтом может быть результатом:

1) Гипокальциемии

2) Гипергликемии

3) Гиперальбуминемии

4) Азотемии

5) Повышения протромбина

19. В лечении каких осложнений портальной гипертензии может быть использована операция Tanner?

1) Энцефалопатия

2) Рефрактарный асцит

3) Кровотечение из варикозных вен пищевода

4) Кровотечение из варикозных вен ободочной кишки

5) Кровотечение из варикозных вен прямой кишки

20. Больной с активным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода: билирубин плазмы - 35-50 ммоль/л, альбумин - 30-35 г/л, без неврологической симптоматики с транзиторным асцитом, хорошего питания. Выберите оптимальный объем операции:

1) Эндоскопическая склеротерапия

2) Порто-системный шунт

3) Эмболизация

4) Спленэктомия

5) Оментогепатопексия

1. ***Темы для доклада***

1). Варианты операций при пищеводном кровотечении у пациентов с портальной гипертензией.

2). Варианты операций при геморроидальном кровотечении у пациентов с портальной гипертензией.

3). Оперативное лечение портальной гипертензии в плановом порядке.

1. ***Темы для презентации***

1). Портальная гипертензия при опухолевых поражениях печени.

2). Патогенез, клиника и диагностика печеночной недостаточности при портальной гипертензии.

1. ***Ситуационные задачи***

**Задача №1**

Больной В., 56 лет, поступил через 12 часов от начала заболевания с жалобами на общую слабость, головокружение, рвоту со сгустками свежей крови, тяжесть в правом подреберье. Заболел остро после физической нагрузки. 7 лет назад перенес болезнь Боткина, после отмечал тяжесть в правом подреберье, быструю утомляемость, слабость, частые геморрагические кровотечения. Не обследовался. Объективно: состояние средней тяжести, сознание сохранено, кожа и слизистые бледные, язык влажный, пульс 110 в минуту, АД 100/60 мм рт ст, живот умеренно вздут, на передней брюшной стенке - мелкая венозная сеть в боковых отделах. При пальпации брюшная стенка не напряжена, умеренная болезненность в правом подреберье, где определяется край увеличенной печени, выступающий из-под реберной дуги на 4 см. Селезенка увеличена. При перкуссии нечетко определяется выпот в брюшной полости. При осмотре перианальной области - наружные геморроидальные узлы. ОАК: эритроциты - 2,8 г/л, - 90 г/л, - 32%.

1) Диагноз?

2) Методы обследования?

3) Лечение?

**Задача №2**

Больной 40 лет поступил в клинику с жалобами быструю утомляемость, слабость, головные боли, увеличение живота, периодические геморроидальные кровотечения. Семь месяцев назад находился на стационарном лечении по поводу кровотечения из варикознорасширенных вен пищевода, кровотечение остановлено в результате проведения консервативной терапии. Объективно: состояние средней тяжести, сознание сохранено, кожа и слизистые бледные, язык влажный, пульс 82 в минуту, АД 130/80 мм рт ст, живот умеренно вздут, на передней брюшной стенке - мелкая венозная сеть. При пальпации брюшная стенка не напряжена, умеренная болезненность в правом подреберье, где определяется край увеличенной печени, выступающий из-под реберной дуги на 2 см. Селезенка увеличена. При перкуссии нечетко определяется выпот в брюшной полости. При осмотре перианальной области - наружные геморроидальные узлы. ОАК: эритроциты - 3,8 г/л, - 118 г/л, - 34%.

1) Диагноз?

2) Методы обследования?

3) Лечение?

**Задача №3**

Больная К., 66 лет, поступил с жалобами на общую слабость, головокружение, тяжесть в правом подреберье, одышку. В течении 8 лет состоит на учете в поликлинике по поводу цирроза печени, за последний год отмечает снижение веса тела. Объективно: состояние средней тяжести, сознание сохранено, больная пониженного питания, кожа и слизистые бледные, язык влажный, пульс 92 в минуту, АД 135/90 мм рт ст, в легких - везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет. Частота дыхательных движений 28 в минуту. Живот больших размеров ,при пальпации брюшная стенка не напряжена, умеренная болезненность в правом подреберье, где определяется край увеличенной печени, выступающий из-под реберной дуги на 6 см. Селезенка увеличена. При перкуссии отчетливо определяется выпот в брюшной полости, в положении сидя - горизонтальный уровень притупления на 3 см выше пупочного кольца. ОАК: эритроциты - 3,2 г/л, - 100 г/л, - 35%, СОЭ 56 мм/ч.

1) Диагноз?

2) Методы обследования?

3) Лечение?

**Задача №4**

Больной 44 лет, поступил в стационар в порядке оказания экстренной медицинской помощи. Заболел внезапно, когда после чихания появилась обильная кровавая рвота. Кожные покровы бледные, выраженная слабость. Из анамнеза удалось выяснить, что в течении многих лет злоупотребляет спиртным. При осмотре больного на передней брюшной стенке голова медузы, печень не увеличена, селезенка резко увеличена, плотная.

1) Что стало источником кровотечения?

2) С какими заболеваниями следует дифференцировать кровотечение?

**Задача №5**

Больная 57 лет, доставлена в приемный покой для оказания экстренной медицинской помощи. Выраженная одышка, губы синие. При осмотре: кожные покровы иктеричны, землистый оттенок, живот резко увеличен в размере. Положительный симптом «волны». Печень не пальпируется. Селезенка увеличена в размерах, плотная. Из анамнеза выяснено, что больная длительное время злоупотребляет алкоголем.

1) Что привело больную к такому состоянию?

2) Какой объем экстренной помощи?

**Задача №6**

У больного 48 лет при эндоскопии выявлены расширенные вены пищевода. При дальнейшем обследования установлено, что имеет место тромбоз селезеночной вены (сегментарный тромбоз), спленомегалия с явлениями гиперспленизма. Общее состояния больного компенсированное.

1) План обследования?

2) Какой объем оперативного лечения необходимо выполнить в данном случае?

**Задача №7**

Больной 45 лет страдающий циррозом печени, портальной гипертензией, асцитом, после выполнения лапароцентеза (количество жидкости 10 литров) развилась острая кишечная непроходимость (клинически) и от прогрессирования полиорганной недостаточности наступила смерть больного.

1) Назовите причину возникновения острой кишечной непроходимости?

2) Как следовало бы выполнять лапароцентез?

**Задача №8**

Пациентка 18 лет, студентка. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость, плохой аппетит, повышенную утомляемость, появление угревой сыпи на лице. Больна около 3 месяцев. При обследовании обнаружено увеличение АЛТ до 11 норм, АСТ до 6 норм, ЩФ и ГГТ в норме, билирубин 22 мкмоль/л. С целью исключения острого вирусного гепатита консультирована инфекционистом, данных за острые вирусные гепатиты не выявлено, маркеры вирусов гепатитов А, В, С отрицательные. При дополнительном обследовании по УЗИ выявлены асцит до 1 л, неровность контуров печени, диаметр воротной вены 14 мм, селезеночной вены до 12 мм, спленоренальные шунты. В общем анализе крови – СОЭ 54 мм/час, тромбоциты 110 000 в 1 мкл, другие показатели без отклонений.

1) Каков Ваш предварительный диагноз?

2) Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?

3) Какое лечение показано пациентке?

**Тема 6 «**Эхинококкоз печени и легких»

**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***

1. Строение половозрелой и личиночной форм паразита.

2. Механизмы заражения эхинококком человека.

3. Классификация эхинококкоза.

4. Эхинококкоз печени: клиника, осложнения.

5. Методы диагностики эхинококкоза печени, диф. диагностика.

6. Лечение эхинококкоза печени.

7. Альвеококкоз печени.

8. Эхинококкоз легких: клиника, осложнения.

9. Методы диагностики эхинококкоза легких, диф. диагностика.

10. Лечение эхинококкоза легких.

11. Профилактика эхинококкоза.

1. ***Тестовые задания***

1. С целью профилактики рецидива эхинококкоза можно использовать:

1) рентгенотерапию

2) альбендазол

3) антибиотики широкого спектра действия

4) контролок

5) цитостатики

2. Наиболее информативный неинвазивный метод исследования в диагностике эхинококкоза печени:

1) обзорная рентгенография брюшной полости

2) сканирование печени +УЗИ печени

3) R-скопия органов брюшной полости

4) пункционная биопсия кисты печени

5) ЭРХПГ

3. Наиболее частое осложнение эхинококкоза:

1) перфорация

2) обызвествление

3) сдавление соседних органов

4) нагноение кисты

5) кровотечение из кисты

4. Основной хозяин, в организме которого созревает половозрелая стадия эхинококка:

1) корова

2) овца

3) собака

4) коза

5) лось

5. Какое осложнение неспецифично для эхинококкоза?

1) нагноение

2) обызвествление

3) пpоpыв кисты во внутpипеченочные ходы

4) пpоpыв эхинококковой кисты в бpюшную полость

5) пиелонефpит

6. Осложнение после эхинококкэктомии печени, требующее повторной экстренной операции:

1) нагноение остаточной полости

2) рецидив заболевания

3) печеночная недостаточность

4) генерализация эхинококкоза

5) портальная гипертензия

7. Рост эхинококкового пузыря происходит за счет:

1) фиброзной оболочки

2) хитиновой оболочки

3) герминативной оболочки

4) сколексов

5) дочерних пузырей

8. Радикальные операции при альвеококкозе печени:

1) резекция печени

2) марсупиализация

3) дренирование полостей распада

4) дренирование желчных путей

5) удаление узлов

9. При эхинококкозе наибольший эффект дает:

1) ацетилсалициловая кислота

2) сульфадиметоксин

3) азитромицин

4) метронидазол

5) мебендазол

10. Укажите оболочки эхинококкового пузыря:

1) интермедиарная, мезотелиальная

2) пиогенная, промежуточная

3) мембранозная, фиброзная

4) герминативная, хитиновая

5) эпителиальная, субэпителиальная

11. Профилактика эхинококоза включает:

1) прием антибиотиков

2) прием сульфаниламидов

3) иммунизацию группы риска

4) прием иммуномодуляторов

5) санацию домашних животных

12. Операции на легких при эхинококкозе обязательно заканчиваются:

1) дренированием плевральной полости

2) дренированием средостения

3) торакопластикой

4) тампонадой остаточной полости

5) бронхоскопией

13. Первый период клинического течения эхинококкоза печени характеризуется:

1) отсутствием симптомов

2) болями в правом подреберье

3) иктеричностью кожных покровов

4) гектической температурой

5) резкой потерей веса

14. Наиболее характерными признаками нагноившейся эхинококковой кисты являются:

1) артралгия

2) синдром нижней полой вены

3) клиника «острого живота»

4) гектическая температура, болевой синдром

5) гепатомегалия

15. Прорыв эхинококковой кисты в брюшную или плевральную полость может вызвать опасное для жизни состояние:

1) тромбоэмболию легочной артерии

2) крапивницу

3) анафилактический шок

4) асцит

5) кишечную непроходимость

16. Укажите наиболее патогномоничный клинический симптом, характерный для прорыва эхинококковой кисты в бронх.

1) кашель с выделением фрагментов оболочек

2) кровохарканье

3) кашель с выделением зловонной мокроты

4) гектическая температура

5) пиопневмоторакс

17. Отличие эхинококкоза от альвеококкоза:

1) экстенсивный рост

2) склонность к малигнизации

3) возможность заражения при половом контакте

4) преимущественное поражение печени

5) инвазивный рост

18. Почему эхинококкоз чаще поражает правую долю печени:

1) правая ветвь воротной вены является прямым продолжением основного ее ствола

2) значительное повышение давления в портальной системе

3) избирательность паразита к правой доле

4) развитие флебита печеночных вен правой доли задерживает паразита

5) через левую ветвь воротной вены паразит проходит транзиторно

19. Иссечение фиброзной капсулы эхинококковой кисты называется:

1) перицистэктомия

2) марсупиализация

3) цистэктомия

4) капитонаж

5) зхинококкэктомия с резекцией печени

20. Характерные для эхинококкоза изменения  в  крови:

1) лимфоцитоз

2) лейкоцитоз

3) эритроцитоз

4) эозинофилия

5) моноцитоз

1. ***Темы для доклада***

1) Варианты операций при эхинококкозе печени.

2) Варианты операций при эхинококкозе легких.

1. ***Темы для презентации***

1) Особенности лечения больных рецидивным эхинококкозом.

2) Альвеококкоз печени – оперативное лечение.

1. ***Ситуационные задачи***

**Задача №1**

Больная 55 лет поступила в хирургическое отделение с жало­бами на резкие боли в правом подреберье, высокую температуру, периодические ознобы, шум в ушах, головную боль. Заболела вне­запно 3 недели назад. Появились озноб, высокая температура, боли в правом подреберье. Общее состояние больной тяжелое. Темпера­тура тела 39. Пульс 120 уд. в минуту, ритмичный, удовлетвори­тельных свойств. В легких справа ослабленное везикулярное дыха­ние. Язык обложен беловатым налетом. Живот не вздут, правое подреберье несколько выступает, где определяется увеличенная больная печень, гладкой поверхности. Селезенка не пальпируется. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

На рентгенограммах правого подреберья определяется дефор­мация диафрагмы, которая стоит на уровне 4-го ребра, в тени пе­чени выявляется уровень жидкости, который в боковой проекции расположен кзади, в костальном синусе жидкость. Лейкцитов-20Х 109/л.

1) Диагноз?

2) Методы обследования?

3) Лечение?

**Задача №2**

Больной 45 лет направлен в хирургическое отделение с жало­бами на незначительные, периодически возникающие тянущие боли в правом подреберье. При профилактическом осмотре и рентгенологи­ческом исследовании легких выявлена куполообразная деформация диафрагмы, которая стоит высоко. Отклонений от нормы в соматике не выявлено. При анализе кровь эозинофилия (15%).

1) Диагноз?

2) Методы обследования?

3) Лечение?

**Задача №3**

Больной 35 лет, скотник, поступил в хирургическое отделе­ние с жалобами на небольшие боли в правом подреберье, которые периодически носят коликообразный характер с иррадиацией в пра­вую лопатку, повышение температуры, желтуху. Болен в течении 2-х месяцев. Заболевание развивалось постепенно. Появились не­домогание, слабость, небольшие боли в правом подреберье с ирра­диацией в правую лопатку, желтуха. Боли купировались, но желту­ха сохраняется. Кал обесцвечен. Моча темного цвета.

Общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,8. Кожные покровы желтушной окраски. Пульс 88 уд. в мин, ритмичный. В легком везикулярное дыхание. Живот не деформирован. В правом подреберье тугоэластическое, болезненное, флюктуирующее обра­зование, полусферической формы, здесь же напряжение мышц перед­ней брюшной стенки. Кал ахоличен. Моча темного цвета.

При дуоденальном зондировании в желчи найдены крючья эхинококка. В крови - эозинофилия (10%). Лейкоцитов 15Х 109/л.

1) Диагноз?

2) Методы обследования?

3) Лечение?

**Задача №4**

Больная 21 года обратилась за медицинской помощью с жалобами на кашель с мокротой. Накануне после выполнения тяжелой работы, внезапно появился кашель с обильным отхождением мокроты без запаха. В мокроте были замечены белого цвета пленки и мелкие пузырьки белого цвета. Состояние удовлетворительное. В легких справа влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, пульс 76 уд/мин, АД-110/79 мм рт. ст.

Анализ крови: гемоглобин 90 г/л, эритроциты 3,2 х 1012/л, лейкоциты 7,0 х 109/л, п-2, э-10, с-58, м-6, л-24%, СОЭ-14 мм/час. Проба Кацони (+)

Рентгенография легких: в средней доле правого легкого полость с горизонтальным уровнем, стенки полости тонкие, инфильтрации ткани легкого вокруг полости нет.

1) Диагноз?

2) Дополнительные методы исследования?

3) Дифференциальный диагноз?

4) Лечение?

**Задача №5**

Больная 57 лет. Жалобы на боли и чувство тяжести в правом подреберье. Слабость, одышка, потеря аппетита, тошнота, рвота. Увеличение размеров печени. В крови эозинофилы, увеличение СОЭ. На рентгенограмме отмечается выбухание купола диафрагмы, связанное с увеличение печени. На УЗИ отмечаются 2 полостных образования с четкими краями и гомогенным содержимым.

1) Диагноз?

2) Дополнительные методы исследования?

3) Дифференциальный диагноз?

4) Лечение?

**Задача №6**

Больной 48 лет жалуется на слабость, похудание, выраженный кашель со скудной мокротой, тупые боли в правой и левой половине грудной клетки. В крови отмечается эозинофиллез, увеличение СОЭ. На рентгенографии на фоне легочной паренхимы в обеих легких отмечаются округлой формы образования с четкими краями.

1) Диагноз?

2) Дополнительные методы исследования?

3) Дифференциальный диагноз?

4) Лечение?

**Задача №7**

Больной 45 лет 10 лет назад перенес гепатит А. На данный момент отмечается неприятное ощущение в виде чувства тяжести в правом подреберье и эпигастрии, дискомфорт после еды, бледность кожи, увеличение размеров печени. Отмечается крапивница. В крови эозинофилез, увеличение СОЭ. Проба Кацони положительная. На УЗИ наличие в печени гомогенного полостного образования.

1) Диагноз?

2) Дополнительные методы исследования?

3) Дифференциальный диагноз?

4) Лечение?

**Задача №8**

Пациентка 18 лет, студентка. Отмечаются повышение температуры тела до 380С, слабость, потливость, аллергические высыпания на коже. Выраженный кашель с выделением обильной мокроты сочетающейся с болями в левой половине груди. В крови лейкоцитоз, эозинофиллез, повышение СОЭ. На рентгенограмме отмечаются на фоне легочной паренхимы полостное образование с нечеткими краями, уровнем жидкости. Положительная проба Кацони.

1) Диагноз?

2) Дополнительные методы исследования?

3) Дифференциальный диагноз?

4) Лечение?

**Тема 7** «Итоговое тестирование»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

- тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Студенты на специальных бланках письменно отмечают правильные варианты ответов.

После преподаватель проверяет сданные задания.

При правильных ответах на 70% вопросов, но не более 80% результат оценивается как «удовлетворительный».

При правильных ответах на 80% вопросов, но не более 90% результат оценивается как «хороший».

При правильных ответах на 90% вопросов и более результат оценивается как «отличный».

1. ***Тестовые задания***

01. Наиболее эффективным средством профилактики прогрессирования варикозной болезни является:

а) эластическая компрессия конечности

б) соблюдение рационального режима труда и отдыха

в) ограничение тяжелой физической нагрузки

г) комплексная терапия вазопротекторами

д) курсы комплексного физиотерапевтического лечения.

02. При оценке проходимости глубоких вен используется функциональная проба:

а) Тальмана

б) Шейниса

в) Гаккенбруха

г) Мейо-Пратта

д) Броди-Троянова-Тренделенбурга.

03. У больного 48 лет с синдромом Лериша в лечении не применяется:

а) консервативная терапия

б) бифуркационное аорто-бедренное протезирование

в) бифуркационное аорто-бедренное шунтирование

г) нефрэктомия

д) симпатэктомия.

04. При атеросклеротической окклюзии бедренной, подколенной артерий у больного 82 лет с хрониче­ской ишемией четвертой стадии, гангреной стопы правильным выбором лечебной тактики будет:

а) консервативное лечение

б) поясничная симпатэктомия

в) реконструктивная сосудистая операция

г) первичная ампутация нижней конечности

д) микрохирургическая трансплантация большого сальника на голень.

05. Для острой ишемии конечности 1Б степени не характерны:

а) чувство онемения и похолодания в конечности

б) парестезии

в) боли в покое

г) бледность кожи

д) субфасциальный отек.

06. В каких случаях баллотирует средостение?

а) лечебный пневмоторакс

б) клапанный пневмоторакс

в) закрытый пневмоторакс

г) открытый травматический пневмоторакс

д) дренаж плевральной полости.

07. Окклюзионная повязка применяется при:

а) переломах ребер

б) открытом пневмотораксе

в) клапанном пневмотораксе

г) капиллярном кровотечении

д)повреждении мягких тканей.

08. Основным методов диагностики дивертикула пищевода явля­ется:

а) эзофагоскопия

б) рентгеноконтрастное исследование

в) УЗИ

г) радионуклидное исследование

д) компьютерная томография.

09. Ценкеровский дивертикул пищевода локализуется:

а) в области бифуркации трахеи

б) над диафрагмой

в) в верхней трети пищевода

г) в глоточно-пищеводном переходе

д) над кардией.

10. При дивертикуле шейного отдела пищевода показано:

а) резекция сегмента пищевода

б) удаление дивертикула с миоэзофаготомией

в) операция Добромыслова-Торека

г) гастростомия

д) эндоскопическое рассечение сужения ниже дивертикула.

11. Больная 54 лет, жалоб нет. При диспансерном рентгенологическом обследовании выявили округлое просветление с уровнем жидкости в заднем средосте­нии, после приема контраста - расположение кардии выше диафрагмы. Какое заболевание следует запо­дозрить?

а) рак кардиального отдела желудка

б) релаксация диафрагмы

в) скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

г) ретростернальная грыжа Ларрея

д) фиксированная параэзофагеальная грыжа.

12. Осложнением какого из перечисленных заболеваний является эрозивно-язвенный эзофагит?

а) рак желудка

б) язвенная болезнь 12-перстной кишки

в) кардиоспазм

г) скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

д) хронический гастрит.

13. Какие рекомендации Вы дадите больному с рефлюкс-эзофагитом на почве грыжи пищеводного от­верстия диафрагмы?

а) дробный прием пищи небольшими порциями

б) высокое положение головы и грудной клетки во время сна

в) прием антацидов

г) прием церукала

д) все верно.

14. Задней стенкой пахового канала является:

а) паховая связка

б) связка Купера

в) апоневроз наружной косой мышцы живота

г) поперечная фасция

д) край внутренней косой и поперечной мышц.

15. Что такое рихтеровское ущемление грыжи?

а) ущемление в области дуодено-еюнального мешка

б) ущемление перекрученной сигмовидной кишки

в) ущемление желудка в диафрагмальной грыже

г) ущемление Меккелева дивертикула в паховой грыже

д) пристеночное ущемление кишки.

16. Пластику грыжевых ворот при косой паховой грыже обычно производят методами

а) Бассини

б) Грекова

в) Руджи

г) Мейо

д) Жирара.

17. Прямую паховую грыжу характеризует слабость стенки:

а) задней

б) верхней

в) передней

г) нижней

д) всех стенок..

18. Основным видом ущемления кишки не является:

а) полное

б) ретроградное

в) каловое

г) пристеночное

д) эластическое.

19. Критериями оценки жизнеспособности кишки не является:

а) положительная щипковая проба

б) розовый цвет и блеск брюшины

в) темные пятна на стенке кишки

г) пульсация сосудов брыжейки

д) перистальтика кишки.

20. Для лечения разлитого гнойного перитонита при ущемленной грыжепоказаны лечебные мероприятия:

а) устранение источника перитонита

б) санация брюшной полости

в) антибактериальная терапия

г) восстановление электролитных нарушений

д) все верно.

21. Какое вещество вырабатывают G-клетки желудка?

а) пепсин

б) пепсиноген

в) гастрин

г) глюкагон

д) соляная кислота.

22. Для декомпенсированного пилиро-дуоденального стеноза характерно:

а) симптом "падающей капли"

б) болезненность в правом подреберье

в) стул в виде "малинового желе"

г) резкие боли в эпигастрии, отсутствие печеночной тупости

д) рвота непереваренной пищей, шум плеска.

23. У больного 48 лет с гигантской язвой желудка (язвенный анамнез 11 лет) выявлена гистаминорефрактерная ахлоргидрия. Показана операция:

а) резекция желудка

б) селективная проксимальная ваготомия

в) стволовая ваготомия

г) СПВ с пилоропластикой

д) гастроэнторостомия.

24. Какие показатели характеризуют кровотечение тяжелой степени?

а) пульс чаще 120 ударов в минуту

б) систолическое АД ниже 80 мм рт. ст.

в) Нb ниже 80 г/л

г) дефицит ГО больше30%

д) все верно.

25. Какой симптом характерен для кровоточащей гастродуоденальной язвы?

а) усиление болей в животе

б) отсутствие болей

в) кал по типу "малинового желе"

г) рвота "кофейной гущей"

д) мелена.

26. Определить несостоятельность коммуникантных вен позволяют все пробы кроме:

а) Тальмана

б) Сикара

в) Броди-Тоянова-Тренделенбурга

г) Шейниса

д) Пратта.

27. При первичном варикозном расширении вен нижних конечностей оптимальным видом лечения является:

а) эластическое бинтование

б) хирургическое лечение

в) лечебная физкультура

г) массаж

д) рефлексотерапия.

28. Атеросклеротические аневризмы чаще всего располагаются:

а) в подколенной артерии

б) лучевой артерии

в) бедренной артерии

г) плечевой артерии

д) дистальной части брюшной аорты.

29. В дифференциальном диагнозе между острым венозным и артериальным тромбозом не учитывается:

а) характер отека

б) окраска кожи

в) состояние поверхностных вен

г) пульсация артерий

д) пол больного.

30. Для выявления несостоятельности клапанов поверхностных вен используется проба:

а) трехжгутовая (Шейниса)

б) маршевая (Дельбе-Пертеса)

в) Троянова-Тренделенбурга

г) Пратта

д) Тальмана.

31. Неотложная помощь при клапанном пневмоторак­се начинается с:

а) трахеостомии

б) дренажа плевральной полости

в) трахеотомии

г) блокады межреберных нервов

д) окклюзионной повязки.

32. Основной причиной спонтанного пневмоторакса является:

а) буллезные изменения альвеол и кисты легкого

б) парпневмонический абсцесс легкого

в) рак легкого

г) бронхоэктазы

д) туберкулез легких.

338. Наиболее частые осложнения абсцес­са легкого, все кроме:

а) амилоидоз

б) эмпиема плевры

в) легочное кровотечение

г) пиопневмоторакс.

34. Какие осложнения возможны при рубцовой послеожоговой стриктуре пищевода в отдаленном пе­риоде?

а) хронический эзофагит

б) кровотечение

в) рак пишевода

г) полипоз пищевода

д) перфорация пищевода.

35. Какие методы применяются для лечения доброкачественных новообразований пищевода?

а) экстирпация пищевода

б) энуклеация опухоли

в) резекция сегмента пищевода

г) лучевая терапия

д) химиотерапия.

36. При каких условиях рентгенологически выявля­ются скользящие грыжи пищеводного отдела диа­фрагмы?

а) в положении стоя

б) в полусидячем положении

в) в положении Тренделенбурга

г) в положении Гротта

д) искусственной гипотонии 12-перстной кишки.

37. Какой метод исследования является наименее информативным в диагностике грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?

а) УЗИ

б) внутрипищеводная рН-метрия

в) эзофагоманометрия

г) рентгеноскопия

д) ФЭГДС.

38. Какие из перечисленных видов грыж относятся к внутренним?

а) грыжа Трейца

б) грыжа Литтре

в) спигелевой линии

г) илеоцекальные

д) грыжа Лесгафта.

39. Какие факторы не способствуют возникновению вентральных грыж?

а) курение

б) резкие похудание

в) анатомические особенности брюшной стенки

г) повышение внутрибрюшного давления

д) тяжелая физическая работа.

40. При флегмоне грыжевого мешка операцию начинают с:

а) вскрытия флегмоны

б) срединной лапаротомии

в) выделения грыжевого мешка из окружающих тканей

г) пункции грыжевого мешка

д) одновременной операции из двух доступов.

41. При бедренном доступе пластику грыжевых ворот при бедренной грыже обычно производят методом:

а) Бассини

б) Жирара

в) Мейо

г) Руджи

д) Парлавеччо.

42. При ущемленной грыже операцию начинают с:

а) срединной лапаротомии

б) рассечение грыжевых ворот

в) вскрытия грыжевого мешка

г) вправления грыжи.

43. Для клиники ущемленной грыжи характерно все, кроме:

а) боли в грыже

б) невправимость грыжи

в) желтуха

г) рвота

д) чаши Клойбера.

44. Симптомами диффузного разлитого гнойного пе­ритонита являются все, кроме:

а) частый слабый пульс

б) напряжение мышц брюшной стенки

в) вздутие живота

г) скопление жидкости в отлогих местах живота

д) высокая лихорадка

е) гиперемия передней брюшной стенки.

45. Срединную лапаротомию необходимо проводить при:

а) разлитом перитоните, причина которого пристеночное ущемление грыжи

б) местном неограниченном перитоните

в) абсцессе дугласова пространства

г) аппендикупярном инфильтрате

д) все верно.

46. Наиболее частым источником массивного кровотечения из верхних отделов ЖКТ является:

а) язва желудка

б) язва 12-перстнои кишки

в) рак желудка

г) синдром Мэллори-Вейсса

д) геморрагический гастрит.

47. Какой из методов наиболее достоверен в определении точной локализации кровотечения из верхних отделов ЖКТ?

а) томография

б) рентгенография с барием

в) ФГДС

г) ЭРХПГ

д) артериография.

48. Для прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки не характерно:

а) язвенный анамнез

б) кинжальная боль

в) доскообразный живот

г) тахикардия

д) исчезновение печеночной тупости.

49. Наиболее вероятной причиной снижения резистентности слизистой оболочки желудка, приводящей к развитию язвы, является:

а) дефицит необходимых для воспроизводства клеток пластических субстанций и биохимически активных веществ

б) метаболические сдвиги в организме

в) локальная ишемия гастро-дуоденальной слизистой

г) хронический гастрит

д) гормональные сдвига в организме.

50.У больного 48 лет с гигантской язвой желудка (язвенный анамнез 11 лет) выявлена гистаминорефрактерная ахлоргидрия. Какие препараты следует использовать для заживления язвы?

а) циметидин

б) ранитидин

в) фамотидин

г) омепразол

д) все перечисленные.

51. При каком виде кровотечения наблюдается пенистая кровь?

а) носовое

б) пищеводное

в) желудочное

г) легочное

д) кишечное.

52. При пальцевом прижатии раненной a. femoralis возможно следующее осложнение:

а) сепсис

б) жировая эмболия

в) воздушная эмболия

г) продолжающееся кровотечение

д) гангрена конечности.

53. Распространению флеботромбоза в венах нижних конечностей способствует:

а) строгий постельный режим

б) антикоагулянтная терапия

в) антиагрегантная терапия

г) эластическое бинтование

д) лечебный массаж.

54. Для острой артериальной недостаточности конечностей не характерно:

а) отсутствие пульса

б) парестезии

в) трофические язвы голени

г) паралич конечностей

д) бледность кожи и боли.

55. Сущность пробы Оппеля состоит в:

а) утомлении ног

б) реактивной гиперемии

в) побледнении подошвенной поверхности стопы

г) побледнении пальцев

д) боли в икроножным мышцах.

56. К осложнениям варикозной болезни относят:

а) пигментацию кожи

б) индурацию подкожной клетчатки

в) трофические язвы

г) тромбофлебит

д) все верно.

57. Мужчина 40 лет в алкогольном опьянении спал на улице. Через 3 дня повысилась температура, появи­лись боли в грудной клетке. В последующем повыше­ние температуры до 39. Через 2 недели внезапно при кашле отошло около 200 мл гноя с неприятным запа­хом. Предварительный диагноз?

а) бронхоэктатическая болезнь

б) острый абсцесс легкого

в) эмпиема плевры

г) обострение хронического бронхита

д) гангрена легкого.

58. Какова должна быть лечебная тактика у больного с острым абсцессом легкого в стадии формирования без прорыва в бронх?

а) резекция легкого

б) пневмотомия

в) пункция плевральной полости

г) торакопластика

д) консервативное лечение.

59. Для клиники кардиоспазма характерны симптомы, кроме:

а) обильная рвота желудочным содержимым

б) избирательная дисфагия (яблоки, апельсины, газвода)

в) срыгивание во время еды

г) парадоксальная дисфагия

д) одихофагия.

60. При стойком и длительном течении кардиоспазма следует применить метод лечения:

а) медикаментозный

б) гипносуггестивный

в) кардиодилатация

г) оперативный (резекция)

д) эндопротезирование.

61. При скользящих грыжах пищеводного отверстия диа­фрагмы встречаются симптомы, кроме:

а) изжога

б) боль за грудиной

в) дисфагия

г) кишечная непроходимость.

62. У больной 50 лет внезапно возникла острая дисфагия, резкие боли за грудиной. Выберите наиболее ве­роятную причину страданий больной:

а) межреберная невралгия

б) стенокардия

в) рефлюкс-эзофагит

г) грыжа Ларрея

д) ущемленная параэзофагеальная грыжа.

63. Какой вид острой кишечной непроходимости вызывает ретроградное ущемление тонкой кишки?

а) спаечную

б) динамическую

в) обтурационную

г) смешанную

д) странгуляционную.

64. Ранние клинические проявления ущемления тонкой кишки при внутренних грыжах:

а) диарея

б) коллапс

в) схваткообразные боли в животе, задержка газов

г) симптомы раздражения брюшины

д) мелена.

65. При ущемлении грыжи у больного с острым инфарктом миокарда показано:

а) наблюдение, холод на живот

б) вправление грыжи

в) введение спазмолитиков

г) положение Тренделенбурга

д) экстренная операция.

66. Показанием к экстренной операции при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи является:

а) наличие грыжевого выпячивания

б) появление перитонеальных симптомов

в) повышение температуры

г) дизурические явления

д) сам факт самопроизвольного вправления.

67. Для ущемленной грыжи характерны признаки, кроме:

а) рвота

б) напряжние и болезненность грыжи

в) ранний метеоризм

г) притупление над грыжевым выпячиванием

д) отсутствие кашлевого толчка.

68. Промывание брюшной полости показано при:

а) установленном диагнозе аппендикулярного инфильтрата

б) периаппендикулярном абсцессе

в) гангренозном аппендиците и местном ограниченном перитоните

г) воспалении лимфоузлов брыжейки тонкой кишки

д) некрозе кишки

е) при ретроградном ущемлении.

69. При рихтеровском ущемлении грыжи с разлитым гнойным перитонитом не следует выполнять:

а) срединную лапаротомию устранение причины перитонита

б) аппендэктомию

в) санацию брюшной полости

г) дренирование брюшной полости

д) интубацию кишки.

7\20. Окрашенный кровью экссудат в брюшной полости наблюдается всегда, кроме:

а) туберкулезного перитонита

б) нарушенной внематочной беременности

в) острого панкреатита

г) перекрута кисты яичника

д) ретроградного ущемления наружной грыжи.

71. Показания к операции при язвенной болезни не являются относительными при:

а) выявлении атипии клеток в каллезной язве

б) систематических сезонных ежегодных обострениях язвенной болезни, осложняющихся кровотечением

в) язвенной болезни, ранее осложнявшейся прободением с ушиванием

г) многократным ежегодным обострениям

д) при безуспешном лечении хронической язвы.

72. Эзофагогастродуоденоскопия не позволяет:

а) оценить состояние кардиального сфинктера и привратника

б) дать разностороннюю оценку язвенного дефекта и определить его локализацию

в) оценить состояние слизистой желудка и 12-перстной кишки

г) выявить синдром Золлингера-Эллисона

д) определить степень стеноза привратника.

73. Наиболее информативным методом диагностики

перфоративных язв является:

а) эзофагогастродуоденоскопия

б) УЗИ

в) лапароцентез

г) лапароскопия

д) обзорная рентгеноскопия.

74. Наиболее физиологичным методом резекции желудка считается:

а) Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера

б) резекция в модификации Ру

в) Бильрот-1

г) модификация Бальфура

д) резекция по Райхель-Полиа.

75. Для прободной язвы желудка в первые 6 часов не характерно:

а) резкие боли в животе

б) доскообразный живот

в) исчезновение печеночной тупости

г) вздутие живота

д) "серп" газа под куполом диафрагмы.

**Тема 8 «**Итоговое занятие, защита истории болезни»

Итоговое занятие складывается из трех этапов: решения ситуационной задачи, чтения рентгенограммы и защиты истории болезни.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

Первые два этапа оцениваются раздельно по следующим критериям:

5 баллов – студент демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к освоению компетенции выполнены.

4 балла – студент демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к освоению компетенции выполнены.

3 балла – студент демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к освоению компетенции выполнены.

2 балла – студент демонстрирует небольшое понимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к освоению компетенции не выполнены.

1 балл – студент демонстрирует непонимание проблемы.

0 баллов – студент демонстрирует непонимание дисциплины.

Процедура защиты истории болезни.

Защита истории болезни проводится в устной форме. Продолжительность выступления – до 10 мин. За это время студент докладывает анамнез заболевания, жизни, предварительный диагноз и дифференциальный диагноз. Заканчивается выступление обоснованием клинического диагноза заболевания, его лечения.

Критерии оценивания

 Оценка «отлично» выставляется, если при защите истории болезни студент соблюдает последовательность изложения разделов истории болезни, правильно, соответственно выявленным у пациента симптомам и синдромам, выставляет предварительный диагноз, четко проводит дифференциальный диагноз не менее чем с 5 сходными заболеваниями, проводит обоснование диагноза последовательно, соблюдая последовательность всех разделов истории болезни.

Оценка «хорошо» выставляется, если при защите истории болезни студент соблюдает последовательность изложения разделов истории болезни, правильно, соответственно выявленным у пациента симптомам и синдромам, выставляет предварительный диагноз, четко проводит дифференциальный диагноз не менее чем с 4 сходными заболеваниями, проводит обоснование диагноза последовательно, соблюдая последовательность всех разделов истории болезни возможны мелкие единичные неточности в толковании отдельных, не ключевых моментов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если при защите истории болезни соблюдает последовательность изложения разделов истории болезни, правильно, соответственно выявленным у пациента симптомам и синдромам, выставляет предварительный диагноз, проводит дифференциальный диагноз не менее чем с 3 сходными заболеваниями, проводит обоснование диагноза последовательно, соблюдая последовательность всех разделов истории болезни, но нуждается в дополнительных вопросах, допускает ошибки в освещении принципиальных, ключевых вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при защите истории болезни студент не соблюдает последовательность изложения разделов истории болезни, выставляет неверный диагноз, не может провести дифференциальный диагноз.

**Модуль 3: «Актуальные вопросы современной хирургии»**

**Тема 1:** «Тромбогеморрагические синдромы 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. Основные звенья системы гемостаза.
3. Механизмы тромбоцитарно-сосудистого и коагуляционного гемостаза.
4. Роль системы фибринолиза и естественных антикоагулянтов в механизмах гемостаза.
5. Методы оценки системы гемостаза.
6. Геморрагические синдромы: классификация, этиология, патогенез, диагностика.
7. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови:

этиология, принципы классификации;

1. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови: патогенез ДВС - синдрома, стадии развития;
2. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови: диагностика, особенности гемостазиограммы в разные стадии ДВС-синдрома;
3. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови: принципы патогенетической терапии.
4. Гемолитико-уремический синдром (ГУС): этиология, патогенез, клинические проявления, принципы диагностики и лечения.
5. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП): этиология, патогенез, клинические проявления, принципы диагностики и лечения.
6. Врожденный тромбофилический синдром: роль дефицита естественных антикоагулянтов, наследственной гипергомоцистеинемии в развитии тромбофилии. Механизмы развития, диагностика, принципы патогенетической терапии, клинические проявления врожденных тромбофилических синдромов.
7. Приобретенный тромбофилический синдром: основные этиологические факторы, патогенез, принципы диагностики, профилактики и патогенетической терапии.
8. ***Тестовые задания***

*Выберите один или несколько правильных ответов.*

1. АНТИТРОМБИН III - ЭТО

1)  Первичный антикоагулянт

2)  Вторичный антикоагулянт

3)  Фактор тромбоцитов

4)  Фибринолитический агент

5)  Плазменный фактор свертывания

2. ЦЕНТРАЛЬНОЕ МЕСТО В ПАТОГЕНЕЗЕ ДВС-СИНДРОМА ЗАНИМАЕТ

1)  Гипертромбинемия

2)  Тромбоцитопения

3)  Тромбоцитопатия

4)  Повышение уровня антитромбина III

3. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ

1)  Время кровотечения

2)  МНО

3)  Тромбиновое время

4. НАРУШЕНИЯ ТРОМБОЦИТАРНО-СОСУДИСТОГО ГЕМОСТАЗА МОЖНО ВЫЯВИТЬ

1)  При определении протромбинового времени

2)  При определении времени кровотечения

3)  При определении тромбинового времени

5. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ МОЛНИЕНОСНОЙ ФОРМЫ ДВС - СИНДРОМА

1)  несколько десятков минут

2)  несколько часов

3)  несколько суток

4)  несколько недель

6. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОЙ ФОРМЫ ДВС - СИНДРОМА

1)  несколько десятков минут

2)  несколько часов

3)  несколько недель

4)  Месяцы и годы

7. РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ФОРМА ДВС - СИНДРОМА

1)  развивается в период обострения основного заболевания

2)  не исчезает в период ремиссии основного заболевания

3)  продолжается в течение нескольких минут

4)  все ответы верны

8. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ДВС - СИНДРОМА ЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ

1)  активация свертывающей системы крови

2)  снижение антитромботического потенциала эндотелиоцитов

3)  тяжелая вторичная эндогенная интоксикация продуктами протеолиоза и деструкции тканей

4)  все ответы верны

9. ГЛАВНЫМ ИНИЦИАТОРОМ ПРОЦЕССА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

1)  тканевой тромбопластин

2)  антитромбин III

3)  плазминоген

10. ПРИ ДВС СИНДРОМЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

1)  гепарина

2)  эпсилон-аминокапроновой кислоты

3)  переливании свежезамороженной плазмы

11. ПРИЧИНАМИ ДВС-СИНДРОМА ЧАЩЕ БЫВАЮТ

1)  тромбоцитопенические состояния

2)  наследственный дефицит факторов свертывания

3)  шоковые состояния

4)  передозировка антикоагулянтов

5)  тяжелые инфекции

12. ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДВС-СИНДРОМА

1)  антитромбин III

2)  свежезамороженная плазма

3)  гепарин

4)  эпсилон-аминокапроновая кислота

5)  ингибиторы протеаз

13. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ДВС-СИНДРОМА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1)  Определение антитромбина III

2)  Определение осмотической резистентности эритроцитов

3)  Прямую пробу Кумбса

4)  Определение плазминогена

14. В III СТАДИИ ДВС-СИНДРОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1)  Клинические признаки гиперкоагуляции доминируют

2)  Глубокая гипокоагуляция

3)  Тромбоцитоз

4)  Тромбоцитопения

5)  Дефицит антитромбина III

15. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДВС-СИНДРОМА ИСПОЛЬЗУЮТ

1)  Гепарин

2)  Плазмаферез

3)  Свежезамороженную плазму

4)  Сухую плазму

16. ДВС-СИНДРОМ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ

1)  Генерализованных инфекциях

2)  Всех видах шока

3)  Внутрисосудистом гемолизе

4)  Ожогах

5)  Массивных гемотрансфузиях

17. АНТИКОАГУЛЯНТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

1)  Гепарин

2)  Антитромбин III

3)  Протеин С

4)  Плазминоген

18. ЛЕЧЕНИЕ ДВС- СИНДРОМА С КЛИНИЧЕСКИМ ПРЕОБЛАДАНИЕМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОИА ТРЕБУЕТ

1)  большие дозы антипротеаз

2)  тромболитики

3)  переливание свежезамороженной плазмы

4)  антиагреганты

19. ЛЕЧЕНИЕ МАССИВНЫХ ЛОКАЛЬНЫХ ТРОМБОЗОВ И /ИЛИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ПРИ ДВС - СИНДРОМЕ ВКЛЮЧАЕТ

1)  антиагреганты

2)  гепарин

3)  тромболитики

4)  запрещено вводить гепарин

20. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДВС - СИНДРОМА ВКЛЮЧАЕТ

1)  гематомный тип кровоточивости

2)  смешанный тип кровоточивости

3)  развитие полиорганной недостаточности

4)  развитие изолированной сердечно-легочной недостаточности

***III. Темы для доклада.***

1). Методы диагностики ДВС синдрома.

2). Современные методы лечения ДВС синдрома.

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

1. Листок нетрудоспособности
2. Направление на госпитализацию, консультацию
3. Карта диспансерного учета
4. Карта стационарного больного.

***V. Ситуационные задачи***

**Задача №1**

Больной В.П.,12 лет, страдает кровоточивостью с раннего детства. Периодически наблюдались носовые кровотечения, кровоизлияния в области ягодиц, обширные гематомы на спине, болезненные кровоизлияния в коленные суставы. При осмотре: суставы отёчны. Лабораторные данные: время свёртывания крови(ВСК) и активированное частичное тромбиновое время(АЧТВ) резко удлинены. Тромбиновое время(ТВ) и протромбиновое время(ПВ) нормальные. При определении факторов свёртывания обнаружено резкое (1%) снижение IX фактора.

Сделайте анализ клинико-лабораторного статуса у больного.

Вопросы:

1. Коагуляционный гемостаз (роль факторов свёртывания), причины, механизмы развития, лабораторные показатели.

2. С дефицитом каких факторов свёртывания связано развитие гемофилий А и В?

3. Почему гемофилией А страдают мужчины, а не женщины?

4. С какой фазой свёртывания крови связано развитие гемофилий?

**Задача №2**

Больная Д., 20 лет, поступила в клинику с профузным кровотечением из раны после удаления зуба, произведенного 5 часов назад. В анамнезе - частые носовые кровотечения, длительно не останавливающиеся кровотечения при поверхностных повреждениях кожных покровов, обильные выделения крови в период менструаций. Объективно: кожные покровы бледные, на ногах об­наружены петехиальные высыпания. Больная часто сплевывает полным ртом кровавую слюну. ЧСС- 120 в мин.; АД- 100/60 мм.рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Данные лабо­раторного исследования: НЬ - 80г/л, Эр -3,6x1012/л; ЦП-0,62; Тр - 40хЮ12/л. Многие тромбоциты имеют атипичную форму (грушевидную, хвостатую), срок их жизни сокращен до нескольких часов. Время свертывания крови - 8 мин, длительность кровотечения (проба Дьюка) -15 мин, симптом жгута (+), ретракция кровяного сгустка резко замедлена. В крови повышен титр IgG.

Вопросы:

1. Назовите геморрагический диатез, указанный в задаче

2. Каковы причины этого диатеза

3. Укажите механизмы развития диатеза

4. Роль тромбоцитов в нарушении свёртывания. Тромбоцитопении, тромбоцитопатии. Показатели оценки нарушений ТСЧ.

5. Укажите тип кровоточивости

**Задача №3**

Больная К., 20 лет, была госпитализирована в гинекологическую клинику по поводу кровотечения из матки, развившегося после произведенного накануне криминального аборта.

Данные обследования: Эр - 3,6хЮ12/л; НЬ - 80 г/л; Тр - 40хЮ12/л; протромбииовый индекс - 80%; время свертывания крови - 20 мин. При этом выявлены в большом количестве активированные формы тромбоцитов и агрегаты этих клеток в периферической крови. Кроме этого, в крови повышено содержание продуктов деградации фибриногена/фибрина (ПДФ) и обнаружены растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК). АД -80/60 мм рт.ст.; ЧСС - 120 в мин. Вследствии развившейся острой почечной недостаточности в крови повысилось содержание остаточного азота, развился метаболический ацидоз.

Вопросы:

1. Назовите стадии тромбогеморрагического синдрома (ДВС - синдрома).

2. Каков патогенез кровотечения у больной?

3. ДВС-синдром - виды, причины, механизмы развития, лабораторные показатели, принципы терапии.

4. Укажите принципы патогенетической терапии тромбогеморрагического синдрома.

5. Какие причины могут привести к развитию ДВС - синдрома?

**Задача №4**

Больная И.М.,20 лет, страдает профузными менструальными кровотечениями, с раннего детства отмечается синяковость,3-5 раз в году наблюдаются носовые кровотечения. После падений уколов отмечаются гематомы. Лабораторные исследования: сосудистые пробы слабоположительные, время кровотечения(ВК) резко удлинено (более 40 мин), содержание Тр-210\*10/л(норма), однако их адгезивность снижена. Протромбиновое время(ПВ) и тромбиновое время(ТВ)-нормальные, однако активированное частичное протромбиновое время(АЧТВ) резко удлинено.

Проанализируйте клинико-лабораторные данные и сделайте заключение.

Вопросы:

1.Основные механизмы нарушения гемостаза, роль эндотелия сосудов и факторов свёртывания.

2. Какие лабораторные данные указывают на гипокоагуляцию?

3. Какие исследования свидетельствуют о неполноценности тромбоцитарного гемостаза?

4. Какие тесты характеризуют дефект внутреннего механизма свёртывания крови?

5.Для нарушения какого вида гемостаза характерно появление обширных гематом?

**Тема 2** «Сахарный диабет у хирургических больных»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

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

- УИРС

- доклад

-собеседование

-ситуационные задачи

-тестирование

-демонстрация алгоритма выполнения практического навыка

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для собеседования и устного опроса***
2. Этиология и патогенез сахарного диабета.
3. Влияние инсулина на обмен веществ.
4. Осложнения сахарного диабета, входящие в компетенцию хирурга.
5. Псевдоперитонит при диабете.
6. Острое желудочно-кишечное кровотечение при диабете.
7. Гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки.
8. Анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей при диабете.
9. Понятие о синдроме диабетической стопы.
10. Синдром взаимного отягощения.
11. Особенности выполнения хирургических вмешательств при диабете.
12. ***Тестовые задания***

1. Специфическое для сахарного диабета поражение почек носит название:

 а) артериосклероз Менкеберга

 б) синдром Мориака

 в) синдром Нобекур

 г) синдром Сомоджи

 д) синдром Киммелстила-Уилсона

2. Наименее часто атеросклеротические изменения при сахарном диабете

 выявляются в сосудах:

 а) коронарных

 б) головного мозга

 в) почек

 г) нижних конечностей

 д) селезенки

3) Диабетическая микроангиопатия характеризуется всем перечисленным, кроме:

 а) утолщения базальных мембран

 б) пролиферации эндотелия

 в) дегенеративных изменений в эндотелиальных клетках

 г) истончения базальных мембран

4. Основные морфологические изменения при диабетической макроангиопатии - это:

 а) кальциноз

 б) атеросклероз

 в) васкулит

 г) пролиферация

5. Основным механизмом развития сосудистых поражений при гипергликемии является:

а) углеводное и энергетическое «голодание» клеток

б) гликозилирование углеводов

в) гликозилирование жиров

г) гликозилирование белков базальных мембран

6. У больного имеется массивная протеинурия. Какой отдел нефрона поражен?

а) клубочек

б) проксимальный каналец

в) петля Генле

г) дистальный каналец

д) собирательная трубочка

7. Экскреция какого количества альбумина с мочой допустима у человека в норме

 за сутки:

а) до 30 мг/сут

б) до 300 мг/сут

 в) < 1 мг/сут

8) Может ли острота зрения свидетельствовать о состоянии глазного дна:

 а) может

 б) не может

9. Длительная гипогликемия приводит к необратимым повреждениям прежде всего:

 а) в миокарде

 б) в периферической нервной системе

 в) в центральной нервной системе

 г) в гепатоцитах

 д) в поперечно-полосатой мускулатуре

10. Экскреция какого количества белка с мочой допустима у человека в норме

 (общий анализ мочи)

а) до 1 г/л

б) до 0,1 г/л

 в) до 0,03 г/л

 г) белка не должно быть

11. В патогенезе поздних осложнений сахарного диабета играет роль:

 а) гликирование белков

 б) полиоловый путь обмена глюкозы

 в) перекисное окисление липидов

 г) свободнорадикальное окисление

 д) образование иммунных комплексов

12. Патогенез диабетической микроангиопатии обусловлен всем перечисленным,

 кроме:

 а) гликированием белковых структур

 б) снижения способности эритроцитов к деформации в период прохождения по капилляру

 в) понижения проницаемости сосудистой стенки для белков плазмы

 г) отложения иммунных комплексов в базальной мембране

 д) ухудшения кровотока, ведущего к гипоксии и ухудшению питания эндотелия

13. Диабетическая вегетативная кардиопатия характеризуется:

 а) постоянной тахикардией

 б) непостоянной тахикардии

 в) постоянной брадикардией

 г) ортостатической гипотензией

 д) безболевым инфарктом миокарда

14. Особенностями клинического течения инфаркта миокарда при сахарном диабете является:

 а) развитие распространенных инфарктов

 б) частых тромбоэмболических осложнений

 в) уменьшения процента летальности в остром периоде

 г) нетипичной клиники инфаркта миокарда со слабо выраженным или

 отсутствующим болевым синдромом

 д) внезапное развитие сердечной недостаточности

15. Причиной диабетической гангрены могут быть все перечисленные факторы, кроме:

 а) микротравм

 б) гипогликемии

 в) вросшего ногтя

 г) отморожения

 д) инфицированной мозоли

16. В патогенезе диабетической гангрены играют роль:

 а) диабетическая макроангиопатии

 б) диабетическая микроангиопатии

 в) повышение уровня артериального давления

 г) периферическая нейропатия

 д) нарушение тканевого метаболизма

17. Для ишемической формы диабетической стопы не характерно:

 а) локализации чаще на пальцах стопы

 б) наличия некротического участка черного цвета

 в) явления мумификации

 г) кожа на пораженном участке бледная, сухая с небольшим ограниченным

 некротическим очагом

 д) резко ухудшенного общего состояния больного

18. Для влажной гангрены характерно все перечисленное, кроме:

 а) появления пузырей с мутным экссудатом

 б) некроза подкожной клетчатки

 в) малоизмененного общего состояния больного

 г) вовлечения в некротический процесс мышц, костей, сухожилий

 д) возможности развития генерализованного сепсиса

19. Для непролиферативной стадии диабетической ретинопатии характерно:

 а) болевой синдром

 б) наличие венозных аномалий

 в) единичные микроаневризмы

 г) наличие множественных твердых и мягких экссудатов

 д) слезотечение, светобоязнь

20. Для препролиферативной стадии диабетической ретинопатии характерно:

 а) болевой синдром

 б) наличие множественных твердых и мягких экссудатов

 в) новообразования сосудов

 г) наличие множества микроаневризм

 д) наличие венозных аномалий

1. ***Темы для доклада***

1). Хирургия диабетической стопы.

2). Диагностика диабетической стопы.

1. ***Темы для УИРС***

1). Виды оперативного лечения диабетической стопы.

2). Эндоваскулярные методы лечения диабетической стопы.

1. ***Ситуационные задачи***

***Задача№1***

В приемный покой доставлена больная 60 лет. Страдает СД типа II в

течение 5 лет. Жалобы на боли по всему животу, без четкой локализации,

больше в нижних отделах. Боли появились постепенно сутки назад на фоне

полного здоровья. Отмечает задержку стула и газов. Температура при

поступлении 37.8. Лейкоцитоз 14х109, сахар крови из пальца 13 ммоль/л, в

моче сахара и ацетона нет.

а) Предположительный диагноз?

б) Какова тактика хирурга?

***Задача№2.***

Больному 42 лет СД типа I предстоит оперативное лечение – грыжесечение по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Инсулинотерапия: перед

завтраком 10 ЕД простого инсулина, перед обедом 14 ЕД, перед ужином 10

ЕД. Утром в день операции уровень гликемии составил 9,8 ммоль/л.

а) Можно ли выполнять операцию?

б) Какова тактика лечащего врача?

***Задача№3*.**

Женщина 45 лет с СД типа I, поступила в приёмный покой с клиникой

острого калькулёзного холецистита. Уровень гликемии 18 ммоль/л, ацетон мочи «отрицательный».

а) В каком порядке следует оперировать больную?

б) Какая предоперационная подготовка необходима?

***Задача№4.***

У пациента с СД в послеоперационном периоде возникла внезапная

потеря сознания, судороги, тремор. При объективном осмотре: кожные

покровы влажные, запах ацетона отсутствует, зрачки расширены, АД 120/80 мм. рт. ст., пульс аритмичен.

а) Какое исследование подтвердит диагноз?

б) Какова тактика лечащего врача?

***Задача№5.***

Перечислите основные методы интракорпоральной и экстракорпоральной детоксикации у больных сахарным диабетом при перитоните.

**Тема 3** «Симптоматические гипертонии».

**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.Дайте определение понятий «симптоматические артериальные гипертонии».

2. Классификация артериальных гипертоний.

3. Клинические проявления почечных, эндокринных, гемодинамических, центрогенных АГ.

4. Значение клинико-лабораторных и инструментальных исследований у больных с артериальной гипертонией.

5. Электрокардиографические признаки гипертрофии левого желудочка.

6. Показания к хирургическому лечению АГ.

7. Принципы консервативной терапии АГ.

8. Меры профилактики АГ

1. ***Тестовые задания***

1. Для какого заболевания характерна симптоматическая артериальная гипертензия, возникающая в результате повышенной выработки надпочечниками альдостерона:

 a) Гипотиреоз

 b) тиреотоксикоз

 c) болезнь и синдром Иценко-Кушинга

 d) феохромоцитома

 e) синдром Кона

2. У пациента 40 лет при мониторировании выявлено повышение АД до 180/120 мм.рт.ст. При терапии ингибитором АПФ, мочегонным средством и бета-блокатором АД снизилось до уровня 160-150/110-100 мм.рт.ст., но было отмечено повышение уровней креатинина и мочевины в сыворотке крови. Какой генез наиболее вероятен?

 a) Гиперальдостеронизм

 b) паренхиматозное заболевание почек

 c) стеноз почечных артерий

 d) феохромоцитома

 e) эссенциальная артериальная гипертензия с поражением почек

3. Наиболее частой причиной ренопаренхиматозной АГ является:

 a) Диабетическая нефропатия

 b) тубулоинтерстициальный нефрит

 c) пиелонефрит

 d) поликистоз

 e) гломерулонефрит

4. Назовите наиболее частую причину хронической реноваскулярной артериальной гипертензии:

 a) Неспецифический аортоартериит

 b) экстравазальная компрессия почечных артерий

 c) тромбозы и эмболии сосудов почек

 d) мочекаменная болезнь

 e) атеросклероз почечных артерий

5. Больной предъявляет жалобы на похолодание стоп, перемежающую хромоту. При объективном обследовании АД на руках выше, чем на ногах, дрожание над выемкой грудины, систолический шум по задней поверхности грудной клетки слева, отсутствие пульса на бедренной артерии. Какой вид симптоматической артериальной гипертензии более вероятен у данного больного:

a) АГ при первичном гиперпаратиреозе

 b) ренопаренхиматозная АГ

 c) АГ при болезни и синдроме Кушинга

 d) АГ при коарктации аорты

 e) Реноваскулярная АГ

6. Для какого заболевания характерна симптоматическая артериальная гипертензия, возникающая в результате повышенной продукции катехоламинов опухолью надпочечников:

 a) гипотиреоз

 b) тиреотоксикоз

 с) феохромоцитома

 d) болезнь и синдром Иценко-Кушинга

 e) синдром Кона

7. Пациентка 20 лет, «мужского» типа телосложения, предъявляет жалобы на тяжесть и боли в голове, головокружение, шум в ушах, ощущение пульсации в голове, одышку при физической нагрузке, периодически возникающие носовые кровотечения. АД на верхних конечностях 180/100 мм. рт.ст., на нижних – 140/80 мм. рт.ст. Выслушивается систолический шум во 2-ом и 3-м межреберьях слева от грудины и в межлопаточной области. Границы сердца расширены влево, талия сердца подчеркнута. Какое дополнительное исследование необходимо для уточнения генеза АГ:

 a) Исследование обмена катехоламинов;

 b) биопсия почек;

 c) аортография;

 d) почечная артериография;

 e) определение уровня альдостерона в плазме

8. Ишемия почек, вследствие окклюзии почечных артерий является основным этиологическим фактором при:

 a) Ренопаренхиматозной АГ

 b) вазоренальной АГ

 c) ГБ

 d) эндокринных АГ

 e) лекарственных

9. Какое исследование наиболее информативно для выявления стеноза почечных артерий:

а) УЗИ почек

 b) почечная сцинтиграфия

 c) нефробиопсия

 d) ангиография почечных артерий

 e) определение содержания катехоламинов в плазме крови и в моче

10. Какой метод лечения реноваскулярной артериальной гипертензии предпочтителен у молодого пациента:

a) терапия диуретиками

b) баллонная ангиопластика

c) терапия альфа-адреноблокаторами

d) терапия антагонистами кальция

e) нефрэктомия

1. ***Темы для доклада***

1). Хирургическое лечение симптоматических гипертоний.

2). Методы диагностики симптоматических гипертоний.

1. ***Темы для УИРС***

1). Этиологические факторы развития симптоматических гипертоний.

2). Показания к оперативному лечения больных с симптоматических гипертоний.

1. ***Темы для презентации***

1). Шкалы оценки тяжести больных с симптоматическими гипертониями.

2). Малоинвазивные методы лечения симптоматических гипертоний.

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

1). Физикальное обследование больных с симптоматическими гипертониями.

1. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1**

Больная 26 лет жалуется на головную боль, периодически субфебрильную температуру тела, слабость. Заболела 2 года назад после родов. Объективно: бледность кожи и видимых слизистых, отечность век. Границы относительной тупости сердца расширены влево на 2 см. Тоны сердца ясные, акцент II тона над аортой. Пульс ритмичный, напряженный, 66 в минуту. АД 180/110 мм.рт.ст. Симптом Пастернацкого отрицательный. Анализ крови: эр. 3,5х 10\*12/л, Нв 100г/л, ЦП 0,8, лейк. 10х10\*9/л, э 1%, п 6%, с 74%, лимф. 13%, мон. 6%, СОЭ 25 мм/час. Анализ мочи: относ. плотность 1016, белок 0,6 г/л, лейкоциты 30-50 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения.

Поставьте предварительный диагноз. Составьте план дополнительных исследований для уточнения диагноза. Консультации каких специалистов необходимы.

**Тема 4 «**Острый живот»

**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. Дивертикулы толстого кишечника и их осложнения. Дивертикул Меккеля.
3. Острый холецистит и его осложнения. Диагностика механической желтухи. Диагностика и лечение.
4. Заболевания, симулирующие «острый живот».
5. Ранняя диагностика закрытых и открытых повреждений поджелудочной железы, печени, селезенки и кишечника. Хирургическая тактика, коррекция гомеостаза, типовые операции, профилактика и лечение послеоперационных осложнений.
6. Ишемический абдоминальный синдром. Тромбоз и эмболия мезентериальных сосудов. Ранняя диагностика, типовые операции.
7. Классификация острой кишечной непроходимости. Ранняя диагностика различных видов кишечной непроходимости.
8. Особенности клинической симптоматологии при перфорации острых стресс-язв желудочно-кишечного тракта.
9. Классификация острой кишечной непроходимости. Ранняя диагностика различных видов кишечной непроходимости. Послеоперационные осложнения.
10. Особенности клинической симптоматологии при перфорации острых стресс-язв желудочно-кишечного тракта.
11. Осложненные формы неспецифического язвенного колита. Болезнь Крона. Диагностика, дифференциальная диагностика, показания к хирургическому лечению.
12. Клиническая симптоматология прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки на сроках 2ч, 6ч, 12ч с момента перфорации. Тактика хирурга при прикрытой перфорации.
13. Виды эмболических венозных осложнений.
14. Гнойно-септические осложнения острого панкреонекроза.
15. Патология дивертикула Меккеля.
16. Осложнения шока и их лечение.
17. Заболевания, протекающие с клинической картиной «острого живота». Роль УЗИ, компьютерной томографии и лапароскопии в ранней диагностике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
18. Клиника и диагностика перфораций стресс-язв желудка и кишечника.
19. Современные методы диагностики и лечения перитонитов различной этиологии (послеоперационный, пневмококковый, туберкулезный и др.). Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных.
20. Осложнения портальной гипертензии. Диагностика и лечение.
21. Жировая эмболия. Клиника, диагностика, лечение. Воздушная эмболия. Особенности клиники, лечение
22. Классификация ведущих патологических синдромов после резекции желудка и гастрэктомии. Показания к консервативному и оперативному лечению.
23. Синдром приводящей петли и «порочный круг». Клиника, диагностика, лечение.
24. Обтурационная кишечная непроходимость. Ошибки в диагностике. Предоперационная подготовка больных. Профилактика и лечение послеоперационных осложнений.
25. Ранние осложнения после аппендэктомии.
26. Хирургический стресс. Показания к кортикостероидной терапии у хирургических больных.
27. Пневмококковый перитонит. Особенности клинического течения. Лечение.
28. Анаэробная инфекция: этиология, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.
29. Поддиафрагмальный, тазовый и межкишечный абсцессы: этиология, клиника, диагностика, лечение.
30. Хронический панкреатит. Классификация, клиника, показания к хирургическому лечению.
31. Врожденная паховая грыжа. Диагностика, лечение.
32. Механическая желтуха. Диагностика, дифференциальная диагностика, показания к хирургическому лечению.
33. Осложнения острого панкреатита.
34. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Причины, диагностика, показания к хирургическому лечению.
35. Острый осложненный дивертикулит толстой кишки. Клиника, диагностика, лечение.
36. Полиорганная недостаточность у хирургических больных: причины, особенности клинического течения.
37. Инвагинация кишечника. Странгуляционная непроходимость кишечника: диагностика, лечение.
38. Ущемленные грыжи: диафрагмальная, бедренная, паховая и др. Разновидности ущемленных грыж. Клиника, диагностика, лечение.
39. Острый панкреонекроз: фазы течения. Ранняя диагностика и лечение панкреонекроза и его осложнений.

.

1. ***Тестовые задания***

1. Свободный газ в брюшной полости определяется при

1) холецистите

2) перфоративной язве желудка

3) аппендиците

4) кишечной непроходимости

2. Защитное мышечное напряжение характерно для

1) острого перитонита

2) отечной формы панкреатита

3) инвагинации кишечника

4) желудочного кровотечения

3. Симптом Ситковского наблюдается при

1) остром холецистите

2) остром панкреатите

3) остром аппендиците

4) почечной колике

4. При желудочном кровотечении показана

1) рентгенография желудка с барием

2) УЗИ

3) экстренная ФГДС

4) экстренная операция

5. При синдроме «острого живота» необходимо

1) сделать очистительную клизму

2) ввести обезболивающее

3) промыть желудок

4) применить холод, срочно госпитализировать больного

6. Симптом, не характерный для ущемленной грыжи

1) напряженное грыжевое выпячивание

2) острая боль

3) положительный симптом кашлевого толчка

4) непроходимость кишечника

7. Рвота при остром панкреатите

1) многократная, не приносящая облегчения

2) однократная

3) многократная, приносящая облегчение

4) отсутствует

8. Причина механической желтухи при холецистите

1) печеночная недостаточность

2) закупорка камнем общего желчного протока

3) гемолиз эритроцитов

4) нарушение обмена веществ

9. Для механической кишечной непроходимости не характерно

1) вздутие живота

2) схваткообразные боли

3) исчезновение печеночной тупости

4) задержка стула и газов

10. Опоясывающая боль наблюдается при

1) панкреатите

2) холецистите

3) травме селезенки

4) перфоративной язве желудка

11. Достоверный признак перитонита

1) болезненность живота при пальпации

2) неотхождение газов и кала

3) рвота

4) симптомы раздражения брюшины

12. Эвентрация — это

1) воспаление брюшины

2) ущемление кишечника в спайках

3) выхождение кишечных петель на переднюю брюшную стенку

4) выделение кишечного содержимого из раны

13.Синдром, характерный для повреждения паренхиматозных органов брюшной полости

1) острого перитонита

2) нарушения функции желудочно-кишечного тракта

3) внутреннего кровотечения

4) острой дыхательной недостаточности

14. Перитонит развивается при повреждении

1) почек

2) кишечника

3) анального канала

4) селезенки

15. «Чаши Клойбера» на рентгенограмме характерны для

1) разрыва печени

2) кишечного кровотечения

3) кишечной непроходимости

4) перфорации кишечника

16. Для стимуляции кишечника в послеоперационном периоде не применяют

1) 10% раствор хлорида натрия

2) гипертоническую клизму

3) прозерин

4) атропин

17. Противопоказания к операции при остром аппендиците

1) старческий возраст

2) отсутствуют

3) гипертоническая болезнь

4) острая пневмония

18. При остром перитоните выполняется операция

1) диагностическая

2) плановая

3) срочная

4) экстренная

19. Симптом Кохера наблюдается при остром

1) аппендиците

2) холецистите

3) парапроктите

4) панкреатите

20. В общем анализе крови при остром аппендиците

1) ускорение СОЭ

2) анемия

3) лейкоцитоз

4) изменений нет

1. ***Темы для доклада***

1). Заболевания гинекологического профиля, приводящие к развитию «острого живота».

2). Лабораторная диагностика «острого живота».

1. ***Темы для презентации***

1). Рентгеноконтрастные методы диагностики желчевыводящей системы.

2). Патогенез печеночной недостаточности.

1. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1**

Больной 17 лет доставлен в приемный покой горбольницы с жалобами на боли в эпигастрии, рвоту через 2 часа после заболевания. С приемом пищи появление болей не связывает. Состояние удовлетворительное, пульс 90 ударов в минуту, АД-120/70 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, при пальпации болезненный в области пупка, кишечные шумы отчетливые, синдром Щеткина отрицательный. Температура тела 37, 2°С. Стул и мочеотделение не нарушены. Заболел впервые. В крови - лейкоцитоз 12000, Анализ мочи без изменений. Какое заболевание наиболее вероятно? Ваша тактика.

**Задача № 2**

Больная 28 лет доставлена в больницу с жалобами на боли в нижней половине живота Боли возникли внезапно по всему животу, имели постоянный характер. Нарушений стула не было. Задержки месячных нет. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37, 8°С. Живот мягкий, при пальпации болезненный в нижних отделах, больше справа, симптом Щеткина слабо положителен. Тахикардии нет. АД-120/70 мм рт. ст. Диурез в норме, анализ крови - лейкоцитоз 13000. Какое заболевание наиболее вероятно?' Что необходимо сделать для верификации диагноза?'

**Задача № 3**

Задача 3.Больной 27 лет госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в животе, жидкий стул, высокую температуру. Боли возникли внезапно, около 12 часов до поступления в больницу. Рвоты не было. Температура тела 37, 6°С. Объективно: живот вздут, резко болезненен во всех отделах, больше справа, здесь же определяется выраженная мышечная защита", положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Ваш диагноз.

**Задача № 4**

Больной 60 лет госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе. Заболел остро 4 дня назад, лечился самостоятельно от "отравления". Боли, возникшие в подложечной области, постепенно стихли. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37, 6°С. Язык обложен. Живот умеренно вздут, несколько болезненен в правой пахово-подвздошной области. Здесь же пальпируется плотное малоболезненное, несмещаемое образование 12x12 см округлой формы. В анализе крови - лейкоцитоз 12000. Ваш диагноз. Лечебная тактика.

**Задача № 5**

Больной 36 лет 4 дня назад перенес аппендэктомия по поводу острого флегмонозного аппендицита. Операция завершена ушиванием послеоперационной раны наглухо. Жалуется на боли в ране, высокую температуру, озноб. Состояние средней тяжести. Язык сухой. Живот вздут, ригиден, болезненен в нижних отделах, кишечные шумы отчетливые, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При ревизии послеоперационной раны на 3 сутки отделяемого не получено. Чем вызвано отклонение в течение послеоперационного периода? Ваши действия.

**Тема 5 «**Кишечные свищи»

**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***
	1. Причины образования наружных кишечных свищей и их профилактика.
	2. Классификация наружных кишечных свищей.
	3. Значение морфологии наружного кишечного свища в прогнозе течения заболевания.
	4. Значение уровня кишечного свища и количества кишечных потерь в прогнозе течения заболевания.
	5. Важнейшие лечебные и диагностические мероприятия при возникновении кишечного свища.
	6. Обтураторы и их значение в лечении больных с наружными кишечными свищами.
	7. Методы оперативного лечения.
	8. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных с кишечными свищами.
2. ***Тестовые задания***

1. Для кишечных свищей характерно:

A. Наличие дефекта в стенке кишки

B. Наличие отверстия на передней брюшной стенке с кишечным отделяемым

C. Присутствие патологического сообщения между кишечными петлями

D. Всегда характерен диффузный перитонит

E. Это гнойно-воспалительный процесс

2. Для сформированных кишечных свищей характерно:

A. Изолированное сообщение кишки с внешней средой

B. Изолированное сообщение между разными петлями кишечника

C. Сообщение кишки с гнойной полостью, которая, в свою очередь, сообщается с внешней средой

D. Изолированное сообщение с гнойным затеком

E. Сообщение со свободной брюшной полостью

3. При несформированном кишечном свище характерно:

A. Изолированное сообщение кишки с внешней средой посредством тонкого канала, выстланного эпителием

B. Сообщение кишки с внешней средой через гнойную полость

C. Сообщение между кишечником и другим полостным органом посредством тонкого канала

D. Сообщение между кишечником и другим полостным органом через гнойную полость

E. Прогноз для этих свищей хуже, чем при сформированных

свищах

4. Для высоких кишечных свищей, как правило, характерны

следующие утверждения:

А. Кишечные потери значительные и быстро приводят к декомпенсации

B. Не характерны гомеостатические нарушения (водносолевого, кислотно-щелочного и белкового обмена)

C. Объем потерь значительный

D. Кожа вокруг свища значительно раздражена

E. Пациенты с высокими свищами имеют хороший прогноз

5. Низкие кишечные свищи характеризуются:

A. Выраженными нарушениями водно-электролитного обмена

B. Характерна выраженная гипопротеинемия

C. Как правило, кишечные потери незначительны

D. Кожа вокруг свища, как правило, незначительно изменена

E. Прогноз низкого, сформированного свища благоприятный

6. Морфологически различаем следующие свищи:

A. Трубчатые

B. Цилиндрические

C. Губовидные

D. Смешанные

E. Полиморфные

7. Самый неблагоприятный прогноз характерен для свища,

расположенного на уровне:

A. Тощей кишки

B. Подвздошной кишки

C. Слепой кишки

D. Поперечно-ободочной кишки

E. Прямой кишки

8. В дистальном отделе кишки (ниже свища) происходят сле-

дующие изменения:

A. Гипертрофия эпителия

B. Атрофия слизистой

C. Атрофия мышечного слоя кишки

D. Компенсаторная гипертрофия мышечного слоя

E. Изменений нет

9. Причинами несформированных свищей могут быть:

A. Хирургические вмешательства с наложением кишечных анастомозов

B. Болезнь Крона

C. Травма

D. Хронический калькулёзный холецистит

E. Дивертикулит

10. Несформированные кишечные свищи могут осложниться:

A. Диффузным перитонитом

B. Пилефлебитом

C. Септицемией

D. Флегмоной передней брюшной стенки

E. Неспецифическим язвенным колитом

11. Прогноз кишечного свища зависит от:

A. Длительности наличия последнего

B. Уровня нахождения

C. Количества потерь

D. Наличия сопутствующих заболеваний

E. Не зависит от вышеуказанных факторов

12. Самопроизвольно закрыться может:

A. Губовидный свищ

B. Губовидный свищ с незначительными потерями

C. Несформированный свищ с большими потерями

D. Трубчатый свищ с низкими потерями

E. Все свищи со временем самопроизвольно закрываются

13. Показаниями к наложению стомы могут быть:

A. Катаральный аппендицит

B. Опухоль толстого кишечника, осложненная непроходимостью

C. Неспецифический язвенный колит

D. Аднексит

E. Дивертикулёз толстого кишечника, осложненный перитони-

том

14. У оперированных больных кишечный свищ может возникнуть как следствие:

A. Несостоятельности швов анастомоза

B. Интраоперационных повреждений кишечника

C. Как следствие фиксированной эвентрации

D. Как следствие чрезмерной деваскуляризации кишки

E. Длительного послеоперационого постельного режима

15. Показаниями к наложению стомы могут быть:

A. Рак толстой кишки

B. Острая кишечная непроходимость на фоне заворота кишечника

C. Проникающее ранение с повреждением кишки

D. Острый холецистит

E. Острый аппендицит

16. Для какого заболевания, из ниже указанных, характерно

образование свищей?

A. Язвенная болезнь

B. Дуоденостаз

C. Болезнь Крона

D. Синдром раздраженной кишки

E. Семейный полипоз

17. Специфическими признаками для наружного кишечного

свища являются:

A. Каловое отделяемое

B. Выделение газов

C. Желчные выделения

D. Температура

E. Диспептические явления

18. Для внутренних свищей специфичными являются признаки:

A. Диарея

B. Рвота

C. Каловые выделения из влагалища

D. Кишечное отделяемое при мочеиспускании

E. Ректорагия

19. Кахексия характерна у пациентов:

A. Со свищем тощей кишки

B. При свище подвздошной кишки

C. При низких трубчатых свищах

D. При параректальных свищах

E. При внутреннем подвздошно-тонкокишечном свище

20. Для определения уровня свища (локализации) необходимо:

А.УЗИ

B. Фистулография

C. Использование пробы с красителем (бриллиантовая зелень)

D. Пассаж Бaрия

E. Допплерография

1. ***Темы для доклада***
2. Этиология и патогенез кишечных свищей.
3. Клинические формы кишечных свищей.
4. ***Темы для презентации***
5. Лабораторная и инструментальная диагностика кишечных свищей.
6. Современные методы оперативного лечения кишечных свищей.
7. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1**

Больной З., 35 лет, оперирован по поводу острого гангренозного перфоративного аппендицита, разлитого перитонита. Послеоперационные период осложнился нагноением раны. На восьмой день после операции в рану стало поступать кишечное содержимое. Стул ежедневный.

Диагноз?

**Задача № 2**

У больного К., 35 лет, после резекции желудка по Бильрот-2 на шестой день повязка стала обильно промокать желчью. На двадцатый день после операции состояние больного тяжелое, признаки дегидратации, нарушения КОС, белкового обмена, анемия. Кожа вокруг раны мацерирована.

Диагноз?

**Задача № 3**

Больной А., 42 лет, госпитализирован с диагнозом: “трубчатый каловый свищ селезеночного угла толстой кишки”, возникший после огнестрельного ранения толстой кишки.

План специального обследования и лечения.

**Задача № 4**

У больной Б., 56 лет, после аппендэктомии образовался свищ с постоянным скудным выделением слизи, газа, кишечного содержимого.

Диагноз?

План обследования?

Тактика хирурга?

**Задача № 5**

Больной М., 35 лет, оперирован по поводу свища слепой кишки -наложен илеотрансверзоанастомоз по Грекову. Через свищевой ход продолжает поступать слизь, газы, каловые массы.

Причины?

Метод лечения?

**Задача № 6**

Больной К, 30 лет, оперирован 3 месяца назад по поводу ранения поперечно-ободочной кишки. Произведено пересечение поперечно-ободочной кишки с выведением проксимального конца в виде одноствольного полного губовидного свища. Периферический конец был ушит наглухо.

Методы обследования?

Тактика лечения?

Принцип операции?

**Тема 6 «**Трансфузиология»

**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. Организация деятельности по трансфузии (переливанию) донорской крови и (или) ее компонентов
3. Правила проведения трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов
4. Правила исследований при трансфузии (переливании) донорской крови и (или) ее компонентов
5. Правила и методы исследований при трансфузии (переливании) консервированной донорской крови и эритроцитсодержащих
6. Правила и методы исследований при трансфузии (переливании) свежезамороженной плазмы и тромбоцитного концентрата (тромбоцитов)
7. Правила переливания консервированной донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов
8. Правила проведения трансфузии (переливания) свежезамороженной плазмы
9. Правила трансфузии (переливания) криопреципитата
10. Правила трансфузии (переливания) тромбоцитного концентрата (тромбоцитов)
11. Правила трансфузии (переливания) концентрата гранулоцитов (гранулоцитов), полученных методом афереза
12. Правила трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов детям
13. Аутодонорство компонентов крови и аутогемотрансфузия
14. Посттрансфузионные реакции и осложнения
15. Формирование запаса донорской крови и (или) ее компонентов
16. Причины ошибок при определении группы крови, Rh принадлежности и проведении проб на индивидуальную совместимость и меры их предупреждения
17. Техника иммуносерологических исследований
18. Характеристика переносчиков газов крови и особенности их применения
19. ***Тестовые задания***

1. Резус-антиген, обладающий наиболее выраженными антигенными свойствами:

1) С-антиген

2) Д-антиген

3) Е-антиген

4) с-антиген

2. Перекрестный способ определения группы крови:

1) стандартными сыворотками

2) стандартными эритроцитами

3) цоликлонами

4) одновременно стандартными сыворотками и эритроцитами.

3. При определении группы крови цоликлонами определялась агглютинация с цоликлоном анти-А. Ваше заключение:

1) первая группа крови

2) вторая группа крови

3) третья группа крови

4) требуется дополнительное исследование.

4. Продолжительность определения реакции агглютинации при определении группы крови цоликлонами:

1) 3 минуты

2) 2 минуты 30 секунд

3) 4 минуты 30 секунд

4) 4 минуты

5. Прошло 4 минуты с момента начала определения группы крови по системе АВО. Агглютинация определялась с сывороткой А(II) группы:

1) продолжить наблюдение

2) определить группу крови заново

3) добавить физ. раствор

4) сделать заключение о группе крови

6. При определении группы крови на тарелке розового цвета агглютинация не определялась через 5 минут с сыворотками 4-х групп. Ваше заключение:

1) первая группа

2) добавить физ. раствор

3) четвертая группа крови

4) переделать определение групп крови

7. Назовите количество серий цоликлонов для определения групп крови:

1) одна

2) две

3) три

4) четыре

8. Больная К., 36 лет с резус-отрицательной кровью. В анамнезе кровь не переливалась, но было рождение резус-положительного ребенка. Назовите возможные осложнения у больной, если будет сделано переливание резус-положительных эритроцитов:

1) опасности возникновения гемолитического шока нет

2) вопрос не изучен

3) гемолитический шок может возникнуть

4) изменится резус-принадлежность больной

9.При определении группы крови по системе АВО сыворотками I, II, III групп не возникла агглютинация в капле с сывороткой третьей группы. Определите группу крови:

1) третья группа крови

2) первая группа крови

3) требуется дополнительное исследование

4) вторая группа крови

10. Возраст человека, при котором начинает определяться устойчивый титр агглютининов:

1) до рождения

2) в возрасте старше 2-х лет

3) к концу первого года жизни

4) к моменту рождения

11. Оптимальные условия для определения группы крови:

1) пластина находится неподвижно

2) пластину нужно слегка покачивать

3) 1 и 2 не имеют значения

4) пластину нужно слегка подогреть

12. При определении группы крови по системе АВО сыворотками одной серии

I, II, III групп не возникла агглютинация в капле с сывороткой третьей группы. Определите группу крови:

1) неправомочный результат

2) первая группа крови

3)вторая группа крови

4) третья группа крови

13. При определении группы крови цоликлонами определялась агглютинация с цоликлоном анти-В. Ваше заключение:

1) третья группа крови

2) вторая группа крови

3) неправомочный результат

4) требуются дополнительные исследования

14. Срок годности большого количества стандартных сывороток для определения группы крови закончился. Объясните дальнейшую тактику врача, ответственного за переливание крови в этой ситуации.

1) хранение и учет сывороток

2) использование сывороток для определения групп крови

3) проверка их годности на станции переливания крови и возможно использование

4) уничтожение сывороток

15. Имеются ли у «резус-отрицательного» человека антигены систем «резус»:

1) нет

2) да

3) вопрос не изучен

4) в исключительных случаях имеются

16. Возраст человека, при котором начинают определяться агглютиногены:

1) до рождения

2) в возрасте старше 2-х лет

3) в течение первого года жизни

4) в первые дни после рождения

17. Больному с резус-положительной кровью во время плановой операции врач решил перелить резус-отрицательную кровь. В анамнезе кровь не переливалась. Объясните правильность выбранной тактики:

1) тактика правильная

2) вопрос не изучен

3) тактика неправильная

4) можно перелить 500,0 крови

18. Разрушается ли при истинной агглютинации оболочка эритроцитов:

1) разрушается частично

2) нет

3) да

4) вопрос не изучен

19. Оптимальный цвет пластины для определения групп крови:

1) цвет не имеет значения

2) белый

3) розовый

4) голубой

20. При определении группы крови двумя сериями стандартных сывороток через 5 минут

агглютинация определялась с сыворотками I, II, III групп. Ваше заключение:

1) первая группа крови

2) четвертая группа крови

3) добавить физ. раствор

4) требуются дополнительные исследования

1. ***Темы для доклада***

1. Организация деятельности по трансфузии (переливанию) донорской крови и (или) ее компонентов.

2. Посттрансфузионные реакции и осложнения.

1. ***Темы для презентации***
2. Причины ошибок при определении группы крови, Rh принадлежности и проведении проб на индивидуальную совместимость и меры их предупреждения
3. Техника иммуносерологических исследований.
4. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1**

При определении группы крови перекрестным способом в сыворотке больного агглютинировали стандартные эритроциты А(II), В(III). Какая группа крови больного? Какая картина будет в этом случае в стандартных сыворотках?

**Задача № 2**

При определении группы крови в первой серии стандартной сыворотки В(III) –агглютинация, а во второй серии нет. Одновременно она произошла в обеих сериях сыворотки О(I). Как оценить результат исследования? Что предпринять для уточнения результата?

**Задача № 3**

При определении группы крови у больного циррозом печени агглютинировали стандартные эритроциты О(I), А(II), В(III) групп. Как оценить результат исследования? В чем причина подобного результата? Что предпринять?

**Задача № 4**

При перекрестном определении группы крови стандартные эритроциты О(I), А(II), В(III) агглютинации не дали. В стандартных сыворотках О(I), А(II), В(III) произошла агглютинация. Какая группа крови? Какая дополнительная проба необходима для подтверждения?

**Задача № 5**

Больному сепсисом и тяжелой анемией А(II) группы многократно переливалась одногруппная эритромасса. При определении его группы крови произошла агглютинация с сыворотками О(I), А(II), В(III) групп. Как оценить это явление? Как обеспечить больному необходимую трансфузию?

**Задача №6**

Почему кровь группы О(I) возможно перелить больному АВ(IV), а наоборот нельзя? Ведь встреча одноименных агглютиногенов и агглютининов происходит и в том и в другом случае? На основании какого правила Вы объясните выше указанное утверждение?

**Задача № 7**

Почему кровь «опасного» универсального донора нельзя использовать для трансфузии? Рассмотрите теоретически возможные последствия переливания крови этого донора больным О(I), А(II), В(III) и АВ(IV) групп крови.

**Тема 7 «**Антибиотикоассоциированная диарея у хирургических больных»

**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***

1. Кишечная микробиота человека

2. Основные компоненты нормальной микробиоты человека.

3. Формирование кишечной микробиоты у человека.

4. Роль нарушения баланса кишечной микробиоты в развитии различных заболеваний.

5. Антибиотикоассоциированная диарея.

6. Эпидемиологические особенности Clostridium difficile.

7. Группы риска развития антибиотикоассоциированной диареи и C. difficile –ассоциированной диареи.

8. Патогенез развития антибиотикоассоциированной диареи и C.difficile –ассоциированной диареи.

9. Диагностика антибиотикоассоциированной диареи и C.difficile –ассоциированной диареи.

10. Лечение антибиотикоассоциированной диареи и C.difficile – ассоциированной диареи.

11. Эпидемиологические особенности антибиотикоассоциированной диареи.

12. Связь курса антибактериальной терапии и развития антибиотикоассоциированной диареи и C.difficile –ассоциированной диареи.

13. Оценка факторов риска развития антибиотикоассоциированной диареи и C.difficile –ассоциированной диареи.

.

14. Антисекреторная терапия.

15. Ранний послеоперационный период (первые 7 дней после

оперативного вмешательства).

16. Подходы к терапии антибиотикоассоциированной диареи.

17. Комбинированные пробиотические препараты (Bifidobacterium infantis+Enterococcum faecium+ Lactobacillus acidophilus).

18. Эмпирическая терапия антибиотикоассоциированной диареи и

C.difficile–ассоциированной диареи в стационаре.

 ***Тестовые задания***

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА

*1.Clostridiuт perjfingens*

2.С. *difficile*

3.С. *histolyticuт*

*4.Prevotella disiens*

*5.Bacteroides fragilis*

1. ВОЗБУДИТЕЛЯ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА РЕДКО ВЫДЕЛЯЮТ ИЗ
2. фекалий здоровых детей
3. фекалий здоровых взрослых
4. почвы
5. сточной воды
6. кишечника животных
7. ОСНОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ
8. раздельное питание
9. здоровый образ жизни
10. плановая вакцинация
11. использование одноразовых шприцев
12. рациональная антибиотикотерапия
13. Основную массу микробной флоры тонкой кишки составляют:

а) пилорические хеликобактерии;

б) кишечная палочка;

в) лактобактерии;

г) микрофлора отсутствует.

1. Основную массу микробной флоры толстой кишки составляют:

а) бифидобактерии и бактероиды;

б) бифидобактерии и кишечная палочка;

в) бифидобактерии и лактобактерии;

г) кишечная палочка и энтеробактерии.

1. К числу основных функций кишечной микрофлоры не относится:

а) синтез витаминов группы В;

б) участие в метаболизме компонентов желчи;

в) подавление роста патогенной флоры;

г) синтез иммуноглобулинов.

1. В патогенезе микробной контаминации тонкой кишки не имеет значения:

а) желудочная гипосекреция;

б) желудочная гиперсекреция;

в) ретроградный заброс химуса через илеоцекальный клапан;

г) запор.

1. При назначении антибактериальных препаратов широкого спекта действия в кишечнике происходит:

а) подавление размножения бактерий в пищеварительном тракте;

б) снижение продукции секреторного иммуноглобулина А;

в) размножение устойчивых эндогенных штаммов бактерий;

г) снижение бактерицидных свойств клеточных структур слизис­той оболочки тонкого кишечника.

1. К числу осложнений дисбактериоза толстой кишки относится:

а) перфорация стенки кишечника;

б) сепсис;

в) псевдомембранозный колит;

г) паралитический илеус.

1. Дисбактериоз толстой кишки не может быть:

а) протейным;

б) стафилококковым;

в) бифидобациллярным;

г) клостридиозным.

1. В клинической картине дисбактериоза тонкой кишки отсутствуют признаки:

а) запора;

б) диареи секреторного типа;

в) энтерита;

г) метаболических расстройств;

д) дефицита жирорастворимых витаминов.

1. При дисбактериозе толстой кишки в клинической картине не может быть:

а) пищевой аллергии;

б) диареи;

в) запора;

г) кишечного кровотечения.

1. Псевдомембранозный колит обусловлен избыточным размножением в кишечнике:

а) гемолитического стафилококка;

б) синегнойной палочки;

в) патогенных микробов семейства кишечной палочки;

г) цитробактера.

1. Механизм действия пробиотиков обусловлен:

а) стабилизацией клеточных мембран кишечного эпителия;

б) стимуляцией продукции секреторного иммуноглобулина А;

в) стимуляцией пролиферации эпителия слизистой тонкой кишки;

г) конкурентным вытеснением условно-патогенной и патогенной флоры в кишечнике.

1. При ДК I степени тяжести показано назначение:

а) курсов кишечных антисептиков;

б) курсов пробиотиков;

в) курсов пребиотиков:

г) пищевых молочных продуктов, обогащенных бифидо- и ацидобактериями.

1. При ДК II степени тяжести целесообразны:

а) кишечные антисептики;

б) пробиотики;

в) пребиотики;

г) пищевые продукты, обогащенные бифидо- и лактобактериями.

1. При ДК III-IV степени тяжести достаточно назначения только:

а) кишечных антисептиков;

б) иммуностимуляторов;

в) эубиотиков;

г) комплексного лечения.

1. Диетическое питание при дисбактериозе толстой кишки предполагает:

а) ограничение количества белка в рационе;

б) включение пектинов и пищевых волокон;

в) предпочтение легкоусвояемых углеводов;

г) использование молочных продуктов, обогащенных бифидо- и ацидофлорой.

***Темы для доклада***

1. Патогенез развития антибиотикоассоциированной диареи и C.difficile –ассоциированной диареи.
2. Лечение антибиотикоассоциированной диареи и C.difficile – ассоциированной диареи.

 ***Темы для презентации***

1. Антибиотикоассоциированная диарея

2. Диагностика антибиотикоассоциированной диареи и C.difficile –ассоциированной диареи..

***Ситуационные задачи***

***Задача№1***

Б-ой Ш., 28 лет, обратился в связи с тупыми ноющими болями в животе по ходу кишечника, неустойчивым кашицеобразным стулом с примесью слизи до 3-4 раз в день, метеоризмом, плохим аппетитом, похуданием, снижением физической и умственной работоспособности. Считает себя больным в течение года. Полтора года назад проходил интенсивное лечение по поводу простатита ампициллином и ципрофлоксацином. Имеет 8-месячного ребенка, который с первых дней жизни страдает стафилококковым энтероколитом. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Питания несколько пониженного, кожные покровы и слизистые обычной окраски, повышенной влажности. Со стороны сердца и легких без особенностей. Язык влажный с белым налетом у корня. Живот несколько вздут, мягкий, чувствительный при пальпации в околопупочной области. Печень и селезенка не пальпируются. В анализе крови Нв 128 г/л, Л 8,9х109/л, Э-2%, Б-1%, П-3%, С-74%, Л-16%, М-4%, СОЭ 22 мм/ч. Анализ мочи без отклонений от нормы. В копрограмме: консистенция кала мазевидная, неизмененные и измененные мышечные волокна (+), переваримая клетчатка (+), зерна крахмала (++), скудный жировой детрит, лейкоциты 1-2, эритроцитов нет, примесь слизи. При исследовании микробного состава кала выявлено:

|  |  |
| --- | --- |
| **Микрофлора** | **Количество** |
| Кишечная палочка (общее количество) | 3х104 |
| Кишечная палочка со слабо выраженными ферментативными свойствами | До 10% |
| Патогенные микробы семейства кишечной палочки | нет |
| Кишечная палочка с гемолизирующими свойствами | До 20% |
| Молочнокислые бактерии | 105 |
| Лактозонегативные энтеробактерии | До 15% |
| Кокковые формы ( в т.ч. стрептококки) в общей сумме микробов | До 60% |
| Бифидобактерии | 106 |
| Бактероиды | 106 |
| Энтерококки | 105 |
| Стафилококки с гемолизирующими свойствами (золотистый) | 103 |
| Протей | - |
| Клостридии | - |
| Грибы рода Кандида | 103 |

Поставьте диагноз. Назначьте поэтапное лечение.

*Эталон ответа*: у б-ного Ш. имеет место синдром раздраженного кишечника (с преобладанием диареи), ассоциированный со стафилокок­ковым дисбактериозом тонкого и толстого кишечника III степени тя­жести, локальная форма, декомпенсированное течение. Лечение на первом этапе следует начать с назначения стафилококкового бакте­риофага по 25-30 мл 2 раза в день курсом до 10 дней, при недостаточном эффекте показан курс кларитромицина по 0,5 г 2 раза в день курсом в 5 дней. Антимикробные средства показаны в сочетании с ферментными препаратами (панзинорм по 1 таблетке после еды) и регуляторами мото­рики (дебридат по 0,1 г 3 раза в день). На втором этапе должны быть наз­начены пробиотики, содержащие аэробные и анаэробные штаммы, на­пример, линекс по 6 капсул в день или бификол по 10 доз 2 раза в день на срок не менее 4 недель. Их целесообразно сочетать с пребиотиком хила­ком форте по 30 капель 3 раза в день. На третьем этапе показаны поддер­живающие курсы терапии: 10 дней каждого месяца в течение полугода пробиотики и витаминно-минеральные комплексы. Показано употребле­ние в пищу молочных продуктов, обогащенных бифидофлорой. Необхо­дима санация кишечника у сына больного.

***Задача№2***

Больная Б., 64 лет, обратилась в связи с распирающими болями в левой половине живота, метеоризмом, кашицеобразным стулом с комками и пленками серой слизи 4-5 раз в день, плохим аппетитом. Больна 4 месяца. Кишечные жалобы возникли во время стационарного лечения обострения хронического бронхита. За время болезни похудела на 4 кг. При осмотре: несколько пониженного питания. В легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания единичные рассеянные сухие хрипы. Пальпация живота чувствительна по ходу толстого кишечника с урчанием в области сигмовидной кишки, печень по реберному краю. В анализе мокроты рост дрожжевидных грибов. Ирригоскопия выявила неравномерный пассаж бария по кишечнику, увеличенное количество гаустраций в области поперечно-ободочной кишки. Исследование кала обнаружило:

|  |  |
| --- | --- |
| **Микрофлора** | **Количество** |
| Кишечная палочка (общее количество) | 3х106 |
| Кишечная палочка со слабо выраженными ферментативными свойствами | 15% |
| Патогенные микробы семейства кишечной палочки | - |
| Кишечная палочка с гемолизирующими свойствами | 10% |
| Молочнокислые бактерии | 5х105 |
| Лактозонегативные энтеробактерии | 12% |
| Кокковые формы ( в т.ч. стрептококки) в общей сумме микробов | До 25% |
| Бифидобактерии | 4х106 |
| Бактероиды | 107-109 |
| Энтерококки | 105 |
| Стафилококки с гемолизирующими свойствами | - |
| Протей | - |
| Клостридии | - |
| Грибы рода Кандида | 3х105 |

В копрограмме: единичные мышечные волокна и зерна крахмала, переваримая клетчатка (+++), лейкоциты 0-1 в поле зрения.

Поставьте диагноз заболевания кишечника. Постройте дифференциально-диагностический ряд. Назначьте поэтапное лечение.

*Эталон ответа:* У б-ной Б. имеет место синдром раздраженного кишечника (преимущественно с диареей), ассоциированный с кандидамикозным дисбактериозом толстого кишечника III степени тяжести, локальная форма, декомпенсированное течение. Дифференциальная диагностика должна проводиться, в первую очередь, с раком толстого кишечника. На первом этапе показано эрадикационное лечение нистатином внутрь по 1,5-2 млн/сутки 10-14 дней. На втором этапе должны быть назначены пробиотики, например, бифидумбактерин по 5 доз 2 раза в день длительно (до 1 месяца) в сочетании с пребиотиком хилаком форте по 30 капель 3 раза в день. Одновременно больной показаны регуляторы кишечной моторики ( координакс по 10 мг 3 раза в день), ферментные препараты и пеногасители (панкреофлат по 1 таблетке 3 раза в день), а также стимуляторы иммунитета (имунофан по 1 мл п/к или в/м каждый третий день курсом из 10 инъекций). На третьем этапе целесообразно проведение пульс-терапии в течение полугода с назначением нистатина и пробиотиков 10 дней каждого месяца и длительный пищевой прием молочных продуктов, обогащенных бифидофлорой.

**Тема 8 «**Заболевания щитовидной железы»

**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***

1. Методы исследования при заболеваниях щитовидной железы.

2. Дифференциальная диагностика заболеваний щитовидной железы.

3. Клиническая картина форм тиреотоксического зоба, особенности эндемического зоба.

4. Классификация заболеваний щитовидной железы.

5. Показания к операциям на щитовидной железе.

6. Принципы предоперационной подготовки.

7. Профилактика заболеваний щитовидной железы, диспансерное наблюдение.

***Тестовые задания***

1. Больная 30 лет поступила с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, немотивированные колебания настроения. При осмотре обнаружено диффузное увеличение обеих долей щитовидной железы. Положительные глазные симптомы: расширение глазных щелей, редкое мигание. Пульс - 115 уд./мин. В течение 2 лет периодически лечилась тиреостатическими препаратами без большого эффекта. Поставлен диагноз: диффузный зоб 3 степени с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести. Лечебная тактика?

1) срочная субтотальная струмэктомия;

2) лечение тиреостатическими препаратами;

3) субтотальная резекция щитовидной железы после подготовки антитиреоидами;

4) лечение радиоактивным йодом;

5) гемиструмэктомия после подготовки.

2. У больной 30 лет выявлено плотной консистенции опухолевидное образование в правой доле щитовидной железы размерами 2x2 см. Периферические лимфоузлы не увеличены. Данные радиоизотопного сканирования подтверждают диагноз: узловой эутиреоидный зоб. Лечение?

1) резекция части доли щитовидной железы с узлом;

2) субтотальная струмэктомия;

3) гемиструмэктомия;

4) вылущивание опухоли;

5) консервативное лечение.

3. На 2-й день после операции по поводу диффузного токсического зоба у больного внезапно появилось двигательное и психическое возбуждение, тахикардия 130 уд./мин, температура тела 39,8°С. Диагноз?

1) гиперпаратиреоз;

2) гипопаратиреоз;

3) тиреотоксический шок;

4) гипотиреоз;

5) тиреоидит оставшейся части щитовидной железы.

4. Больной 35 лет произведена субтотальная резекция щитовидной железы по поводу тиреотоксического зоба. На следующий день появились жалобы на слабость, затруднение глотания, распирающие боли в левой половине шеи. Снята повязка. При осмотре обнаружена выраженная припухлость левой половины шеи мягкой консистенции. Из раны небольшое кровянистое отделяемое. Тактика?

1) пункция, отсасывание отделяемого;

2) снять швы, удалить сгустки, остановить кровотечение;

3) гемостатическая терапия;

4) холод на левую половину шеи;

5) антибиотикотерапия.

5. У больной, оперированной по поводу диффузного зоба с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести, на следующий день после операции отмечаются парестезии в области кончиков пальцев рук, ощущение «мурашек». Затем появился симптом «руки акушера», боли в мышцах предплечий. Какое осложнение можно предположить у больной?

1) гипотиреоидная реакция;

2) гипертиреоидная реакция;

3) паратиреоидная недостаточность;

4) гиперпаратиреоидоз;

5) повреждение n.vagus.

6. Больная 60 лет жалуется на раздражительность, непереносимость жары, похудание, сердцебиение, повышенную потливость. Отмечается нарушение ритма сердечных сокращений. Глазные симптомы отсутствуют. При пальпации щитовидной железы определяется узел с четкими границами, не спаянный с окружающами тканями, смещающийся при глотании. Диагноз?

1) узловой токсический зоб;

2) рак щитовидной железы;

3) киста щитовидной железы;

4) абсцесс щитовидной железы;

5) холодная аденома щитовидной железы.

7. Больная 25 лет при поступлении в отделение жалуется на общую слабость, быстрые смены настроения, раздражительность, плаксивость, утомляемость. Беспокоит также опухолевидное образование на передней поверхности шеи. При осмотре: увеличение обеих долей щитовидной железы 3 ст., положительные глазные симптомы. Тахикардия 120 уд./мин. При пальпации щитовидная железа эластичной консистенции, диффузно увеличены обе доли. Диагноз?

1) токсическая аденома;

2) диффузный токсический зоб;

3) рак щитовидной железы;

4) струмит;

5) тиреоидит.

8. Больная 30 лет поступила с жалобами на боли при глотании и увеличение левой доли щитовидной железы. Из анамнеза известно, что недавно больная перенесла фолликулярную анги-ну. При осмотре: температура 38°С, левая доля щитовидной железы увеличена, уплотнена, болезненна. Пульс - 100 уд./мин. В анализе крови: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ - 30 мм/час. Основной обмен 25%. Диагноз?

1) тиреотоксический зоб;

2) эутиреоидный зоб;

3) острый тиреоидит;

4) шейный лимфаденит;

5) абсцесс щитовидной железы.

9. Больной 45 лет был прооперирован по поводу гипертиреоидного зоба. Сразу же после операции появилась осиплость голоса, больной стал поперхиваться. Какое осложнение струмэктомии возникло у данного больного?

1) повреждение трахеи;

2) повреждение возвратного гортанного нерва;

3) инородное тело гортани;

4) гематома;

5) тиреотоксический криз.

10. Больная 30 лет поступила с жалобами на опухолевидное образование на передней поверхности шеи, которое появилось 5 лет назад и с тех пор медленно увеличивалось. В левой доле щитовидной железы при пальпации определяется плотное образование с гладкой поверхностью размерами 8x5 см, безболезненное. Пульс 78 уд/инн. Основной обмен 10%. Какое лечение показано этой больной?

1) субтотальная резекция щитовидной железы;

2) энуклеация узла;

3) резекция левой доли железы;

4) струмэктомия с удалением регионарных лимфоузлов;

5) паратиреоаденомэктомия.

11. У больной 60 лет 10 лет назад диагностирован узловой эутиреоидный зоб размерами 5x3 см. За последние полгода образование увеличилось вдвое, ухудшилось общее состояние больной, появились слабость, быстрая утомляемость. При пальпации поверхность щитовидной железы неровная, консистенция плотная. Образование малоподвижное. Лимфоузлы на левой половине шеи увеличены, плотные. Диагноз?

1) острый тиреоидит;

2) тиреотоксический узловой зоб;

3) эутиреоидный узловой зоб;

4) малигнизация зоба;

5) паратиреоаденома.

12. Больной 40 лет заболел остро: озноб, слабость, затруднение глотания, боли в области шеи с иррадиацией в уши, голову, усиливающиеся при поворотах, температура 38°С. Больного беспокоит потливость. При пальпации щитовидная железа увеличена, болезненна, не спаяна с окружающими тканями, уплотнена, флюктуирующих участков нет. Подчелюстные, шейные лимфоузлы не увеличены. В анализе крови: СОЭ до 21 мм/ч, относительный лимфоцитоз. При исследовании накопления йода щитовидной железой на сканограмме участки просветления, накопление понижено. Диагноз?

1) флегмона шеи;

2) кровоизлияние в узловой зоб;

3) острый тиреоидит;

4) инфицированная киста шеи;

5) диффузный токсический зоб.

13. Больная поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больна 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен - 30%. При физикалыюм обследовании больной никакой патологии не выявлено. При рентгенологическом исследовании в переднем средостении на уровне II ребра справа определяется образование округлой формы размером 5x5 см с четкими границами. Какое дополнительное исследование необходимо для уточнения диагноза?

1) пункционная биопсия;

2) сканирование щитовидной железы;

3) анализ крови (эозинофилия) для исключения эхинококковой кисты;

4) в/кожная проба с эхинококковым диагностикумом;

5) медиастиноскопия.

14. Какой метод диагностики следует избрать как наиболее исчерпывающий при подозрении на малигнизацию узлового зоба?

1) пункционная биопсия;

2) радиоизотопное исследование функции железы;

3) сцинтиграфия железы;

4) УЗИ щитовидной железы;

5) компьютерная томография железы.

15. У больной 50 лет диагностирован рак щитовидной железы. При осмотре определяется плотный узел в правой доле, лимфоузлы 3x4 см по ходу кивательной мышцы плотные, увеличенные, безболезненные. Как радикально лечить больную?

1) энуклеация узла;

2) субтотальная струмэктомия;

3) лучевая терапия;

4) гемиструмэктомия справа;

5) струмэктомия с удалением регионарных лимфоузлов.

16. Больная 24 лет поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больна 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен +30%. При рентге-носкопии в переднем средостении образование округлой формы 5x5 см с четкими контурами. Легочная ткань прозрачна. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

1) рентгенография грудной клетки и пищевода;

2) пневмомедиастиноскопия;

3) радиоизотопное сканирование щитовидной железы;

4) ультразвуковое сканирование щитовидной железы;

5) все перечисленное.

17. При биохимическом исследовании крови выявлены: гиперкальциемия, гипофосфатемия. При рентгенологическом исследовании обнаружен остеопороз костей. Стернальная пункция без особенностей. Диагноз?

1) миеломная болезнь;

2) остеопороз костей таза;

3) фиброзная дисплазия;

4) гиперпаратиреоз;

5) болезнь Педжета.

18. При выявлении солитарного узла в щитовидной железе показано: а) сканирование щитовидной железы; б) рентгенологическое исследование грудной клетки и трахеи; в) определение гормонов щитовидной железы; г) определение антител щитовидной железы; д) ультразвуковое исследование щитовидной железы; е) диагностическая пункция. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в;

2) г, д, е;

3) все методы исследования показаны;

4) б, в, д, е;

5) а.

19. У больной 46 лет с жалобами на чувство тяжести за грудиной и непостоянную одышку при физической нагрузке при рентгенологическом исследовании грудной клетки за рукояткой грудины выявлена опухоль с четкими контурами, 8 см в диаметре, смещающая трахею вправо. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, мягкой консистенции. Ваш диагноз?

1) загрудинный зоб;

2) тимома;

3) тератома;

4) дермоидная киста;

5) лимфома.

20. У больной 35 лет через двое суток после субтотальной резекции щитовидной железы по поводу диффузного тиреотоксического зоба появились онемение кончиков пальцев рук, скованность в конечностях, подрагивание мышц лиц. Диагноз?

1) повреждение верхнего гортанного нерва во время операции;

2) гипотиреоз;

3) гипопаратиреоз вследствие операционной травмы паратиреоидных желез;

4) гиперпаратиреоз;

5) тиреотоксический шок.

***Темы для доклада***

1. Методы исследования при заболеваниях щитовидной железы.
2. Дифференциальная диагностика заболеваний щитовидной железы.

 ***Темы для презентации***

1. Классификация заболеваний щитовидной железы.

2. Показания к операциям на щитовидной железе.

***Ситуационные задачи***

***Задача№1***

Больная 60 лет, поступила в клинику с жалобами на наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, одышку.

Из анамнеза известно, что у больной 15 лет назад был диагностирован узловой зоб. От предложенного хирургического лечения больная отказалась. Последний год щитовидная железа стала быстро разрастаться, стала более плотной, появились одышка, чувство сдавления шеи, общая слабость.

Объективно: пульс 80 в мин. удовлетвори тельных качеств. АД 160/90 мм рт. ст. На передней поверхности шеи справа имеется опухолевидное образование размерами 6х4см, которое смещается при глотании. При пальпации образование плотной консистенции, безболезненное, кожа над ним не изменена, смещаемость сохранена. Шейные лимфоузлы не увеличены.

Гормоны сыворотки: Т3, Т4 в норме.

Анализ крови без отклонения от нормы.

Ваш предварительный диагноз?

С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

Как можно верифицировать диагноз?

План лечения?

***Задача№2***

Больная 34 лет, поступила в клинику с жалобами на раздражительность, сердцебиение, боли за грудиной, одышку, увеличение щитовидной железы, общую слабость.

Считает себя больной в течение 1,5 лет. Начало заболевания связывает с перенесенным гриппом. Лечилась амбулаторно мерказолилом и препаратами йода. Ремиссии были кратковременными. В последнее время состояние ухудшилось: усилилось сердцебиение, увеличилась щитовидная железа, появился экзофтальм, потливость.

Объективно: больная раздражительная, вспыльчивая. Пульс 112 в мин. удовлетворительных качеств. АД 130/70 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево, на верхушке прослушивается систолический шум. Экзофтальм выражен, положительные симптомы: Грефе, Мебиуса, Штельвага. Щитовидная железа увеличена плотноэластической консистенцией. Шейные лимфоузлы не увеличены.

ЭКГ – синусовая тахикардия, умеренные дистрофические изменения в миокарде.

Гормоны сыворотки: Т3, Т4 повышены, ТТГ низкий.

Сцинтиграфия щитовидной железы: щитовидная железа увеличена в размерах, расположена обычно, активно поглощает изотоп. Поглощение J131: через 2 часа – 45%, 4 часа – 50%, 24 часа – 55%.

Сформулируйте клинический диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Тактика и план лечения?

***Задача№3***

Больной 69 лет, поступил в клинику с жалобами на опухолевидное образование в области шеи слева.

Считает себя больным в течение 2 месяцев, когда во время профосмотра было обнаружено опухолевидное образование в области шеи слева.

Объективно: пульс 76 в мин. удовлетворительных качеств. АД 150/80 мм рт. ст. При пальпации в левой доле щитовидной железы определяется опухолевидное образование размерами 2,3х2см с четкими контурами, безболезненное, эластической консистенции, смещается при глотании. Шейные лимфоузлы не увеличены.

УЗИ: левая доля несколько увеличена, в ней определяется жидкостное образование 2,7х2,2см с четкой капсулой.

Гормоны сыворотки Т4 - 100 нмоль/л, Т3 - 1,7 нмоль/л. Анализ крови без отклонений от нормы.

Ваш клинический диагноз?

С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

Какие исследования позволят точнее определить природу опухолевидного образования?

***Задача№4***

Женщина 36 лет, обратилась врачу в поликлинике с жалобами на деформацию шеи, создающую косметические неудобства.

Опухолевидное образование на передней поверхности шеи она заметила 6 месяцев назад, его возникновение ни с чем не связывает. За истекшее время размеры образования не изменились.

Объективно: пульс 60 в мин., АД 120/80 мм рт. ст.

Локальный статус: опухолевидное образование с четкими контурами, размером 4х3см, занимает переднюю и отчасти правую боковую поверхности шеи. Его нижняя граница на 1 см не достигает яремной вырезки грудины. Пальпаторно: образование мягкое, смещается при глотании, безболезненное, с кожей не спаяно. Кожа над ним не изменена. Лимфатические узлы шеи не увеличены.

Гормоны сыворотки: Т4 – 100 нмоль/л, Т3 – 1,6 нмоль/л. УЗИ: правая доля щитовидной железы 5,5х3,3см, левая доля 3,0х2,5см, правая доля содержит два жидкостных образования размерами 2,0х1,5см и 1,0х1,0см.

Результат цитологического исследования: пунктат содержит коллоид, клетки фолликулярного эпителия, эритроциты.

Какие заболевания необходимо дифференцировать в данном случае?

Сформулируйте клинический диагноз?

Тактика и план лечения?

***Задача№5***

Больная 52 лет, поступила в клинику с жалобами на опухолевидное образование на передней поверхности шеи общую слабость, раздражительность, одышку, сердцебиение.

4 месяца назад появилась раздражительность, общая слабость. Позже – снижение массы тела, сердцебиение, одышка. На передней поверхности шеи справа больная прощупала плотное опухолевидное образование.

Объективно: пульс 88 в мин. удовлетворительных качеств, АД 160/80 мм рт. ст. Глазные щели умеренно расширены, отмечается блеск глаз. Границы сердца в пределах возрастной нормы. На передней поверхности шеи справа определяется опухолевидное образование округлой формы размерами 4х4см, плотной консистенции, безболезненное, смещаемое при глотательных движениях и пальпации. Шейные лимфоузлы не увеличены.

Гормоны сыворотки: Т3 – 3,8 нмоль/л, Т4 – 140 нмоль/л. УЗИ: правая доля щитовидной железы увеличена, в ней определяется узел 3,5х3,5см, капсула выражена. Результат цитологического исследования: пунктат содержит клетки фолликулярного эпителия, эритроциты. Сканирование щитовидной железы: в правой доле выявлен «горячий» узел.

Какие заболевания нужно дифференцировать в данном случае?

Сформулируйте клинический диагноз?

Тактика и план лечения?

***Задача№6***

У больного 45 лет, произведена энуклеация узла из перешейка щитовидной железы по поводу узлового зоба. Результат гистологического исследования - фолликулярная аденокарцинома. Осмотрен через три недели после операции рецидив и метастазы не выявлены.

Какие ошибки были допущены во время операции?

Дальнейшая тактика?

План лечения?

***Задача№7***

Больная 34 лет, перенесла субтотальную резекцию щитовидной железы по поводу диффузного токсического зоба. На второй день после операции появились парастезии в области кончиков пальцев рук, ощущения «мурашек», затем появился симптом «руки акушера», боли и судороги в верхних конечностях.

Кальций крови – 1,6 ммоль/л, фосфор крови – 2,0 ммоль/л.

Какое осложнение возникло у больной в послеоперационном периоде?

Возможная причина его возникновения?

План лечебных мероприятий?

***Задача№8***

У больной 25 лет в стационаре по поводу кистозного зоба произведена тонкоигольная биопсия кисты. При пункции получено до 2 мл прозрачной желтоватого цвета жидкости. Результат цитологического исследования: в пунктате коллоид, клетки фолликулярного эпителия, эритроциты. УЗИ щитовидной железы: если до пункции киста была размерами 2,5х2,3см, то после ее она уменьшилась до 0,5х0,5см.

Какова дальнейшая тактика?

Какой метод лечения выбрать?

***Задача№9***

В ходе медицинского осмотра в поликлинике перед приемом на работу у мужчины 50 лет выявлен бессимптомный узел в щитовидной железе. Узел смещается при глотании, хорошо отграничен, подвижен, безболезненный при пальпации. Шейные лимфоузлы не увеличены. Среди родственников больных раком щитовидной железы нет.

Ваш предположительный диагноз?

Дифференциальная диагностика?

Какие из исследований позволят точнее определить природу узла?

***Задача№10***

Больная 40 лет, перенесла субтотальную резекцию щитовидной железы по поводу полинодозного зоба III ст. Через 2 часа после операции появились жалобы на затруднение дыхания, промокание повязки кровью.

Объективно: повязка промокла кровью. Пульс 95 в мин., АД 110/70 мм рт. ст. Отмечается шумное дыхание до 30 в мин., заметное выбухание и напряжение тканей в области раны на шее.

Какое из послеоперационных осложнений возникло у больной?

Что необходимо предпринять в первую очередь?

План дальнейших действий врача?

***Задача№11***

Больная 38 лет, оперирована в клинике по поводу диффузного токсического зоба средней тяжести. Через 8 часов после субфасциальной субтотальной резекции щитовидной железы повысилась температура тела до 38,6оС, пульс до 150 в мин., АД 150/80 мм рт. ст. Появилось психомоторное возбуждение, многократная рвота, резкая потливость.

Возможные причины ухудшения состояния больной после операции?

Какое осложнение возникло в послеоперационном периоде?

План лечебных мероприятий?

**Тема 8 «**Трансплантология»

**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. История трансплантации
3. Терминология и классификация
4. Юридические аспекты трансплантации
5. Иммуносупрессивная терапия
6. Органные доноры
7. Техника изъятия донорских органов
8. Способы консервации донорских органов
9. Принципы распространения донорских органов
10. Трансплантационные аспекты смерти мозга
11. Социальные аспекты органного донорства
12. Техника изъятия почек
13. Операция трансплантации почки
14. Ведение после трансплантации. Осложнения
15. Трансплантация сердца. Показания и противопоказания
16. Подбор донора сердца
17. Техника изъятия сердца
18. Техника пересадки сердца
19. Иммуносупрессия и ведение больного. Результаты
20. Осложнения. Реабилитация

***Тестовые задания***

1. Пересадка клеток, тканей и органов называется

а) регенерация

б) имплантация

в) трансплантация

г) плацентация

1. Компоненты, необходимые для трансплантации

а) донор, реципиент, трансплантат

б) трансплантат

в) банк органов и тканей

г) донор, реципиент, искусственная среда

1. Виды трансплантации

а) аутотрансплантация, аллотрансплантация, ксенотрансплантация, эксплантация

б) имплантация, гомотрансплантация, эксплантация

в) гомотрансплантация, гетеротрансплантация,

г) аутотрансплантация, плацентация, гетеротрансплантация

1. Аутотрансплантация – это

а) пересадка трансплантата, полученного от организма другого вида

б) пересадка трансплантата, полученного от организма того же вида

в) пересадка тканей в пределах одного организма

г) пересадка материала из организма в искусственную среду

1. Аллотрансплантация – это пересадка материала

а) между организмами разных видов

б) в пределах одного организма

в) между двумя организмами одного вида

г) в искусственную среду

1. Исключите неверный ответ. Примером аллотрансплантации является

а) использование «шагающего стебля»

б) реплантация зуба

в) использование ребра для восстановления дефекта нижней челюсти

г) пересадка почки

1. Синоним ксенотрансплантации

а) аллотрансплантация

б) гетеротрансплантация

в) аутотрансплантация

г) гомотрансплантация

1. Пересадка органов и тканей между организмами разного вида называется

а) аутотрансплантация

б) гомотрансплантация

в) аллотрансплантация

г) ксенотрансплантация

1. Исключите неверный ответ. Ксенотрансплантация – это пересадка материала

а) от человека к человеку

б) от собаки к собаке

в) от обезьяны к собаке

г) от обезьяны к обезьяне

1. Эксплантация – это

а) пересадка трансплантата, полученного от организма другого вида

б) пересадка трансплантата, полученного от организма того же вида

в) пересадка тканей в пределах одного организма

г) пересадка материала из организма в искусственную среду

1. В практической медицине не используется

а) аутотрансплантация

б) аллотрансплантация

в) ксенотрансплантация

г) пересадка тканей и органов в искусственную среду

1. Материал, неиспользуемый для аллотрансплантации

а) трупные ткани

б) ткани живого организма

в) целые органы, полученные от реципиента

г) эмбриональные зачатки

1. Материал, используемый при аллотрансплантации для лечении ожогов

а) трупная ткань

б) эмбриональный зачатки

в) здоровая ткань

г) целые органы

1. Наиболее часто трансплантируемые органы и ткани

а) костная ткань

б) половые органы

в) почки, кожа

г) сосуды

1. Впервые пересадку сердца у земноводных осуществил

а) В.П.Демихов

б) Н.П.Синицын

в) В.И.Шумаков

г) У. Дебриз

1. Впервые пересадку сердца у млекопитающих осуществил

а) В.Г.Елисеев

б) В.П.Демихов

в) В.И.Шумаков

г) К.Бернард

1. Пересадку трупного сердца человеку впервые осуществил

а) В.П.Демихов

б) К.Бернард

в) В.И.Шумаков

г) У.Дебриз

1. Пересадку искусственного сердца человеку впервые осуществил

а) В.П.Демихов

б) К.Бернард

в) В.И.Шумаков

г) У.Дебриз

1. Двухэтапную пересадку искусственного и трупного сердца человеку впервые предложил

а) В.П.Демихов

б) К.Бернард

в) В.И.Шумаков

г) У.Дебриз

1. Тканевая несовместимость – это

а) несоответствие органов по форме

б) несоответствие органов по размерам

в) несоответствие органов по функциям

г) иммунологическая несовместимость тканей донора и реципиента, приводящая к отторжению трансплантата

***Темы для доклада***

1. Юридические аспекты трансплантации.
2. Техника изъятия донорских органов.

 ***Темы для презентации***

* 1. Операция трансплантации почки
	2. Ведение после трансплантации. Осложнения
	3. Трансплантация сердца. Показания и противопоказания

***Ситуационные задачи***

***Задача№1***

Поздно вечером в городскую клиническую больницу поступил мужчина 35 лет с тяжелой черепно-мозговой травмой, полученной в результате дорожно-транспортного происшествия. После безуспешного проведения реанимационных мероприятий врач-реаниматолог вызвал бригаду трансплантологов, с которыми им была констатирована смерть головного мозга. После этого врачи-трансплантологи, не дождавшись судебно-медицинского эксперта, изъяли сердце, почки и печень. На следующий день, узнав о случившемся, жена и родители потерпевшего обратились с жалобой на то, что больницей не было получено их согласие на изъятие органов у их родственника, к главному врачу больницы.

Вопросы к задаче

Какие положения Закона о трансплантации органов и тканей человека были нарушены?

Что является основанием для изъятия органов и тканей у человека?

В каком составе должна была быть проведена констатация смерти потенциального донора?

Кого должен был уведомить врач-реаниматолог о возможности изъятия органов?

Какова роль судебно-медицинского эксперта в процессе изъятия органа или ткани для трансплантации?

К каким видам ответственности можно привлечь врача-реаниматолога?

***Задача№2***

В начале 20 ст. A. Carrel, занимаясь пересадкой органов у животных, отметил, что орган, взятый от другого животного отторгается, а орган, взятый от животного и реплантированный ему же, приживает.

Чем обусловлен феномен отторжения?

***Задача№3***

Молодому больному, у которого имеется однояйцовый брат близнец, необходима пересадка почки. Брат согласен отдать одну из своих почек.

Как называется подобная трансплантация?

***Задача№4***

Больному, средних лет, страдающему циррозом печени произведена трансплантация печени от мертвого донора. Печень реципиента удалена.

Как называется подобная трансплантация?

***Задача№5***

Больному, 41 год, произведена аллогенная трансплантация почки. После операции назначена иммуносупрессивная терапия.

Что включает данная терапия и зачем она проводится?

***Задача№6***

Пациенту, 44 года, выполнена аллогенная трансплантация печени. Через 4 недели после операции наступила реакция отторжения пересаженного органа.

Совместимость тканей по АВО-группам крови и РLА- антигенам соблюдена.

В чем причина отторжения? Какой вид реакции отторжения наступил у пациента?

***Задача№7***

Мальчику, 12 лет, получившему глубокие ожоги ног, выполнена пересадка кожи, взятой с его туловища.

Как называется данный вид трансплантации?

**Модуль 4: «Осложнения в абдоминальной хирургии»**

**Тема 1:** «Ошибки и опасности в лечении больных острым аппендицитом»

**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. Классификация осложнений (ранние и поздние)
3. Причины осложнений
4. Послеоперационные осложнения
5. Принципы лечения аппендикулярного инфильтрата
6. Тактика хирурга при длительно текущем инфильтрате брюшной полости
7. Действия хирурга при обнаружении в брюшной полости аппендикулярного инфильтрата
8. Сроки аппендэктомии после рассасывания аппендикулярного инфильтрата
9. Классификация перитонита аппендикулярного происхождения
10. Принципы хирургического лечения перитонита
11. Медикаментозная терапия перитонита в послеоперационном периоде
12. Лечение сепсиса аппендикулярного происхождения
13. Клиника и лечение инфильтрата передней брюшной стенки после аппендэктомии
14. Клиника и диагностика абсцесса Дугласова пространства
15. Показания к операции у больных с Дугласовым абсцессом
16. Диагностика межпетлевых абсцессов
17. Рентгенодиагностика поддиафрагмального и подпеченочного абсцессов
18. Принципы лечения межпетлевых абсцессов
19. Принципы лечения поддиафрагмального абсцесса
20. Диагностика спаечной кишечной непроходимости после аппендэктомии
21. Лечение спаечной кишечной непроходимости. Показания к операции.
22. Внутрибрюшное кровотечение: причины, симптоматика
23. Показания к релапаротомии у больных с внутрибрюшным кровотечением
24. Клиника, диагностика и принципы лечения кишечных свищей после аппендэктомии
25. Профилактика и лечение легочных осложнений у пожилых больных
26. Профилактика и лечение тромбофлебитов и тромбоэмболии при аппендиците
27. Рациональное применение антибиотиков при осложнениях, дозировка, методы введения, осложнения при антибиотикотерапии
28. Профилактика осложнений при аппендиците.
29. ***Тестовые задания***

*Выберите один или несколько правильных ответов.*

1. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ: А) РОВЗИНГА; Б) ВОСКРЕСЕНСКОГО , В) МЕРФИ*,*Г) ОБРАЗЦОВА, Д) БАРТОМЬЕ-МИХЕЛЬСОНА

1. а.
2. б.
3. *в.*
4. г.
5. д.

2. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ: А) ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА,Б) ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, В) ОСТРОГО АДНЕКСИТА, Г) ОСТРОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА, Д) ПРАВОСТОРОННЕЙ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКОЙ

*1) а.*

2) б.

3) в.

4) г.

5) д.

3. НЕВЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО:

А) РИГИДНОСТЬ БРЮШНОЙ СТЕНКИ МОЖЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ ПРИ РЕТРОЦЕКАЛЬНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ОТРОСТКА

Б) РИГИДНОСТИ МОЖЕТ НЕ БЫТЬ ПРИ ТАЗОВОМ РАСПОЛОЖЕНИИ

В) РВОТА ВСЕГДА ПРЕДШЕСТВУЕТ БОЛИ

Г) БОЛЬ МОЖЕТ НАЧИНАТЬСЯ В ОБЛАСТИ ПУПКА

Д) БОЛЬ ЧАЩЕ НАЧИНАЕТСЯ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

1) а.

2) б.

*3) в.*

4) г.

5) д.

4. РЕШАЮЩИМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С НАРУШЕННОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) СИМПТОМ КОХЕРА-ВОЛКОВИЧА

Б) СИМПТОМ ПРОМПТОВА

В) ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ И ОБМОРОКИ

Г) СИМПТОМ БАРТОМЬЕ-МИХЕЛЬСОНА

Д) ПУНКЦИЯ ЗАДНЕГО СВОДА ВЛАГАЛИЩА

1) а.

2) б.

3) в.

4) г.

*5) д.*

5. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ПРИМЕНЯЮТ:

А) ПАЛЬПАЦИЮ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Б) КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

В) ПАЛЬЦЕВОЕ РЕКТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Г) ИРРИГОСКОПИЮ

Д) ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

1) а.

2) б.

3) в.

*4) г.*

5) д.

6. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) ПЛОТНЫЙ АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ

Б) ИНФАРКТ МИОКАРДА

В) ВТОРАЯ ПОЛОВИНА БЕРЕМЕННОСТИ

Г) ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ

Д) РАЗЛИТОЙ ПЕРИТОНИТ

*1) а.*

2) б.

3) в.

4) г.

5) д.

7. ПРИ РАЗЛИТОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ:

А) СРЕДИННАЯ ЛАПАРОТОМИЯ

Б) АППЕНДЭКТОМИЯ

В) ПРОМЫВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Г) ДРЕНИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Д) ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

1) а.

2) б.

3) в.

4) г.

*5) д.*

8. ТИПИЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

А) АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА

Б) ПАРААППЕНДИКУЛЯРНОГО АБСЦЕССА

В) МЕСТНОГО ПЕРИТОНИТА

Г) РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА

Д) ВОСПАЛЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

1) а.

2) б.

3) в.

4) г.

*5) д.*

9. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ НИЖНЕДОЛЕВОЙ ПРАВОСТОРОННЕЙ ПНЕВМОНИЕЙ И ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ НУЖНО УЧИТЫВАТЬ ВСЕ, КРОМЕ:

А) ДАННЫХ АУСКУЛЬТАЦИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Б) ДАННЫХ ЛАПАРОСКОПИИ

В) ДАННЫХ РЕНТГЕНОСКОПИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Г) КОЛИЧЕСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ КРОВИ

Д) ДАННЫХ ТЕРМОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

1) а.

2) б.

3) в.

*4) г.*

5) д.

10. ПРИ ОСТРОМ ФЛЕГМОНОЗНОМ АППЕНДИЦИТЕ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ СИМПТОМ:

А) ЩЕТКИНА-БЛЮМБСРГА

Б) БАРТОМЬЕ-МИХЕЛЬСОНА

В) КОХЕРА-ВОЛКОВИЧА

Г) ГЕОРГИЕВСКОГО-МЮССИ

Д) КРЫМОВА

1) а.

2) б.

3) в.

*4) г.*

5) д.

11. АБСЦЕСС ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ:

А) ГЕКТИЧЕСКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ

Б) БОЛЕЙ В ГЛУБИНЕ ТАЗА И ТЕНЕЗМОВ

В) ОГРАНИЧЕНИЯ ПОДВИЖНОСТИ ДИАФРАГМЫ

Г) НАВИСАНИЯ СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА ИЛИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Д) БОЛЕЗНЕННОСТИ ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ

1) а.

2) б.

*3) в.*

4) г.

5) д.

12. СИМПТОМАМИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

А) СУБФЕБРИЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ

Б) СИМПТОМА РОВЗИНГА

В) ДИАРЕИ

Г) ЛЕЙКОЦИТОЗА

Д) ПАЛЬПИРУЕМОГО ОПУХОЛЕВИДНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ

1) а.

2) б.

*3) в.*

4) г.

5) д.

13. ДЛЯ ГАНГРЕНОЗНОЙ ФОРМЫ АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

А) ДОСКООБРАЗНЫЙ ЖИВОТ

Б) УСИЛЕНИЕ БОЛЕЙ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ

В) УМЕНЬШЕНИЕ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ

Г) ТАХИКАРДИЯ

Д) СИМПТОМ ЩЕТКИНА-БЛЮМБЕРГА

1) а.

*2) б.*

3) в.

4) г.

5) д.

14. РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ НАЧИНАЕТСЯ:

А) С СЕРОЗНОГО ПОКРОВА ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Б) СО СЛИЗИСТОЙ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

В) С МЫШЕЧНОГО СЛОЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Г) С КУПОЛА СЛЕПОЙ КИШКИ

Д) С ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ТОНКОЙ КИШКИ

1) а.

*2) б.*

3) в.

4) г.

5) д.

15. ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ КАТАРАЛЬНОМ АППЕНДИЦИТЕ НАЗНАЧАЮТ:

А) АНТИБИОТИКИ

Б) АНАЛЬГЕТИКИ

В) СУЛЬФАНИЛАМИДЫ

Г) СЛАБИТЕЛЬНЫЕ

Д) ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

1) а.

*2) б.*

3) в.

4) г.

5) д.

16. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ АППЕНДИКСА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) ПЕРЕВЯЗКА ШЕЛКОВОЙ ЛИГАТУРОЙ С ПОГРУЖЕНИЕМ КУЛЬТИ

Б) ПЕРЕВЯЗКА ЛАВСАНОВОЙ ЛИГАТУРОЙ С ПОГРУЖЕНИЕМ КУЛЬТИ

В) ПОГРУЖЕНИЕ НЕПЕРЕВЯЗАННОЙ КУЛЬТИ

Г) ПЕРЕВЯЗКА КЕТГУТОВОЙ ЛИГАТУРОЙ БЕЗ ПОГРУЖЕНИЯ КУЛЬТИ

Д) ПЕРЕВЯЗКА КЕТГУТОВОЙ ЛИГАТУРОЙ С ПОГРУЖЕНИЕМ КУЛЬТИ

1) а.

2) б.

3) в.

4) г.

*5) д.*

17. ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

А) НА ТОЩЕЙ КИШКЕ

Б) НА ПОДВЗДОШНОЙ КИШКЕ

В) НА ВОСХОДЯЩЕМ ОТДЕЛЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Г) НА СЛЕПОЙ КИШКЕ

Д) НА СИГМОВИДНОЙ КИШКЕ

1) а.

*2) б.*

3) в.

4) г.

5) д.

18. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ЧЕРВЕОБРАЗНЫМ ОТРОСТКОМ В МАЛОМ ТАЗУ ХАРАКТЕРНО:

А) НАЛИЧИЕ БОЛЕЗНЕННОСТИ В ТРЕУГОЛЬНИКЕ ШЕРРЕРА

Б) ПРИМЕСЬ КРОВИ В КАЛОВЫХ МАССАХ

В) ВЫРАЖЕННАЯ БОЛЕВАЯ РЕАКЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Г) ОТСУТСТВИЕ ТЕМПЕРАТУРНОЙ РЕАКЦИИ

Д) ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО

1) а.

2) б.

*3) в.*

4) г.

5) д.

19. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА НЕ ПРИМЕНЯЮТ:

А) ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Б) АНТИБИОТИКОВ

В) СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Г) НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Д) ДИЕТЫ

1) а.

2) б.

3) в.

*4) г.*

5) д.

20. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К АППЕНДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) ИНФАРКТ МИОКАРДА

Б) БЕРЕМЕННОСТЬ 30-40 НЕДЕЛЬ

В) НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ НОВОКАИНА

Г) ПЛОТНЫЙ АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ

Д) НАРУШЕНИЯ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ

1) а.

2) б.

3) в.

*4) г.*

5) д.

21. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ТАЗОВОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ВОСПАЛЕННОГО АППЕНДИКСА:

А) ЩЕТКИНА-БЛЮМБЕРГА

Б) РОВЗИНГА

В) РЕЗКАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Г) НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ

Д) КРЫМОВА

1) а.

2) б.

*3) в.*

4) г.

5) д.

***III. Темы для доклада.***

1). Принципы лечения аппендикулярного инфильтрата.

2). Лечение сепсиса аппендикулярного происхождения.

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

1. Листок нетрудоспособности
2. Направление на госпитализацию, консультацию
3. Карта диспансерного учета
4. Карта стационарного больного.

***V. Ситуационные задачи***

**Задача №1**

Больной С., 45 лет, поступил через 5 суток от начала заболевания с жалобами на умеренные боли в правой подвздошной области. Боли начались с эпигастральной области, затем перешли в правую подвздошную область. Задержки стула не было. В прошлом подобных болей не было. При осмотре: температура 36,7 гр., пульс 72 в мин., живот не вздут, мягкий при пальпации, болезненный в правой подвздошной области, где определяется плотное образование с нечеткими границами, симптом Щеткина-Блюмберга и Воскресенского отрицательны. Лейкоцитоз в крови- 7,5х109.

 Ваш диагноз и тактика лечения?

**Задача №2**

У больного, оперированного по поводу флегмонозного аппендицита, появились боли в правом подреберье усиливающиеся при вдохе. Температура до 38,0 гр. Живот болезненный в правом подреберье. В легких дыхание везикулярное. Симптом Ортнера положительный. При рентгеноскопии легких патологии не обнаружено. Лейкоцитоз - 16000.

Поставьте диагноз. Ваша тактика?

**Задача №3**

У больного оперированного по поводу аппендицита 7 дней назад повысилась температура тела (гектический характер). Боли в области операционной раны не отмечает. Жалобы на болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитоз крови 12000.

О каком осложнении можно думать? Ваша тактика?

**Задача №4**

У больного 18 лет после операции по поводу флегмонозного аппендицита появились схваткообразные боли в животе, тошнота, однократная рвота, задержка стула и газов. Стул после клизмы скудный, но боли не стихли. Пульс 92 в мин. Живот болезненный во всех отделах, но больше справа. Инфильтрат не определяется. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

 Поставьте диагноз. Что нужно сделать для уточнения диагноза? Ваша тактика?

**Задача №5**

5.У больного 22 лет, оперированного 16 часов назад по поводу острого аппендицита, появилась слабость, головокружение. Температура 36,5 гр. Больной бледен, пульс 110 уд. в мин. Живот мягкий, болезненный в области операционной раны. В отлогих местах живота при перкуссии отмечается укорочение перкуторного звука. Лейкоцитоз 11200.

 Какое осложнение вы заподозрили у больного? Чем подтвердите ваше предположение? Что следует предпринять?

**Тема 2** «Ошибки, опасности и осложнения при лечении грыж»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

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

- УИРС

- доклад

-собеседование

-ситуационные задачи

-тестирование

-демонстрация алгоритма выполнения практического навыка

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. ***Вопросы для собеседования и устного опроса***
2. Строение передней брюшной стенки, пахового и бедренного каналов, пупочного кольца, анатомию кишечника;
3. Этиология и патогенез грыж передней брюшной стенки;
4. Классификация грыж по происхождению, локализации, клиническому течению, анатомию грыжевого мешка;
5. Клиническая картина грыж различной локализации;
6. Диагностика грыж передней брюшной стенки, методы обследования больных;
7. Дифференциальная диагностика грыж передней брюшной стенки;
8. Осложнения грыж: невправимость, ущемление, воспаление, флегмона грыжевого мешка;
9. Механизмы и виды ущемления грыж, особенности оперативного лечения ущемленных грыж;
10. Критерии жизнеспособности ущемленной кишки, техника и границы ее резекции;
11. Тактика хирурга при самопроизвольно и насильственно вправленной ущемленной грыже;
12. Врожденные и приобретенные, косые и прямые паховые грыжи, консервативное и оперативное лечение, пластика передней и задней стенок пахового канала;
13. Особенности диагностики и лечения при врожденной грыже, скользящей грыже;
14. Анатомия бедренного канала, хирургическое лечение бедренных грыж бедренным и паховым способами;
15. Анатомия пупочной области, грыжи белой линии живота, операции Мейо, Сапежко, Лексера, Грекова;
16. Ненатяжные методы лечения грыж передней брюшной стенки;
17. Рецидивные и послеоперационные грыжи, этиология, диагностика, принципы лечения;
18. Осложнения во время грыжесечения и в раннем послеоперационном периоде, ведение больных в послеоперационном периоде;
19. Классификация осложнений (ранние и поздние), причины;
20. Синдром “малого живота”. Патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика;
21. Клиника и лечение различных осложнений;

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. ***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 3** «Осложнения ЖКБ».

**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. Этиология и патогенез ЖКБ.
3. Эпидемиология ЖКБ.
4. Хирургическая анатомия печени, желчных путей и поджелудочной железы.
5. Нормальная физиология органов панкреатобилиарной зоны, патофизиологические изменения при ЖКБ и ее осложнениях
6. Классификация ЖКБ и ее осложнений.
7. Клиника различных осложнений калькулезного холецистита.
8. Клиника холангита.
9. Клиника механической желтухи.
10. Клиника холецистопанкреатита.
11. Клиника стриктур желчевыводящих путей.
12. Клиника наружных и внутренних желчных свищей.
13. Клиника печеночной недостаточности.
14. Диагностика осложнений ЖКБ.
15. Лабораторно-инструментальная ЖКБ, диагностика осложнений ЖКБ.
16. Эндоскопическая диагностика осложнений ЖКБ.
17. Консервативное лечение ЖКБ и ее осложнений.
18. Хирургические и эндоскопические методы лечения ЖКБ и ее осложнений.
19. Прогноз.
20. ***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). Физикальное обследование больных с осложнением ЖКБ.

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 4 «**Осложнения язвенной болезни**».**

**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. Анатомия и физиология желудка и ДПК.
3. Этиология и патогенез ЯБЖ и ЯБДПК.
4. Классификация осложнений ЯБЖ и ЯБДПК.
5. Гастродуоденальное кровотечение. Классификация, степени тяжести кровопотери. Клиника гастродуоденальных кровотечений
6. Эндоскопическая диагностика, оценка кровотечения и угрозы его возобновления по Forrest. Дифференциальная диагностика.
7. Консервативное лечение. Эндоскопические методы остановки кровотечения.
8. Показания к операции, способы оперативного лечения.
9. Перфоративная язва желудка и ДПК. Классификация прободений. Клиника прободений в свободную брюшную полость, прикрытых и атипичных перфораций.
10. Диагностика и дифференциальная диагностика различных видов прободений язв.
11. Лечебная тактика и виды оперативных вмешательств при прободных язвах.
12. Пилородуоденальный стеноз. Патогенез, нарушения обменных процессов при стенозе.
13. Клиника пилородуоденального стеноза.
14. Диагностика и дифференциальная диагностика пилородуденального стеноза, стадии заболевания.
15. Принципы консервативного лечения, предоперационной подготовки.
16. Принципы оперативного лечения.
17. ***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 презентации***

1). Эндоскопические способы гемостаза.

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

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?

**Тема 5 «**Заболевания поджелудочной железы»

**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. Анатомия, физиология поджелудочной железы. Строение сальниковой сумки.
3. Диагностика очаговых заболеваний (кисты, опухоли) ПЖ (эндоскопические, лапароскопические, рентгенологические, лабораторные методы)
4. Классификация кист поджелудочной железы. Стадии формирования постнекротических кист по Карагюляну.
5. Клиническая картина кисты поджелудочной железы. Дифференциальная диагностика.
6. Диагностика кист поджелудочной железы (эндоскопические, рентгенологические, лабораторные, лапароскопические методы)
7. Осложнения в течении кист поджелудочной железы. Клиника, диагностика, лечение.
8. Консервативное, пункционное и хирургическое лечение кист поджелудочной железы. Наружное и внутреннее дренирование, радикальные и паллиативные операции. Препараты выбора – сандостатин, октреатид в консервативном лечении кист.
9. Ведение послеоперационного периода. Опасности и осложнения.
10. Свищи поджелудочной железы, классификация, причины возникновения, клиника.
11. Диагностика свищей поджелудочной железы, значение эндоскопических и рентгенконтрастных методов. Нарушения обменных процессов при длительно существующих свищах поджелудочной железы.
12. Консервативное лечение свищей поджелудочной железы.
13. Пломбировка наружных панкреатических свищей. Материалы, методика, осложнения.
14. Хирургическое лечение наружных панкреатических свищей: радикальные и дренирующие операции.
15. Ведение послеоперационного периода. Реабилитация больных со свищами и кистами поджелудочной железы.
16. Частота рака ПЖ, классификация по TNM.
17. Клиника рака ПЖ, дифференциальная диагностика с ЖКБ, раком БДС.
18. Нарушение обмена веществ у больных раком ПЖ. Особенности предоперационной подготовки.
19. Радикальные и паллиативные операции при раке ПЖ. Химио- и лучевая терапия.
20. Ведение послеоперационного периода.
21. ***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

22. ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ ОБНАРУЖЕНА БОЛЬШАЯ КИСТА ТЕЛА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, СПАЯННАЯ С ЗАДНЕЙ СТЕНКОЙ ЖЕЛУДКА. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА В ДАННОЙ СИТУАЦИИ?

1. иссечение кисты по Мельникову
2. цистогастроанастомоз
3. цистодуоденоанастомоз
4. цистоэнтероанастомоз с энтероэнтероанастомозом
5. резекция желудка с кистой

23. У БОЛЬНОГО 40 ЛЕТ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРИ РПХГ ОБНАРУЖЕН СТЕНОЗ ФАТЕРОВА СОСКА НА ПРОТЯЖЕНИИ 0,8 СМ. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВЫ ПРЕДПОЧТЕТЕ?

1. холедоходуоденоанастомоз
2. эндоскопическая папиллотомия
3. холецистоэнтероанастомоз
4. трансдуоденальная папиллосфинктеропластика
5. наружное дренирование холедоха

24. БОЛЬНОЙ 50 ЛЕТ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ТОШНОТУ, ПЕРИОДИЧЕСКИ РВОТУ. ПРИ ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ОБНАРУЖЕНА ПЕНЕТРИРУЮЩАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА, ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ГАСТРИНА В КРОВИ, ВЫСОКАЯ КИСЛОТНОСТЬ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА. УКАЖИТЕ ПРИЧИНУ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

1. глюкагонома
2. гастринома
3. смешанная опухоль поджелудочной железы
4. опухоль ацинарной ткани
5. инсулинома

25. У БОЛЬНОЙ 45 ЛЕТ НА ОПЕРАЦИИ ПОДТВЕРЖДЕН ДИАГНОЗ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЖЕЛЕЗА ПОДВИЖНА, МЕТАСТАЗОВ НЕТ. ВЫБЕРИТЕ РАДИКАЛЬНУЮ ОПЕРАЦИЮ

1. гемирезекция поджелудочной железы
2. панкреатодуоденальная резекция
3. цистоэнтероанастомоз
4. гастроэнтероанастомоз
5. панкреатоэнтероанастомоз

26. БОЛЬНОЙ 58 ЛЕТ ПОСТУПИЛ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ПОХУДАНИЕ НА 10 КГ, ОТВРАЩЕНИЕ К ЖИРНЫМ ПРОДУКТАМ, ПЛОХОЙ АППЕТИТ, МЕТЕОРИЗМ, ПОНОСЫ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА (37,3°С). БОЛЕН ОКОЛО ГОДА. ПРИ ОСМОТРЕ: ЖЕЛТУШНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УВЕЛИЧЕННЫЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ. ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

1. язва желудка
2. острый холецистит
3. рак поджелудочной железы
4. гепатит
5. ХДН

27. У БОЛЬНОЙ 60 ЛЕТ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ЖАЛОБЫ НА ОПОЯСЫВАЮЩИЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, МНОГОКРАТНУЮ РВОТУ ПИЩЕЙ И ЖЕЛЧЬЮ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ - БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ С РАЗДРАЖЕНИЕМ БРЮШИНЫ. ТАХИКАРДИЯ. ЛЕЙКОЦИТЫ КРОВИ - 10,0Х109/Л, АМИЛАЗА МОЧИ - 1024, АМИЛАЗА КРОВИ - 80. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ - ПНЕВМАТИЗАЦИЯ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ. ВАШ ДИАГНОЗ?

1. острый панкреатит
2. обострение язвенной болезни
3. острый гастрит
4. острый холецистит
5. острая кишечная непроходимость

28. УКАЖИТЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. аденома, цистаденома
2. липома
3. невринома, гастринома
4. папиллома
5. инсулинома

29. У БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ ИНТЕНСИВНАЯ МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА. ОТМЕЧАЕТ КОЖНЫЙ ЗУД, ПОТЕРЮ АППЕТИТА И МАССЫ ТЕЛА. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ УВЕЛИЧЕН, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ. ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

1. рак желчного пузыря
2. рак головки поджелудочной железы
3. рак печени
4. рак желудка
5. ***Темы для доклада***
6. Современные методы лечения кист поджелудочной железы.
7. Консервативное лечение свищей поджелудочной железы.
8. ***Темы для презентации***
9. Лабораторная и инструментальная диагностика рака ПЖ.
10. Современные методы оперативного лечения рака ПЖ.
11. ***Ситуационные задачи***

**Задача № 1**

У больного 35 лет через 5 мес. после перенесенного острого крупноочагового геморрагического панкреонекроза появились тупые боли в эпигастрии, чувство тяжести, некоторое выбухание в эпигастральной области. По вечерам последние 6 дней отмечал повышение температуры тела до 37,7 гр. С, сегодня заметил изменение цвета мочи (коричневая пенистая) и желтую окраску кожных покровов и склер. Бригадой скорой помощи доставлен в больницу.

Объективно:

Состояние средней тяжести, температура тела 37,5 гр. С. Выраженная желтушность кожных покровов и склер. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, где определяется без четких контуров опухолевидное образование 10x8см, умеренно болезненное, кожа над ним не изменена.

ОАК: лейкоциты- 11,8 г/л, п/я-10, с/я-78, л-10, м-2, СОЭ 38 мм/час. Билирубин 165ммоль/л, прямой-134, непрямой-31.

1.Ваш диагноз?

2. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза?

3. Тактика хирурга?

**Задача № 2**

Больной 56 лет переведен из инфекционной больницы, где в течении 10 дней находился на обследовании и лечении по поводу вирусного гепатита В. Из анамнеза установлено, что 2 мес. назад лечился по поводу очаговой пневмонии. За 2 недели до поступления в инфекционную больницу среди полного здоровья отметил обесцвеченный кал и желтую окраску кожи.

В результате обследования в инфекционной больнице диагноз гепатита В был снят. На УЗИ обнаружены камни в желчной пузыре. С диагнозом ЖКБ, механическая желтуха переведен в хирургический стационар.

Объективно:

Больной худощав, выраженная желтуха, следы расчесов на коже. Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 4x3см, малоболезненное. Симптомы Ортнера, Мерфи сомнительные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

1. Ваш диагноз?

2. Укажите необходимый объем исследования для подтверждения Вашего диагноза?

3. Какова должна быть тактика хирурга?

**Задача № 3**

Больной 59 лет поступил в клинику с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье и эпигастральной области, слабость, упадок сил, отсутствие аппетита, наличие желтухи, которая появилась 2 мес. назад и интенсивно нарастает. Приступов сильных болей никогда не отмечал.

При осмотре: склеры и кожа больного оливково цвета, тургор кожи резко понижен, на ней множество расчесов. Живот мягкий печень увеличена. В правом подреберье пальпируется слегка болезненное образование тугоэластической консистенции, овоидной формы. Стул ахоличен. Уробилин в моче. Билирубин 531мкмоль/л за счет прямого-420 мкмоль/л. При рентгеноскопическом исследовании 12-пк отмечается некоторая развернутость ее покровов.

 1. Какой диагноз Вы поставите?

 2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

**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 экзамена проводится по экзаменационным билетам, в устной форме.

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

 Определение экзаменационного рейтинга.

***Рэ*** – экзаменационный (зачетный) рейтинг, формируется при проведении промежуточной аттестации и выражается **в баллах по шкале от 1 до 15.**

Промежуточная аттестация по дисциплине считается **успешно пройденной** обучающимся при условии получения им экзаменационного/зачетного рейтинга не менее **7 баллов** и (или) текущего стандартизированного рейтинга не менее **35 баллов**.

Экзаменационная оценка складывается из следующих показателей, полученных студентом:

1) Тестирование: правильные ответы на 70% и более вопросов – 1балл, менее, чем на 70% вопросов – 0 баллов.

2) Два теоретических вопроса – от 0 до четырех баллов. (4 балла – «отлично», 3 балла – «хорошо», 2 балла – «удовлетворительно», 1 балл – «неудовлетворительно» и 0 баллов – 0 согласно критериям, приведенным ниже).

3) за решение ситуационной задачи и за чтение рентгенограммы – от 0 до 3 баллов (от «отлично» до «неудовлетворительно»).

Таким образом, максимальная оценка на экзамене может составить 15 баллов

Подсчет экзаменационных баллов

|  |  |
| --- | --- |
| Тестирование | максимально 1 |
| первый вопрос | максимально 4 |
| второй вопрос | максимально 4 |
| задача | максимально 3 |
| рентгенограмма | максимально 3 |
| Экзаменационная оценка | максимально 15 баллов |

Основные критерии по оценке знаний и умений студентов на экзамене (зачете, итоговом занятии).

Оценки **«отлично»**заслуживает студент, демонстрирующий всестороннее (более 85%), систематическое и глубокое знание материала, предусмотренного примерной Программой по госпитальной 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.

Оценки **«ноль»** заслуживает студент, демонстрирующий отрывочные, ошибочные фрагментарные знания по дисциплине, непонимание и незнание её базовых принципов, основных терминов и понятий, неспособный ответить на простой вопрос. Такая оценка ставится студентам, которым не рекомендуется получение высшего медицинского образования.

Экзаменатор имеет право **прекратить** экзамен или зачет с выставлением неудовлетворительной оценки (экзаменационного рейтинга) в случаях:

* списывания;
* отказа от ответа;
* использования материалов и источников информации, не предусмотренных оценочным фондом;
* попытки общения с другими студентами или иными лицами, в том числе с использованием средств связи;
* несанкционированных перемещений по экзаменационной территории.

Промежуточная аттестация по дисциплине считается **успешно пройденной** обучающимся при условии получения им экзаменационного/зачетного рейтинга не менее **7 баллов** и (или) текущего стандартизированного рейтинга не менее **35 баллов**.

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

**Рд = Ртс + Рбс + Рэ/Рз**

Где:

* Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;
* Рбс – бонусный стандартизированный рейтинг;
* Рэ/Рз – экзаменационный (зачетный) рейтинг.

- Если значение ***текущего рейтинга менее 35 баллов*** и (или) значение ***зачетного рейтингов менее 7 баллов***, то дисциплина считается не освоенной и по результатам зачета выставляется «не зачтено».

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

Таблица 7

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 |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Эндемический зоб. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Медицинские проблемы экологии человека: понятие, значение, направление.
2. Осложнения после струмэктомии, тиреотоксический криз, паратиреоидная недостаточность, гипотиреоз. Причины, клиника, диагностика, лечение.
3. Рак щитовидной железы. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
4. Диффузный токсический зоб. Этиопатогенез, клиника, методы обследования больного, методы лечения. Предоперационная подготовка и хирургическое лечение. Осложнения, их диагностика, лечение, профилактика.
5. Острый тиреоидит и струмит. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
6. Спорадический зоб. Этиопатогенез, клиника, лечение. Значение условий в возникновении болезни,
7. Хронические тиреоидиты (зоб Хашимото, зоб Риделя). Клиника, диагностика, лечение.
8. Опухоли и кисты средостения. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
9. Перикардит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение,
10. Острый и хронический медиастиниты. Причины, клиника, диагностика, хирургическое лечение,
11. Дисгормонадъные дисплазии молочной железы (мастопатии). Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз и лечение мастопатии. Диспансеризация.
12. Рак молочной железы. Клинические формы, стадии процесса, Особенности метастазирования, диагностика, дифференциальный диагноз, методы лечения.
13. Маститы. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
14. легочные кровотечения. Классификация, этиопатогенез. Причины, клиника, диагностика, лечение.
15. Абсцесс и гангрена легких. Классификация, Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
16. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
17. Рак легкого. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы современного лечения,
18. Эхинококк легкого. Пути заражения паразитарными заболеваниями, виды хозяев и переносчиков. Этиопатогенез, клиника, диагностика, осложнения, лечение.
19. Острая эмпиема плевры. Клиника, диагностика, лечение,
20. Хроническая эмпиема плевры. Клиника, диагностика, лечение,
21. Показания к плевральной пункции при заболеваниях легких и плевры. Техника её выполнения,
22. Острые и хронические гнойные заболевания плевры. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
23. Диафрагмальные грыжи. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
24. Врожденные пороки сердца. Клиническая анатомия наиболее распространенных пороков сердца. Классификация, диагностика, лечение.
25. Ревматический митральный порок сердца. Классификация, показания и противопоказания к хирургическому лечению, принципы лечения.
26. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца, аневризмы сердца, нарушений ритма и проводимости,
27. Атеросклероз как вид нарушений липидного и белкового обмена веществ. Хронические окклюзионные поражения артерий. Классификация, клиника, диагностика, лечение,
28. Аневризмы грудного и брюшного отделов аорты. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
29. Острые тромбозы и эмболии магистральных артерий. Этиология, классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение (антикоагулянтная и фибринолитическая терапия), операции на магистральных сосудах.
30. Консервативное лечение больных с облитерирующим эндартериитом и атеросклерозом нижних конечностей. Современные антиатероск:леротические средства.
31. Облитерирующий эндартериит. Болезнь Бюргера. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
32. Облитерирукший атеросклероз н/конечностей. Этиопатогенвз, клиника, диагностика, лечение.
33. Острые нарушения мезентериального кровообращения. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, методы лечения. Профилактика. Тромболитические и антисвертывающие средства.
34. Варикозное расширение вен н/конечностей. Этиопатогенез, клиника, диагностика, методы лечения. Диспансеризация.
35. Посттромбофлебитический синдром. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
36. Острый поверхностный тромбофлебит. Клиника, диагностика, методы лечения. Осложнения и их профилактика.
37. Тромбоэмблия легочной артерии (ТЭЛА). Причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
38. Варикозное расширение вен н/конечностей. Методы обследование больных. Диффдиагностика, методы лечения.
39. Антикоагулянты в хирургии. Классификация. Антитромботические и противосвертывающие средства. Показания и противопоказания к их применению. Осложнения при их применении.
40. Эндоскопические методы диагностики и лечения в хирургии. Но­вые технологии в оперативной хирургии: понятие о малоинвазивной лазерной хирургии, микрохирургии, эндоскопической хирур­гии, новых методах соединения тканей,
41. Ахалазия кардии (кардиоспазм). Классификация, клиника, диагностика, лечение.
42. Химические ожоги пищевода, желудка и их последствия; Первая помощь при ожогах. Консервативное и хирургическое лечение рубцовых стриктур пищевода и привратника.
43. Дивертикулы пищевода. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
44. Рак пищевода. Стадии рака пищевода, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
45. Язвенная болезнь. Хроническая язва желудка и 12-перстной кишки. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Показания к оперативному лечению. Виды оперативных вмешательств.
46. Болезни оперированного желудка функционального происхождение демпинг-синдром, синдром постгастрорезекционной астении. Причины клиника, диагностика, лечение, профилактика.
47. Болезни оперированного желудка органического происхождения: синдром приводящей петли, пептическая язва анастомоза, свищи Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
48. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки: пенетрация и малигнизация язвы. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
49. Рак желудка. Классификация, стадии рака, пути метастазирования, клиника, диагностика, лечение, осложнения,
50. Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки. Клиническая анатомия желудка. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
51. Органический стеноз выходного отдела желудка. Причины, методы диагностика, лечение.
52. Острые гастродуоденальные кровотечения. Этиология, классификация, патогенез, дифференциальная диагностика гастродуоденальных кровотечений, Тактика врача.
53. Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки. Клиника, диагностика, показания к ушиванию язвы и резекции желудка. Методы ушивания и резекций.
54. Органический стеноз выходного отдела желудка. Особенности предоперационной подготовки. Лечение в послеоперационном периоде.
55. Гастродуоденальное кровотечение, как осложнение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, методы консервативного и оперативного лечения.
56. Доброкачественные опухоли желудка. Клиника, диагностика, лечение.
57. Осложнения острого аппендицита: аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс. Причины, клиника, диагностика, метод лечения.
58. Особенности клинического течения острого аппендицита в зависимости от расположения червеобразного отростка. Методы аппендэктомии,
59. Дифференциальная диагностика острого аппендицита с заболеваниями внутренних женских половых органов. Острый аппендицит у беременных,
60. Острый аппендицит, Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
61. Хронический аппендицит, Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение,
62. Осложнения острого аппендицита (пилефлебит, тазовый абсцесс),
63. Диффдиагностика острого аппендицита с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
64. Дивертикулит и дивертикулез толстой кишки. Осложнения, методы диагностики, лечение,
65. Кишечные свищи. Классификация, причины, клиника, диагностика, лечение,
66. Туберкулез кишечника и брюшины. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение,
67. Рак толстой кишки. Особенности роста, строения, метастазирования. Особенности клиники, диагностики, лечения рака левой и правой половины толстой кишки.
68. Неспецифический язвенный колит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение,
69. Болезнь Крона, Классификация, клиника, диагностика, диффдиагноз, лечение.

# Доброкачественные опухоли толстой кишки. Клиника, диагностика.

1. Динамическая кишечная непроходимость. Классификация, Этиопатогенез, клиника, лечение,
2. Обтурационная кишечная непроходимость. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Странгуляционная кишечная непроходимость. Виды, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Объем оперативного вмешательства.
4. Механическая кишечная непроходимость. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
5. Механическая кишечная непроходимость. Консервативное лечение Показания к хирургическому лечению. Объем оперативного вмешательства.
6. Спаечная болезнь. Причины, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
7. Геморрой и трещины заднего прохода. Клиника, диагностика, диффдиагностика, лечение.
8. Парапроктиты. Классификация, этиология, клиника, диагностика лечение. Хронический парапроктит. Клиника, диагностика, лечение
9. Рак прямой кишки. Особенности роста, метастазирования. Классификация и особенности клинической картины в зависимости от локализации опухоли. Диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
10. Выпадение прямой кишки. Этиология, классификация, клиника, дифдиагностика, лечение.
11. Желчнокаменная болезнь, Хронический калькулезный холецистит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение,
12. Осложнения острого холецистита. Патогенез, клиника, диагностикa, лечение.
13. Острый холецистит. Показания к хирургическому лечению и виды оперативных вмешательств. Методы интраоперационной диагностики проходимости желчных путей.
14. Острый холецистит. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, методы консервативного лечения. Особенности течения холецистита у лиц пожилого и старческого возраста,
15. Острый холецистит. Методы оперативного лечения. Особенности
течения холецистита у лиц пожилого и старческого возраста.
16. Осложнения желчнокаменной болезни: механическая желтуха, холангит. Клиника, диагностика, лечение, показания к наружному дренированию холедоха.
17. Постхолецистоктокичеокий синдром. Классификация, причины, диагностики, профилактики, лечение различных его проявлений.
18. Обтурационная желтуха. Причины, клиника, диагностика, лечение.
19. Абсцессы печени. Этиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика, диффдиагностика, лечение.
20. Злокачественные опухоли печени. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
21. Показания к проведению парацентеза при асците и техника его выполнения.
22. Гидатидозная форма эхинококкоза печени. Морфологические особенности, пути заражения, лабораторная диагностика и профилактика основных протозоонозов и глистных инвазий. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
23. Заболевания селезенки. Классификация, диагностика, лечение,
24. Хирургическое лечение симптомной гипертензии. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
25. Острый панкреатит. Классификация, этиопатогенез, клиника, оперативное лечение.
26. Хронический панкреатит, Этиопатогенез, формы, клиника, диагностика, лечение,
27. Синдром портальной гипертензии. Пути коллатерального кровообращения и их клиническое значение. Этиология, классификация, клиника, осложнения. Принципы консервативного и хирургическое лечения,
28. Рак поджелудочной железы. Особенности роста, строения; метастазирования. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, Радикальные и паллиативные операции,
29. Паховые грыжи. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика. Способы оперативного лечения,
30. Пупочные грыжи. Грыжи белой линии живота. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
31. Невправимая и ущемленная грыжа, Мнимое ущемление, Дифференциальный диагноз, клиника, методы лечения.
32. Ущемленные грыжи. Механизм ущемления. Виды ущемления. Особенности техники операций при ущемленной грыже. Определение жизнеспособности кишки при ущемлении. Тактика хирурга при самопро­извольно вправившейся ущемленной грыже.
33. Бедренные грыжи. Клиника, диагностика, лечение.
34. Послеоперационные грыжи. Причины, клиника, диагностика. Особенности предоперационной подготовки. Методы хирургического лечения,
35. Хирургический сепсис Этиопатогенез, классификация, осложнения, лечение.
36. Разлитой гнойный перитонит. Диагностика, патофизиологические нарушения в организме у больных. Принципы лечения разлитого гнойного перитонита,
37. Перитонит. Классификация, этиопатогенез, клиника, фазы течения перитонита.
38. Абсцессы брюшной полости. Причины, клиника, диагностика, лечение,
39. Столбняк. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика,
40. Гнойная инфекция. Клинические формы гнойной инфекции кожи и подкожной клетчатки: абсцесс, флегмона, рожистое воспаление, Диагностика, лечение,
41. Панариций. Классификация, клиника: диагностика, методы лечения различных видов панарициев. Операции при панарициях: виды.
42. Флегмоны кисти. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения,
43. Клинические формы гнойной инфекции коки и подкожной клетчатки; фурункулы, карбункулы, лимфаденит, лимфангоит. Клиника, диагностика, лечение,
44. Гнойные раны. Особенности течения и лечения ран при сахарном диабете. Классификация по Wagner.
45. Остеомиелиты. Классификация, этиопатогеиез, клиника, диагностика, лечение,
46. Физиологические основы учения о групповой принадлежности крови, факторы, определяющие группы крови. Переливание крови и кровозаменителей. Показания и противопоказания к переливанию крови, Методы определения группы крови,
47. Наружные кровотечения. Классификация, клиника, способы временной и окончательной остановки кровотечения.
48. Роль отечественных ученых в развитии-хирургии (Н.И. Пирогов, Н.Н. Петров, П.И. Герцен, С.С. Юдин, А.В. Вишневский, Б.В. Петровский).

**Тестовые задания для проверки сформированных знаний и умений**

01. Наиболее эффективным средством профилактики прогрессирования варикозной болезни является:

а) эластическая компрессия конечности

б) соблюдение рационального режима труда и отдыха

в) ограничение тяжелой физической нагрузки

г) комплексная терапия вазопротекторами

д) курсы комплексного физиотерапевтического лечения.

02. При оценке проходимости глубоких вен используется функциональная проба:

а) Тальмана

б) Шейниса

в) Гаккенбруха

г) Мейо-Пратта

д) Броди-Троянова-Тренделенбурга.

03. У больного 48 лет с синдромом Лериша в лечении не применяется:

а) консервативная терапия

б) бифуркационное аорто-бедренное протезирование

в) бифуркационное аорто-бедренное шунтирование

г) нефрэктомия

д) симпатэктомия.

04. При атеросклеротической окклюзии бедренной, подколенной артерий у больного 82 лет с хрониче­ской ишемией четвертой стадии, гангреной стопы правильным выбором лечебной тактики будет:

а) консервативное лечение

б) поясничная симпатэктомия

в) реконструктивная сосудистая операция

г) первичная ампутация нижней конечности

д) микрохирургическая трансплантация большого сальника на голень.

05. Для острой ишемии конечности 1Б степени не характерны:

а) чувство онемения и похолодания в конечности

б) парестезии

в) боли в покое

г) бледность кожи

д) субфасциальный отек.

06. В каких случаях баллотирует средостение?

а) лечебный пневмоторакс

б) клапанный пневмоторакс

в) закрытый пневмоторакс

г) открытый травматический пневмоторакс

д) дренаж плевральной полости.

07. Окклюзионная повязка применяется при:

а) переломах ребер

б) открытом пневмотораксе

в) клапанном пневмотораксе

г) капиллярном кровотечении

д)повреждении мягких тканей.

08. Основным методов диагностики дивертикула пищевода явля­ется:

а) эзофагоскопия

б) рентгеноконтрастное исследование

в) УЗИ

г) радионуклидное исследование

д) компьютерная томография.

09. Ценкеровский дивертикул пищевода локализуется:

а) в области бифуркации трахеи

б) над диафрагмой

в) в верхней трети пищевода

г) в глоточно-пищеводном переходе

д) над кардией.

10. При дивертикуле шейного отдела пищевода показано:

а) резекция сегмента пищевода

б) удаление дивертикула с миоэзофаготомией

в) операция Добромыслова-Торека

г) гастростомия

д) эндоскопическое рассечение сужения ниже дивертикула.

11. Больная 54 лет, жалоб нет. При диспансерном рентгенологическом обследовании выявили округлое просветление с уровнем жидкости в заднем средосте­нии, после приема контраста - расположение кардии выше диафрагмы. Какое заболевание следует запо­дозрить?

а) рак кардиального отдела желудка

б) релаксация диафрагмы

в) скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

г) ретростернальная грыжа Ларрея

д) фиксированная параэзофагеальная грыжа.

12. Осложнением какого из перечисленных заболеваний является эрозивно-язвенный эзофагит?

а) рак желудка

б) язвенная болезнь 12-перстной кишки

в) кардиоспазм

г) скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

д) хронический гастрит.

13. Какие рекомендации Вы дадите больному с рефлюкс-эзофагитом на почве грыжи пищеводного от­верстия диафрагмы?

а) дробный прием пищи небольшими порциями

б) высокое положение головы и грудной клетки во время сна

в) прием антацидов

г) прием церукала

д) все верно.

14. Задней стенкой пахового канала является:

а) паховая связка

б) связка Купера

в) апоневроз наружной косой мышцы живота

г) поперечная фасция

д) край внутренней косой и поперечной мышц.

15. Что такое рихтеровское ущемление грыжи?

а) ущемление в области дуодено-еюнального мешка

б) ущемление перекрученной сигмовидной кишки

в) ущемление желудка в диафрагмальной грыже

г) ущемление Меккелева дивертикула в паховой грыже

д) пристеночное ущемление кишки.

16. Пластику грыжевых ворот при косой паховой грыже обычно производят методами

а) Бассини

б) Грекова

в) Руджи

г) Мейо

д) Жирара.

17. Прямую паховую грыжу характеризует слабость стенки:

а) задней

б) верхней

в) передней

г) нижней

д) всех стенок..

18. Основным видом ущемления кишки не является:

а) полное

б) ретроградное

в) каловое

г) пристеночное

д) эластическое.

19. Критериями оценки жизнеспособности кишки не является:

а) положительная щипковая проба

б) розовый цвет и блеск брюшины

в) темные пятна на стенке кишки

г) пульсация сосудов брыжейки

д) перистальтика кишки.

20. Для лечения разлитого гнойного перитонита при ущемленной грыжепоказаны лечебные мероприятия:

а) устранение источника перитонита

б) санация брюшной полости

в) антибактериальная терапия

г) восстановление электролитных нарушений

д) все верно.

21. Какое вещество вырабатывают G-клетки желудка?

а) пепсин

б) пепсиноген

в) гастрин

г) глюкагон

д) соляная кислота.

22. Для декомпенсированного пилиро-дуоденального стеноза характерно:

а) симптом "падающей капли"

б) болезненность в правом подреберье

в) стул в виде "малинового желе"

г) резкие боли в эпигастрии, отсутствие печеночной тупости

д) рвота непереваренной пищей, шум плеска.

23. У больного 48 лет с гигантской язвой желудка (язвенный анамнез 11 лет) выявлена гистаминорефрактерная ахлоргидрия. Показана операция:

а) резекция желудка

б) селективная проксимальная ваготомия

в) стволовая ваготомия

г) СПВ с пилоропластикой

д) гастроэнторостомия.

24. Какие показатели характеризуют кровотечение тяжелой степени?

а) пульс чаще 120 ударов в минуту

б) систолическое АД ниже 80 мм рт. ст.

в) Нb ниже 80 г/л

г) дефицит ГО больше30%

д) все верно.

25. Какой симптом характерен для кровоточащей гастродуоденальной язвы?

а) усиление болей в животе

б) отсутствие болей

в) кал по типу "малинового желе"

г) рвота "кофейной гущей"

д) мелена.

26. Определить несостоятельность коммуникантных вен позволяют все пробы кроме:

а) Тальмана

б) Сикара

в) Броди-Тоянова-Тренделенбурга

г) Шейниса

д) Пратта.

27. При первичном варикозном расширении вен нижних конечностей оптимальным видом лечения является:

а) эластическое бинтование

б) хирургическое лечение

в) лечебная физкультура

г) массаж

д) рефлексотерапия.

28. Атеросклеротические аневризмы чаще всего располагаются:

а) в подколенной артерии

б) лучевой артерии

в) бедренной артерии

г) плечевой артерии

д) дистальной части брюшной аорты.

29. В дифференциальном диагнозе между острым венозным и артериальным тромбозом не учитывается:

а) характер отека

б) окраска кожи

в) состояние поверхностных вен

г) пульсация артерий

д) пол больного.

30. Для выявления несостоятельности клапанов поверхностных вен используется проба:

а) трехжгутовая (Шейниса)

б) маршевая (Дельбе-Пертеса)

в) Троянова-Тренделенбурга

г) Пратта

д) Тальмана.

31. Неотложная помощь при клапанном пневмоторак­се начинается с:

а) трахеостомии

б) дренажа плевральной полости

в) трахеотомии

г) блокады межреберных нервов

д) окклюзионной повязки.

32. Основной причиной спонтанного пневмоторакса является:

а) буллезные изменения альвеол и кисты легкого

б) парпневмонический абсцесс легкого

в) рак легкого

г) бронхоэктазы

д) туберкулез легких.

338. Наиболее частые осложнения абсцес­са легкого, все кроме:

а) амилоидоз

б) эмпиема плевры

в) легочное кровотечение

г) пиопневмоторакс.

34. Какие осложнения возможны при рубцовой послеожоговой стриктуре пищевода в отдаленном пе­риоде?

а) хронический эзофагит

б) кровотечение

в) рак пишевода

г) полипоз пищевода

д) перфорация пищевода.

35. Какие методы применяются для лечения доброкачественных новообразований пищевода?

а) экстирпация пищевода

б) энуклеация опухоли

в) резекция сегмента пищевода

г) лучевая терапия

д) химиотерапия.

36. При каких условиях рентгенологически выявля­ются скользящие грыжи пищеводного отдела диа­фрагмы?

а) в положении стоя

б) в полусидячем положении

в) в положении Тренделенбурга

г) в положении Гротта

д) искусственной гипотонии 12-перстной кишки.

37. Какой метод исследования является наименее информативным в диагностике грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?

а) УЗИ

б) внутрипищеводная рН-метрия

в) эзофагоманометрия

г) рентгеноскопия

д) ФЭГДС.

38. Какие из перечисленных видов грыж относятся к внутренним?

а) грыжа Трейца

б) грыжа Литтре

в) спигелевой линии

г) илеоцекальные

д) грыжа Лесгафта.

39. Какие факторы не способствуют возникновению вентральных грыж?

а) курение

б) резкие похудание

в) анатомические особенности брюшной стенки

г) повышение внутрибрюшного давления

д) тяжелая физическая работа.

40. При флегмоне грыжевого мешка операцию начинают с:

а) вскрытия флегмоны

б) срединной лапаротомии

в) выделения грыжевого мешка из окружающих тканей

г) пункции грыжевого мешка

д) одновременной операции из двух доступов.

41. При бедренном доступе пластику грыжевых ворот при бедренной грыже обычно производят методом:

а) Бассини

б) Жирара

в) Мейо

г) Руджи

д) Парлавеччо.

42. При ущемленной грыже операцию начинают с:

а) срединной лапаротомии

б) рассечение грыжевых ворот

в) вскрытия грыжевого мешка

г) вправления грыжи.

43. Для клиники ущемленной грыжи характерно все, кроме:

а) боли в грыже

б) невправимость грыжи

в) желтуха

г) рвота

д) чаши Клойбера.

44. Симптомами диффузного разлитого гнойного пе­ритонита являются все, кроме:

а) частый слабый пульс

б) напряжение мышц брюшной стенки

в) вздутие живота

г) скопление жидкости в отлогих местах живота

д) высокая лихорадка

е) гиперемия передней брюшной стенки.

45. Срединную лапаротомию необходимо проводить при:

а) разлитом перитоните, причина которого пристеночное ущемление грыжи

б) местном неограниченном перитоните

в) абсцессе дугласова пространства

г) аппендикупярном инфильтрате

д) все верно.

46. Наиболее частым источником массивного кровотечения из верхних отделов ЖКТ является:

а) язва желудка

б) язва 12-перстнои кишки

в) рак желудка

г) синдром Мэллори-Вейсса

д) геморрагический гастрит.

47. Какой из методов наиболее достоверен в определении точной локализации кровотечения из верхних отделов ЖКТ?

а) томография

б) рентгенография с барием

в) ФГДС

г) ЭРХПГ

д) артериография.

48. Для прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки не характерно:

а) язвенный анамнез

б) кинжальная боль

в) доскообразный живот

г) тахикардия

д) исчезновение печеночной тупости.

49. Наиболее вероятной причиной снижения резистентности слизистой оболочки желудка, приводящей к развитию язвы, является:

а) дефицит необходимых для воспроизводства клеток пластических субстанций и биохимически активных веществ

б) метаболические сдвиги в организме

в) локальная ишемия гастро-дуоденальной слизистой

г) хронический гастрит

д) гормональные сдвига в организме.

50.У больного 48 лет с гигантской язвой желудка (язвенный анамнез 11 лет) выявлена гистаминорефрактерная ахлоргидрия. Какие препараты следует использовать для заживления язвы?

а) циметидин

б) ранитидин

в) фамотидин

г) омепразол

д) все перечисленные.

51. При каком виде кровотечения наблюдается пенистая кровь?

а) носовое

б) пищеводное

в) желудочное

г) легочное

д) кишечное.

52. При пальцевом прижатии раненной a. femoralis возможно следующее осложнение:

а) сепсис

б) жировая эмболия

в) воздушная эмболия

г) продолжающееся кровотечение

д) гангрена конечности.

53. Распространению флеботромбоза в венах нижних конечностей способствует:

а) строгий постельный режим

б) антикоагулянтная терапия

в) антиагрегантная терапия

г) эластическое бинтование

д) лечебный массаж.

54. Для острой артериальной недостаточности конечностей не характерно:

а) отсутствие пульса

б) парестезии

в) трофические язвы голени

г) паралич конечностей

д) бледность кожи и боли.

55. Сущность пробы Оппеля состоит в:

а) утомлении ног

б) реактивной гиперемии

в) побледнении подошвенной поверхности стопы

г) побледнении пальцев

д) боли в икроножным мышцах.

56. К осложнениям варикозной болезни относят:

а) пигментацию кожи

б) индурацию подкожной клетчатки

в) трофические язвы

г) тромбофлебит

д) все верно.

57. Мужчина 40 лет в алкогольном опьянении спал на улице. Через 3 дня повысилась температура, появи­лись боли в грудной клетке. В последующем повыше­ние температуры до 39. Через 2 недели внезапно при кашле отошло около 200 мл гноя с неприятным запа­хом. Предварительный диагноз?

а) бронхоэктатическая болезнь

б) острый абсцесс легкого

в) эмпиема плевры

г) обострение хронического бронхита

д) гангрена легкого.

58. Какова должна быть лечебная тактика у больного с острым абсцессом легкого в стадии формирования без прорыва в бронх?

а) резекция легкого

б) пневмотомия

в) пункция плевральной полости

г) торакопластика

д) консервативное лечение.

59. Для клиники кардиоспазма характерны симптомы, кроме:

а) обильная рвота желудочным содержимым

б) избирательная дисфагия (яблоки, апельсины, газвода)

в) срыгивание во время еды

г) парадоксальная дисфагия

д) одихофагия.

60. При стойком и длительном течении кардиоспазма следует применить метод лечения:

а) медикаментозный

б) гипносуггестивный

в) кардиодилатация

г) оперативный (резекция)

д) эндопротезирование.

61. При скользящих грыжах пищеводного отверстия диа­фрагмы встречаются симптомы, кроме:

а) изжога

б) боль за грудиной

в) дисфагия

г) кишечная непроходимость.

62. У больной 50 лет внезапно возникла острая дисфагия, резкие боли за грудиной. Выберите наиболее ве­роятную причину страданий больной:

а) межреберная невралгия

б) стенокардия

в) рефлюкс-эзофагит

г) грыжа Ларрея

д) ущемленная параэзофагеальная грыжа.

63. Какой вид острой кишечной непроходимости вызывает ретроградное ущемление тонкой кишки?

а) спаечную

б) динамическую

в) обтурационную

г) смешанную

д) странгуляционную.

64. Ранние клинические проявления ущемления тонкой кишки при внутренних грыжах:

а) диарея

б) коллапс

в) схваткообразные боли в животе, задержка газов

г) симптомы раздражения брюшины

д) мелена.

65. При ущемлении грыжи у больного с острым инфарктом миокарда показано:

а) наблюдение, холод на живот

б) вправление грыжи

в) введение спазмолитиков

г) положение Тренделенбурга

д) экстренная операция.

66. Показанием к экстренной операции при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи является:

а) наличие грыжевого выпячивания

б) появление перитонеальных симптомов

в) повышение температуры

г) дизурические явления

д) сам факт самопроизвольного вправления.

67. Для ущемленной грыжи характерны признаки, кроме:

а) рвота

б) напряжние и болезненность грыжи

в) ранний метеоризм

г) притупление над грыжевым выпячиванием

д) отсутствие кашлевого толчка.

68. Промывание брюшной полости показано при:

а) установленном диагнозе аппендикулярного инфильтрата

б) периаппендикулярном абсцессе

в) гангренозном аппендиците и местном ограниченном перитоните

г) воспалении лимфоузлов брыжейки тонкой кишки

д) некрозе кишки

е) при ретроградном ущемлении.

69. При рихтеровском ущемлении грыжи с разлитым гнойным перитонитом не следует выполнять:

а) срединную лапаротомию устранение причины перитонита

б) аппендэктомию

в) санацию брюшной полости

г) дренирование брюшной полости

д) интубацию кишки.

7\20. Окрашенный кровью экссудат в брюшной полости наблюдается всегда, кроме:

а) туберкулезного перитонита

б) нарушенной внематочной беременности

в) острого панкреатита

г) перекрута кисты яичника

д) ретроградного ущемления наружной грыжи.

71. Показания к операции при язвенной болезни не являются относительными при:

а) выявлении атипии клеток в каллезной язве

б) систематических сезонных ежегодных обострениях язвенной болезни, осложняющихся кровотечением

в) язвенной болезни, ранее осложнявшейся прободением с ушиванием

г) многократным ежегодным обострениям

д) при безуспешном лечении хронической язвы.

72. Эзофагогастродуоденоскопия не позволяет:

а) оценить состояние кардиального сфинктера и привратника

б) дать разностороннюю оценку язвенного дефекта и определить его локализацию

в) оценить состояние слизистой желудка и 12-перстной кишки

г) выявить синдром Золлингера-Эллисона

д) определить степень стеноза привратника.

73. Наиболее информативным методом диагностики

перфоративных язв является:

а) эзофагогастродуоденоскопия

б) УЗИ

в) лапароцентез

г) лапароскопия

д) обзорная рентгеноскопия.

74. Наиболее физиологичным методом резекции желудка считается:

а) Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера

б) резекция в модификации Ру

в) Бильрот-1

г) модификация Бальфура

д) резекция по Райхель-Полиа.

75. Для прободной язвы желудка в первые 6 часов не характерно:

а) резкие боли в животе

б) доскообразный живот

в) исчезновение печеночной тупости

г) вздутие живота

д) "серп" газа под куполом диафрагмы.

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

**Ситуационная задача 1**

У больной С., 57 лет по ходу варикозной расширенной большой подкожной вены в средней трети бедра появились боли, гиперемия кожи, уплотнение на протяжении 10 см, повысилась температура тела до 38,1ºС, лейкоциты 15, 6 х 109/л.

Ваш диагноз? Тактика врача?

**Ситуационная задача 2**

Больной 43 лет поступил с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, одышку, слабость. Неделю назад выписан из терапевтического стационара, где находился на лечении по поводу пневмонии. Состояние средней тяжести. Температура тела 39,4ºС. Левая половина грудной клетки отстает от правой в акте дыхания, межреберные промежутки слева расширены. При аускультации слева до уровня угла лопатки дыхание не прослушивается. Перкуторно – тупой звук по горизонтальной линии на уровне 4 межреберья.

Анализ крови: гемоглобин 118 г/л, эритроциты 4,2 х 1012/л, лейкоциты 18,0 х 109 /л, ю-3, п-10, с-49, м-12, л-26%, СОЭ-16 мм/час.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки, слева плотная тень с горизонтальным уровнем на уровне 4 межреберья.

Диагноз? Дополнительные методы исследования? Дифференциальный диагноз? Лечение?

**Ситуационная задача 3**

У больного Н., 45 лет, выявлен длительный язвенный анамнез в течение 15 лет. В течение последних месяцев отмечает ухудшение состояния, похудание, появление чувства давления в эпигастрии. Рвота большим количеством не переваренной пищи. При рентгенологическом исследовании резкая деформация луковицы 12 - перстной кишки, большой атоничный желудок с большим количеством содержимого, дно его на уровне подвздошных костей. Поступил в хирургическое отделение в связи с ухудшением состояния, выраженным болевым синдромом. Общий белок 62 г/л, ионы хлора в сыворотке 55 ммоль/л.

Диагноз? Тактика хирурга?

**Ситуационная задача№4**

Больной И., 53 лет, страдающий язвенной болезнью желудка и 12 – перстной кишки в течение 10 лет, поступил в клинику с жалобами на чувство тяжести и тупые боли в эпигастрии после еды, периодически рвоту съеденной накануне пищей, отрыжку тухлым. Иногда сам больной вызывает рвоту, после чего отмечает облегчение. Аппетит сохранен, но больной боится принимать пищу.

Ваш предположительный диагноз? План и методы обследования больного? Методы лечения

**Ситуационная задача№5**

Больная С., 42 лет, оперирована полгода тому назад по поводу тиреотоксического зоба. Жалуется на общую слабость, сонливость, упадок сил, прибавку в весе на 20 кг. Лицо пастозное, одутловатое. Кожа сухая. Рубец после операции в хорошем состоянии. Основной обмен (-25%)

Что произошло с больной? План лечения?

**Ситуационная задача№6**

У молодой женщины внезапно возникли сильные боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку. Боли постоянные. Пульс 100 в мин. Температура 38,8ºС, язык влажный. При пальпации живота болезненность и напряжение мышц живота в правой пахово-подвздошной области. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всей правой половине живота. Симптом Ровзинга положительный, Ситковского – отрицательный. Лейкоциты 12,3 х 10 9/л.

Какое заболевание Вы предположили? Какие дополнительные исследования нужно проделать? Как лечить больную?

**Ситуационная задача№7**

В приемное отделение доставлен больной 50 лет, страдающий в течение 3-х лет пахово-мошоночной грыжей. Сутки назад грыжа ущемилась. Больной, находясь дома, пробовал сам вправить грыжу. Это ему не удалось. Состояние больного ухудшилось, и он решил отправиться в клинику. Во время гигиенической ванны в приемном отделении грыжа самопроизвольно вправилась. Больной почувствовал себя совершенно здоровым и был отпущен врачом-хирургом домой. Через 5 часов был доставлен вновь уже с явлениями перитонита.

В чем ошибка врача? Какие могут быть варианты течения заболевания при вправлении грыжи, и какая должна быть соответственно тактика врача?

**Ситуационная задача№8**

Больной 48 лет поступил в стационар по поводу внезапно возникшей у него обильной рвоты, малоизмененной кровью. Никаких указаний на заболевание желудка в анамнезе установить не удалось. Считал себя здоровым. Перенес гепатит В тяжелой форме. Общее состояние удовлетворительное. В семье у брата больного туберкулез легких. На протяжении года отмечает слабость и недомогание.

В анализе крови: Hb 85 г/л; Эр 2,1\*10 12 ; Ht 17 %; ФГДС- варикознорасширенные вены, н/3 пищевода. Источники кровотечения не выявлены

С каким заболеванием Вам придется проводить дифференциальный диагноз? Каковы будут Ваши действия при поступлении больного для уточнения диагноза?

**Ситуационная задача№9**

У ребенка 3 мес., страдающего запорами, в области пупка появилось выпячивание размером 1,5 х 1,5 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?

**Ситуационная задача№10**

У больного 45 лет выявлен длительный язвенный анамнез в течение 15 лет. Последние месяцы отмечает ухудшение состояния, похудание, появление чувства давления в эпигастрии, рвоту большим количеством непереваренной пищи. При рентгенологическом исследовании – резкая деформация луковицы 12-перстной кишки, большой атоничный желудок с большим количеством содержимого, дно его на уровне подвздошных костей. Поступил в хирургическое отделение в связи с ухудшением состояния, выраженным болевым синдромом.

Гемоглобин 162 г/л, эритроциты 4,6 х 1012/л, ионы хлора в сыворотке 56 ммоль/л.

Диагноз? Тактика хирурга?

**Ситуационная задача№11**

В приемное отделение поступил ребенок 10 мес. Со слов матери после начала прикорма смесями две недели назад появились проблемы со стулом –запоры сменялись поносами с избыточным газообразованием. Через 6 часов от начала заболевания. Ведет себя беспокойно, плачет. Был один раз стул с примесью крови. Пульс 112 в мин. Живот умеренно вздут, брюшная стенка не напряжена, правая подвздошная область при пальпации свободна, слепая кишка не определяется.

Лейкоциты 12,3 х 10 9/л.

Ваш диагноз? План обследования? Тактика хирурга?

**Ситуационная задача№12**

Больной 48 лет поступил с жалобами на опухолевидное образование в левой паховой области, тошноту и однократную рвоту. При осмотре состояние удовлетворительное, пульс 70 уд/мин. В левой паховой области выше пупартовой связки имеется болезненное опухолевидное образование мягко – эластической консистенции 6 х 4 см.

При горизонтальном положении образование не исчезает, симптом кашлевого точка отрицательный.

Ваш диагноз? Действия врача?

**Ситуационная задача№13**

Больной 45 лет, поступил через 18 часов от начала заболевания с жалобами на сильные постоянные боли в животе. Заболел внезапно через 30 минут после еды. Газы отходят. Рвоты нет. Тошнота. Стула не было. Кожа бледная. Пульс 110 в мин. Лежит спокойно. Язык сухой. Живот не участвует в акте дыхания, резко напряжен и болезнен во всех отделах, больше в эпигастрии и правой подвздошной области. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, кашлевого толчка.

Диагноз? Какие дополнительные (анамнестические, лабораторные, инструментальные и пр.) исследования необходимы для уточнения диагноза? Тактика?

**Ситуационная задача№14**

Больной Н., 45 лет, поступил на третьи сутки с момента заболевания с жалобами на боли по всему животу, больше справа, рвоту, озноб. Температура 38,9ºС. Пульс 120 в мин. Живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах, больше в правой подвздошной области, выраженное напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всему животу. С предположительным диагнозом острого деструктивного аппендицита больной через 25 минут после поступления оперирован под местной анестезией разрезом по Волковичу – Дьяконову.

Ваш предположительный диагноз? Согласны ли Вы с тактикой хирурга? Если нет, то почему?

**Ситуационная задача№15**

У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до 37,6ºС, была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина – Блюмберга справа резко положительный. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Пастернацкого отрицательный. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови 16,0 х 109/в 1 мкл.

Ваш предположительный диагноз? Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?

**Ситуационная задача№16**

У больной 32 лет, страдающей ревматическим митральным пороком сердца и мерцательной аритмией, внезапно возникли сильные боли в животе, задержка стула. Пульс 135 в мин, слабого наполнения. Живот не вздут, болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. АД 160/90 мм рт. ст. При ректальном исследовании – следы крови на перчатке. В анализе крови: лейкоциты – 16,0 х 10 9/л, п – 16, с – 72, л – 10, м – 2, СОЭ – 24 мм/ч

Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования? Тактика? Лечение?

**Ситуационная задача№17**

Больной 35 лет страдает язвенной болезнью в течение 8 лет, в анамнезе повторные желудочные кровотечения. Рентгенологически – язва луковицы 12-перстной кишки, эвакуация желудочного содержимого своевременная. Поступил в хирургическое отделение с выраженным болевым синдромом в связи с резким ухудшением состояния. Боли иррадиируют в спину, носят опоясывающий характер.

Диагноз? Тактика хирурга? Объем операции?

**Ситуационная задача№18**

У молодого человека 19 лет, после пищи через 1 час возникли резкие боли в эпигастрии, которые распространились в правую половину живота. Дома принимал но-шпу, баралгин, соду. Боли несколько уменьшились по интенсивности, но совсем не исчезли. Через 2 часа в связи с ухудшением состояния вызвал бригаду скорой помощи.

Объективно: бледен, покрыт холодным потом. Пульс 64 в мин. Живот не участвует в акте дыхания, резко напряжен в эпигастрии и правой половине. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Симптом Спижарного отрицательный. Ректально – болезненность передней стенки прямой кишки.

Лейкоциты 15,5 х 109 /л, гемоглобин 142 г/л, эритроциты 4,32 х 1012 /л.

Ваш предположительный диагноз? Какие необходимы уточнения анамнеза? Ваша тактика?

**Ситуационная задача№19**

Больной Н., поступил через 5 суток от начала заболевания с жалобами на умеренные боли в правой подвздошной области. Боли начали с эпигастральной области, затем перешли в правую подвздошную область. Задержки стула не отмечено. В прошлом подобных болей не было. При осмотре: температура 36,7ºС, пульс 72 уд/мин. Живот не вздут, мягкий при пальпации, болезнен в правой подвздошной области, где определяется плотное образование с нечеткими границами. Симптомы Щеткина – Блюмберга, Воскресенского отрицательные, лейкоциты 7,8 х 109/л.

Ваш диагноз и тактика лечения?

**Ситуационная задача№20**

У больной 65 лет, страдающей желчнокаменной болезнью после погрешности в диете, появились интенсивные боли в эпигастрии, правом подреберье. Боли носили опоясывающий характер, иррадиировали в лопатки, спину, сопровождались многократной рвотой, не приносящей облегчения. Самостоятельно принимала спазмолитики – без эффекта.

Объективно: состояние тяжелое, кожа лица с синюшным оттенком, пульс 124 в мин, склеры иктеричны, живот увеличен в объеме за счет подкожно – жировой клетчатки, вздут и болезнен в эпигастрии и правом подреберье, где определяется болезненное дно желчного пузыря. Положительные симптомы Керте, ВоскресенскогоII. Билирубин 96, 8 мкмоль/л за счет прямого.

Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования? Лечебная тактика?

**Ситуационная задача№21**

Больная 42 года в течение 4 лет страдает тиреотоксическим диффузным зобом 3 степени. Раздражительна. Плаксива. Пульс 132 в мин. Основной обмен + 60 %. Потеря в весе 8 кг. Нигде не лечилась. На УЗИ отмечается гепатомегалия.

Общий анализ крови: гемоглобин 109 г/л, эритроциты 3,12 х 1012/л, лейкоциты 5,6 х 10 9/л, гематокрит 30 %, э-2, п-3, с-68, л-20, н-7, СОЭ 38 мм/час, АЛТ – 1,58 ммоль/л, АСТ – 1,68 ммоль/л.

Дополнительные методы обследования? Действия врача?

**Ситуационная задача№22**

Больному В., 52 лет, два года тому назад была выполнена операция резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру по поводу язвенной болезни. Беспокоят приступы общей слабости, головокружения после приема пищи. Отмечает после еды усталость, сердцебиение, головокружение, сонливость, усиленное потоотделение. Потеря в весе 5 кг.

Ваш диагноз? План обследования?

**Ситуационная задача№23**

Больной 29 лет доставлен вертолетом из геологической партии на 4 сутки от начала заболевания в крайне тяжелом состоянии. Вялый, апатичный, плохо вступает в контакт. Лицо Гиппократа. Температура 39,4ºС, пульс 132 в мин. АД – 80/40 мм рт. ст. Дыхание 36 в мин. Язык сухой. Живот резко и диффузно вздут, при пальпации умеренно болезнен во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга нерезкий. Печеночная тупость отсутствует. В брюшной полости жидкость. Перистальтика кишечника не выслушивается. Жидкий зловонный стул.

Какой диагноз Вы поставите больному? Ваша тактика лечения?

**Ситуационная задача№24**

У больной 35 лет внезапно появились сильные боли в правой подвздошной области, слабость, головокружение. Пульс 120 в мин. Температура 36,7 ºС. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Здесь же положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Лейкоциты 9,6 х 109/л, эритроциты 2,8 х 1012/л.

О каком заболевании можно думать? Что следует уточнить из анамнеза? Какие дополнительные исследования помогут подтвердить предполагаемый диагноз?

**Ситуационная задача№25**

Больная 21 года обратилась за медицинской помощью с жалобами на кашель с мокротой. Накануне после выполнения тяжелой работы, внезапно появился кашель с обильным отхождением мокроты без запаха. В мокроте были замечены белого цвета пленки и мелкие пузырьки белого цвета. Состояние удовлетворительное. В легких справа влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, пульс 76 уд/мин, АД-110/79 мм рт. ст.

Анализ крови: гемоглобин 90 г/л, эритроциты 3,2 х 1012/л, лейкоциты 7,0 х 109/л, п-2, э-10, с-58, м-6, л-24%, СОЭ-14 мм/час. Реакция Кацони, ИФА (+)

Рентгенография легких: в средней доле правого легкого полость с горизонтальным уровнем, стенки полости тонкие, инфильтрации ткани легкого вокруг полости нет.

Диагноз? Дополнительные методы исследования? Дифференциальный диагноз? Лечение?

**Ситуационная задача№26**

Больная В., 47 лет, на протяжении последних 2 лет страдает частыми приступами болей в подложечной области и в правом подреберье. Последнее обострение – 12 часов. Несколько раз была рвота без примеси желчи. Пульс 90 в мин, температура тела 37,8ºС. Лейкоцитов в крови 9,6 х 109/л. Живот болезнен и слегка напряжен в срединном и правом отделах эпигастрия. Положительные симптомы Ортнера, ВоскресенскогоII. Диастаза мочи 512 ед.

Диагноз? Тактика врача?

**Ситуационная задача№27**

Больная Н., 36 лет, 1 год назад перенесла холецистэктомию и сфинктеротомию. В последние 2 месяца отмечает тупые боли в правом подреберье, тошноту. 2 недели назад появилась небольшая, постепенно увеличивающаяся иктеричность склер и кожи. Кал слабо окрашенный. Билирубин 156 мкмоль/л, (прямой 120 мкмоль/л, непрямой 36 мкмоль/л).

Диагноз? План обследования? Действия врача?

**Ситуационная задача№28**

Больной 42 лет, оперирован по поводу острого гангренозного холецистита месяц назад. Послеоперационный период осложнился нагноением операционной раны, которая медленно заживала. Утром у больного внезапно появились сильные боли в левом бедре и голени. Появилась температура до 38,0ºС, появился озноб. К вечеру у больного стал заметен и быстро нарастал отек всей левой нижней конечности. Кожа розово - синюшного цвета. Пульсация артерий конечности определяется отчетливо. Пальпация бедра болезненна. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет, легкая болезненность в левой подвздошной области.

Анализ крови: Нв – 142 г/л; лейкоциты – 10,5х109; п-7, с-73, л-12, м-8, СОЭ-30 мм/ч, ПТИ-118; МНО-0,8

Какое наступило осложнение? В чем должно заключаться лечение больного?

**Ситуационная задача№29**

Больная 25 лет перенесла фолликулярную ангину. Через 5 дней вновь повысилась температура тела до 38ºС, появились боли при глотании. Левая доля щитовидной железы увеличилась, стала плотной, резко болезненной. Кожа над ней гиперемирована. Пульс 120 в мин. Лейкоцитов в 14,1 х 109/л.

Ваш диагноз? Действия врача?

**Ситуационная задача№30**

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?

**Ситуационная задача№31**

Больной 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью желудка, отметил, что последние 2 дня боли у него стали менее интенсивными, но появилась общая слабость, головокружение. Была кратковременная потеря сознания. Больной бледен. В эпигастрии небольшая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет.

Какое осложнение язвенной болезни Вы заподозрили? Какие срочные дополнительные исследования примените для подтверждения Вашего предположения? Куда и каким способом Вы отправите на лечение больного?

**Ситуационная задача№32**

Через 40 мин. после переливания одногруппной и Rh совместимой эр. массы у больного повысилась температура тела да 39ºС, появился выраженный озноб, он буквально подпрыгивал на кровати, укрывшись одеялами. Больной не мог согреться. При осмотре: цианоз губ, землистый оттенок лица. Пульс 140 в мин., АД 90/60 мм рт. ст., кожные покровы влажные, горячие на ощупь. Моча обычного цвета.

Какое возникло осложнение? Тактика врача?

**Ситуационная задача№33**

Больной 38 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на боль в правой половине грудной клетки, высокую температуру тела, одышку. Доставлен из отделения пульмонологии, где лечился по поводу крупозной пневмонии. Ухудшение состояния и боли в грудной клетке появились внезапно 3 часа назад при подъеме больного с кровати. Состояние тяжелое. Кожа с синюшным оттенком. Температура 39,7ºС. ЧДД – 38 в мин, ЧСС – 118 уд/мин, АД 90/40 мм рт. ст. В легких справа в нижних отделах дыхание не прослушивается. Живот без особенностей. На рентгенограмме грудной клетки справа интенсивное затемнение с горизонтальным уровнем до 2 межреберья.

Анализ крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты 4,1 х 1012 /л, лейкоциты 18 х 10 9/л, п-9, с-56, м-11, л-24, СОЭ-50 мм/час.

Диагноз? Дифференциальный диагноз? Лечение?

**Ситуационная задача№34**

Больная 34 лет поступила через 3 недели от начала заболевания с жалобами на боль в правой половине грудной клетки, слабость, высокую температуру тела, кашель со зловонной гнойной мокротой в количестве 100-150 мл в сутки. Лечилась амбулаторно по поводу пневмонии, ухудшение в последние 2-3 дня. На обзорной рентгенограмме обнаружена очаговая инфильтрация ткани правого легкого с разрежением в центре.

Анализ крови: гемоглобин 110 г/л, Эр – 4,2 х 1012/л, лейкоциты 12 х 109/л, ю-2, п-8, с-70, м-6, л-14, СОЭ-38 мм/час.

Анализ мочи: уд. вес – 1012, белок 0,033 %, лейкоциты 1-2 в п/зр..

Какой диагноз? Дополнительные методы исследования?

Лечение данного заболевания.

**Ситуационная задача№35**

У больной 36 лет обнаружено опухолевидное образование на передней поверхности шеи размером 8 х 5 см, безболезненное, с гладкой поверхностью, подвижное при глотании. Болеет 5 лет. Проживает на Урале. Глазные симптомы не выражены. Пульс 80 в мин. Отмечает одышку при физической работе.

Ваш диагноз? Дополнительные методы обследования? Действия врача?

**Ситуационная задача№36**

У больной 58 лет, страдающей варикозным расширением поверхностных вен обеих конечностей, ожирением 3 ст., гипертонической болезнью 2 ст., вечером появились незначительные тянущие боли в области икроножных мышц справа. Утром по пути на работу внезапно появились боли за грудиной, немотивированная одышка, кашель с мокротой и прожилками крови.

Объективно: пульс 128 уд/мин, АД 140/90 мм рт. ст., ЧДД 28 в мин, в легких справа в нижних отделах влажные единичные хрипы. На ЭКГ р-″пульмонале″, ЭОС отклонена вправо, расщепление QRS в 3 отведении.

Ваш предварительный диагноз? Дополнительные методы обследования? Профилактика и лечение?

**Ситуационная задача№37**

У больного Н., 47 лет, перенесшего полтора года тому назад резекцию желудка по Бильрот-2, по поводу язвенной болезни 12 – перстной кишки, через 1,5 – 2 часа после приема пищи возникают приступы мышечной слабости, разбитости, головных болей, чувство голода и иногда сопровождаются потерей сознания. Дефицит массы тела 10 кг.

Диагноз? Дополнительные методы исследования. План лечения?

**Ситуационная задача№38**

Пастух доставлен в стоматологическое отделение городской больницы с жалобами на затруднение жевания. Несколько дней назад в поле наколол стопу сухой веткой. При осмотре обнаружен тризм челюсти 2 степени, отека по ходу челюсти нет. На рентгенограмме – признаков остеомиелита нет, зубы целые.

О каком заболевании следует думать? Ваша тактика? Лечение?

**Ситуационная задача№39**

Больной 50 лет оперирован по поводу множественных хронических абсцессов правого легкого. Произведена правосторонняя пневмонэктомия.

После пробуждения больного через 20 мин. анестезиолог отметил тахикардию 140 уд/мин. Пульс малого наполнения. АД снизилось до 70/20 мм рт.ст. При перкуссии правой половины грудной клетки выявилась тупость в отлогих местах, по дренажу из плевральной полости поступает кровь.

О каком осложнении следует в подобных случаях, прежде всего, подумать? Какие меры следует предпринять?

**Ситуационная задача№40**

Больная С., 65 лет, поступила в инфекционную больницу с жалобами на боли в животе, жидкий стул с примесью крови. Больна вторые сутки. Год тому назад перенесла инфаркт миокарда. Температура тела 36,7ºС. Стонет от болей. Живот слегка вздут, мягкий при пальпации, болезнен во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Рентгенологически – чаши Клойбера. Кал на дизгруппу отрицательный. Пульс 130 в мин, аритмичный, дефицит составляет 18 уд в мин.

Ваш диагноз? Дополнительные методы обследования?

**Образец зачетного билета**

**ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России**

**Кафедра госпитальной хирургии, урологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации – специалист**

**Специальность: 31.05.01 Лечебное дело**

**Дисциплина: Госпитальная хирургия**

**Форма промежуточной аттестации: экзамен**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Билет № ХХХ**1. Язвенная болезнь, хроническая язва желудка и 12-перстной кишки. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению. Виды оперативных вмешательств.
2. Атеросклероз, как вид нарушений липидного и белкового обмена. Облитерирующий атеросклероз артерий: классификация по стадиям, клиника, диагностика, лечение.
3. Полипы и полипоз толстой кишки. Клиника, диагностика, лечение

**Ситуационная задача**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?

|  |  |
| --- | --- |
| 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) |
| 1 | ОК-1 - способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | Этические и деонтологические аспекты взаимоотношений между медицинскими сотрудниками, больными и их родственниками, их особенности при различных видах хирургической патологии с учетом действующих нормативных документов | вопросы № 2,6,7 |
| Беседа, демонстрация, самостоятельная работа с литературой, курация больных,прием амбулаторных больных, беседы с родственниками. | практические задания №7 |
| Уметь проводить беседы с пациентами, проводить их курацию, докладывать и демонстрировать больных на занятии,проводить амбулаторный прием и беседы с родственниками пациентов | практические задания № 7, 8, 15,22 |
| Уметь провести хирургический профилактический медицинский осмотр пациента, оформить карту диспансерного наблюдения | практические задания №1 |
| Владеть навыками обследования пациентов, методами диспансерного наблюдения хирургических больных, навыками заполнения карты диспансерного наблюдения | практические задания № 1, 45 |
| 2 | - 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 № 12, 16, 17, 18, 19, 20,21, 22, 23, 24,25,26,28,32,33,34,35,36, ,37,38,42, 44,45, 47,48,49, 50,51,52,53,54,55,56,57,58,59 |
| Уметь определить объем лабораторных и инструментальных исследований | практические задания № 47, 48, 49, 50, 44, 43, 42  |
| Владеть навыками интерпритации методов клинической, инструментальной и лабораторной диагностики заболеваний, алгоритмом постановки диагноза | 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, 29,30,31,32, 33,35,36,37,38,39,40,41  |
| 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 № 12, 16, 17,18,19,20,22,23,24,25,26,32,.33,34,35,36,37, 38,42,44,45, 47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,,57,59 |
| Уметь провести клинический осмотр пациента хирургического отделения поликлиники, поставить диагноз заболевания в соответствии с МКБ 10 | 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, 29,30,31,32, 33,35,36,37,38,39,40,41,42 |
| 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, 29,30,31,32, 33,35,36,37,38,39,40,41 |
| 8 | - ПК-8 способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формамиготовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека | Знать основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся хирургических заболеваниях и состояниях. | вопросы № 7,8 |
| Уметь выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся хирургических заболеваниях и состояниях. | практические задания № 8, 10, 14, 15, 16, 46 |
| Владеть на общеврачебном уровне основными лечебными мероприятиями при наиболее часто встречающихся хирургических заболеваниях и состояниях. | практические задания №8, 10, 14, 15, 16, 46 |
| 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 №1, 2,3,4,5,6,7,8,9, 13, 15, 41  |
| Уметь разработать план обследования и лечения амбулаторных пациентов с хирургическими заболеваниями | 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, 29,30,31,32, 33,35,36,37,38,39,40,41 |
| Владеть техникой хирургической обработки гнойной раны и дренирования, наложения повязок | 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, 29,30,31,32, 33,35,36,37,38,39,40,41, 47, 48, 49, 50, 44, 43, 42 |
| 10 | - ПК-18 готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства | Знать нормативную документацию, принятую в здравоохранении: законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации. | вопросы № 27, 60 |
| Уметь использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении: законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации. | практические задания № 27 |
| Владеть способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении: законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации. | практические задания № 27 |

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

**Цель и задачи**

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

Балльно-рейтинговая система оценивания учебных достижений обучающихся является элементом системы независимой оценки качества образовательной деятельности в ОрГМУ и предназначена для обеспечения объективности и достоверности оценивания образовательных результатов обучающихся.

1.1. Функции БРС:

- контроль результатов освоения студентами программы по госпитальной хирургии;

- определение правил взаимодействия преподавателей, обучающихся, представителей администрации вуза в части оценивания результатов освоения студентами программы по госпитальной хирургии;

- развитие образовательной самостоятельности и ответственности студентов, формирование способности обучающихся к самообразованию, рациональному планированию процесса обучения, самоконтролю результатов;

- получение дифференцированной и разносторонней информации о качестве и результативности обучения, а также о персональных учебных достижениях обучающихся;

- обеспечение прав обучающихся и преподавателей в вопросах оценивания образовательных результатов обучающихся;

- внесение в процесс обучения элемента состязательности, мотивация обучающихся на достижение более высоких образовательных результатов, осознанное осуществление образовательной деятельности.

1.2.Основные задачи БРС:

- совершенствовать организацию образовательного процесса за счет внедрение инновационных методик проведения педагогических контроля, измерения и оценивания учебных достижений студентов на основе информационных технологий;

- активизировать учебно-методическую работу — профессорско-преподавательского состава с целью повышения качества методического сопровождения образовательного процесса;

- усилить контроль над систематической работой студентов при освоении ими программы по госпитальной хирургии посредством более высокой дифференциации оценки результатов их учебной деятельности;

- получить объективную оценку успеваемости студентов и овладения ими компетенциями, формируемыми в ходе изучения госпитальной хирургии;

- формировать способности обучающихся к самообразованию, рациональному планированию процесса обучения, самоконтролю результатов.

Настоящее Положение разработано согласно требованиям Положений П 004.03-2020 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» и П 076.02-2019 «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры» ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России.

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы используются следующие термины и определения:

**Балльно-рейтинговая система:** система непрерывной накопительной количественной оценки качества освоения обучающимися учебных дисциплин, прохождения практик, предусмотренных ОПОП ВО.

**Бонусные баллы:** дополнительные баллы, начисляемые по решению кафедры обучающемуся за определенные настоящим положением виды академической активности, проявленной в ходе изучения дисциплины, прохождения практики.

**Дисциплинарный рейтинг:** суммарное количество баллов, набранное обучающимся по дисциплине (модулю), практике, на основании которого определяется по единой системе перевода оценка в пятибалльной системе.

**Зачетный рейтинг:** количество баллов обучающегося, полученное в результате проведения зачета/дифференцированного зачета по дисциплине (модулю), практике.

**Контроль самостоятельной работы:** форма контактной работы по дисциплинам (модулям), предусматривающаяпроверку и учет самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

**Промежуточная аттестация**: оценка качества освоения обучающимися ОПОП ВО, в том числе отдельной части или всего объема дисциплины, практики по итогам семестра и завершению обучения.

**Пятибалльная система:** система оценок «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно», «зачтено», «не зачтено».

**Текущий контроль успеваемости:** систематическая проверка отдельных знаний, умений и навыков обучающихся, необходимых для освоения учебной дисциплины, практики.

**Текущий стандартизированный рейтинг** (далее-текущий рейтинг)**:** текущий фактический рейтинг, приведенный к стандартизированному значению в соответствии с установленной в Университете системой перевода.

**Текущий фактический рейтинг**: результаты оценивания всех обязательных видов аудиторной и внеаудиторной работы обучающихся, выраженные в баллах, в период изучения дисциплины, прохождения практики.

**Учебные достижения:** реально показанный обучающимся уровень достижения запланированных целей и задач обучения, в том числе уровень сформированности компетенций и соответствующих дескрипторов.

**Факультативные навыки:** необязательные к выполнению манипуляции при прохождении практики обучающимся в рамках рабочей программы практики.

**Экзаменационный рейтинг:** количество баллов, полученных обучающимся в результате проведения экзамена по дисциплине.

значению в соответствии с установленной в Университете системой перевода.

**Порядок расчета текущего рейтинга и бонусных баллов по дисциплине (модулю)**

Текущий фактический рейтинг обучающегося формируется в результате проведения текущего контроля успеваемости, в том числе контроля выполнения обучающимся самостоятельной (внеаудиторной) работы, по дисциплине (модулю), практике.

Бонусные баллы определяются в диапазоне от 0 до 5 баллов. Критериями получения бонусных являются:

- посещение обучающимся всех практических занятий и лекций – 2 балла (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине (донорская справка, участие от ОрГМУ в спортивных, научных, учебных мероприятиях различного уровня);

- результаты участия обучающегося в предметной олимпиаде по изучаемой дисциплине, проводимой на кафедре: 1-ое место – 3 балла, 2-ое место, 3 –е место – 2 балла, участие – 1 балл.

Текущий фактический рейтинг обучающегося выражается в баллах и рассчитывается в соответствии

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося.

Текущий фактический рейтинг по дисциплине (модулю) (максимально 70 баллов) складывается из суммы баллов, набранных в результате:

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине;

- рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины (при наличии);

- самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

По окончанию каждого модуля производится подсчет рейтинга модуля (Рм) (максимально 70 баллов) – текущего фактического рейтинга, который складывается из баллов, полученных за практические занятия (Р практ., максимально 50 баллов), за посещение лекционного курса (Р лекц., максимально 10 баллов), за выполнение обязательной самостоятельной внеаудиторной работы (Р сам., максимально 10 баллов) и рубежного рейтинга (Р рубеж, максимально 50 баллов) по следующей формуле:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Рм (текущий фактический рейтинг модуля)** | **=** | **(Рпрактич. Ррубеж. )/2** | **+** | **Р лекц.** | **+** | **Р сам.** |

Количество баллов за практические занятия модуля определяется как среднее арифметическое баллов, полученных за все занятия, умноженные на 10.

**Р практич. =(з1+з2+з3+зN)/N х 10**

Оценка студента по каждому практическому занятию проводится по следующей формуле:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Оценка за** **практическое занятие** **(максимально** **5 баллов)** | **=** | **Отсутствие опозданий** **(1 балл за отсутствие опозданий, 0 баллов за опоздание)** | **+** | **Соблюдение норм деонтологии и этики (0 или 1 балл)** | **+** | **Выполнение всех этапов занятия (от 0 до 3 баллов)** |

Оценка за выполнение этапов занятия является средней арифметической оценок, выставленных по прохождению студентом каждой контрольной точки, указанной в таблице .

**Оценка аудиторной работы студентов на практических занятиях**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид работы | Вид контроля | Баллы |
| 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 овладению и 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 |

При этом оценка «отлично» оценивается как 3 балла, оценка «хорошо» - как 2 балла, «удовлетворительно» - 1 балл, «неудовлетворительно» - 0 баллов (критерии оценки соответствуют принципам выставления экзаменационных баллов, см. п. 4.5).

Таким образом, по каждому практическому занятию студент получает до 5 баллов включительно (текущий контроль). Эта оценка складывается из среднеарифметического значения оценки выполнения всех этапов (контрольных точек) 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).

По окончании каждого модуля дисциплины проводится рубежный контроль (при наличии) в форме итогового занятия и определяется количество баллов рубежного контроля максимально 70 баллов.

Рубежный рейтинг (Р рубеж) рассчитывается по следующей схеме:

1) Итоговое компьютерное тестирование (10 баллов при правильных ответах на 71% вопросов и более, при 70% и менее – 0 баллов)

2) Чтение рентгенограмм (КТ, МРТ, УЗИ) (максимально 10 баллов)

3) Решение ситуационной клинической задачи (максимально 10 баллов)

4) Курация больного с демонстрацией степени овладения соответствующими компетенциями (максимально 20 баллов).

Сумма баллов за вышеуказанные контрольные точки и составляет рубежный рейтинг.

Выполнение лекционного курса модуля (максимально 10 баллов) оценивается по количеству посещенных лекций.

**Оценка аудиторной работы студента на лекции**

**4 лекции в семестре**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид работы | Вид контроля | Баллы |
| Посещение лекции | Присутствие на лекциипри посещении 1 лекциипри посещении 2-х лекцийпри посещении 3-х лекцийпри посещении 4-х лекций | 13710 |

**7 лекций в семестре**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид работы | Вид контроля | Баллы |
| Посещение лекции | Присутствие на лекциипри посещении 1 лекциипри посещении 2-х лекцийпри посещении 3-х лекцийпри посещении 4-х лекцийпри посещении 5-ти лекцийпри посещении 6-ти лекцийпри посещении 7-ми лекций | 12357810 |

**8 лекций в семестре**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид работы | Вид контроля | Баллы |
| Посещение лекции | Присутствие на лекциипри посещении 1 лекциипри посещении 2-х лекцийпри посещении 3-х лекцийпри посещении 4-х лекцийпри посещении 5-ти лекцийпри посещении 6-ти лекцийпри посещении 7-ми лекцийпри посещении 8-ми лекций | 123567810 |

Если результат тестирования после лекции 70% и менее, то необходимо вычесть 1 балл.

За выполнение каждого задания по самостоятельной (внеаудиторной) работе обучающийся получает количество баллов в соответствии с критериями оценивания (максимально 10 баллов).

**Оценка обязательной внеаудиторной самостоятельной работы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид работы | Вид контроля | Баллы |
| Курация больного с составлением эпикриза. | Защита эпикриза курации | От 0 до 5 |
| Подготовка реферата по заданной теме | Защита реферата | От 0 до 5 |
| Курация больного с написанием учебной истории болезни (расширенного эпикриза) | Защита учебной истории болезни (расширенного эпикриза) | От 0 до 10 |

В течение различных модулей согласно рабочим программам предполагается либо подготовка и защита учебной истории болезни, либо курация больного с составлением эпикриза курации и подготовки реферата.

В итоге определяется рейтинг модуля (Рм) – **текущий фактический рейтинг** путем подсчета средней арифметической рейтинга за практические занятия и рубежного рейтинга (максимально 50 баллов). К этой цифре добавляется количество баллов за выполнение лекционного курса (максимально – 10 баллов) и за выполнение обязательной самостоятельной внеаудиторной работы (максимально – 10 баллов).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Рм (текущий фактический рейтинг модуля)** | **=** | **(Рпрактич. Ррубеж. )/2** | **+** | **Р лекц.** | **+** | **Р сам.** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

В целом ***Рм*** – **текущий фактический рейтинг** максимально составляет ***70 баллов***. Набранный по итогам модуля балл кафедра сообщает в деканат, внося данные в электронную систему Университета.

С целью стандартизации полученных различными подходами значений текущего фактического рейтинга обучающихся, при заполнении ведомости подсчета дисциплинарного рейтинга выполняется приведение этих значений к стандартизированным, обеспечивая тем самым единый подход к оцениванию образовательных результатов обучающихся Университета.

**Текущий стандартизированный рейтинг** (Ртс) выражается в баллах по шкале от 0 до 70 и вычисляется по формуле:

**Ртс = (Ртф \* 70) / макс (Ртф)**

где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Ртф – текущий фактический рейтинг;

макс (Ртф) – максимальное значение текущего фактического рейтинга из диапазона, установленного преподавателем по дисциплине (модулю).

**Расчет экзаменационного/зачетного рейтинга**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена (зачета) проводится по экзаменационным (зачетным) билетам, в устной форме.

***Рэ*** – экзаменационный (зачетный) рейтинг, формируется при проведении промежуточной аттестации и выражается **в баллах по шкале от 0 до 30.**

Промежуточная аттестация по дисциплине считается **успешно пройденной** обучающимся при условии получения им экзаменационного/зачетного рейтинга не менее 15 **баллов** и (или) текущего стандартизированного рейтинга не менее **35 баллов**.

В случае получения обучающимся экзаменационного/зачетного рейтинга менее 15 баллов и (или) текущего стандартизированного рейтинга менее 35 баллов результаты промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) признаются неудовлетворительными.

Экзаменационная (зачетная) оценка складывается из следующих показателей, полученных студентом:

1) Тестирование: правильные ответы на 85% и более вопросов – 2 балла; на 70%, но менее 85% – 1балл; менее, чем на 70% вопросов – 0 баллов.

2) Два теоретических вопроса – от 0 до восьми баллов. (8 баллов – «отлично», 6 баллов – «хорошо», 4 балла – «удовлетворительно», 2 балла – «неудовлетворительно» и 0 баллов – 0 согласно критериям, приведенным ниже).

3) за решение ситуационной задачи и за чтение рентгенограммы – от 0 до 6 баллов (от «неудовлетворительно» до «отлично»).

Таким образом, максимальная оценка на экзамене (зачете) может составить 30 баллов.

**Подсчет экзаменационных баллов**

|  |  |
| --- | --- |
| Тестирование | максимально 2 |
| первый вопрос | максимально 8 |
| второй вопрос | максимально 8 |
| задача | максимально 6 |
| рентгенограмма | максимально 6 |
| Экзаменационная оценка | максимально 30 баллов |

Основные критерии по оценке знаний и умений студентов на экзамене (зачете, итоговом занятии).

Оценки **«отлично»**заслуживает студент, демонстрирующий всестороннее (более 85%), систематическое и глубокое знание материала, предусмотренного примерной Программой по госпитальной 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, владеющий 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.

Оценки **«ноль»** заслуживает студент, демонстрирующий отрывочные, ошибочные фрагментарные знания по дисциплине, непонимание и незнание её базовых принципов, основных терминов и понятий, неспособный ответить на простой вопрос. Такая оценка ставится студентам, которым не рекомендуется получение высшего медицинского образования.

Экзаменатор имеет право **прекратить** экзамен или зачет с выставлением неудовлетворительной оценки (экзаменационного рейтинга) в случаях:

* списывания;
* отказа от ответа;
* использования материалов и источников информации, не предусмотренных оценочным фондом;
* попытки общения с другими студентами или иными лицами, в том числе с использованием средств связи;
* несанкционированных перемещений по экзаменационной территории.

Промежуточная аттестация по дисциплине считается **успешно пройденной** обучающимся при условии получения им экзаменационного/зачетного рейтинга не менее **15 баллов** и (или) текущего стандартизированного рейтинга не менее **35 баллов**.

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

**Рд = Ртс + Рэ/Рз**

Где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Рэ/Рз – экзаменационный (зачетный) рейтинг.

- Если значение текущего стандартизированного рейтинга менее **35 баллов** и (или) значение экзаменационного (зачетного) рейтингов менее **15 баллов**, то дисциплина считается не освоенной и результаты промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг обучающегося в этом случае не рассчитывается. При наличии бонусных баллов у обучающегося дисциплинарный рейтинг по дисциплине (модулю) увеличивается на величину этих баллов (до 5 баллов).

**Порядок расчета дисциплинарного рейтинга**

Дисциплинарный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), практике и является основой для определения итоговой оценки по дисциплине (модулю) по пятибалльной системе. Дисциплинарный рейтинг обучающегося формируется при успешном прохождении обучающимся промежуточной аттестации по дисциплине (модулю).

Дисциплинарный рейтинг выставляется преподавателем, проводившим промежуточную аттестацию в зависимости от формы промежуточной аттестации и условий её проведения:

- в экзаменационную (зачетную) ведомость по дисциплине;

- в аттестационный лист первой (второй) повторной промежуточной аттестации;

- в аттестационный лист прохождения промежуточной аттестации по индивидуальному графику;

- в журнал проведения экзамена;

- в журнал экзаменатора.

 Дисциплинарный рейтинг обучающегося выражается в баллах по 100-бальной шкале и *может быть увеличен на величину бонусных баллов* (при их наличии).

Дисциплинарный рейтинг по дисциплине (модулю) обучающегося (Рд) рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга (Ртс) и экзаменационного (зачетного) рейтинга (Рэ/Рз) по формуле:

**Рд = Ртс + Рэ/Рз**

Где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Рэ/Рз – экзаменационный (зачетный) рейтинг.

При наличии бонусных баллов у обучающегося дисциплинарный рейтинг по дисциплине (модулю) увеличивается на величину этих баллов.

При успешном прохождении обучающимся промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) осуществляется перевод полученного дисциплинарного рейтинга в пятибалльную систему.

**Правила перевода дисциплинарного рейтинга по дисциплине в пятибалльную систему.**

|  |  |
| --- | --- |
| **дисциплинарный рейтинг по дисциплине (модулю)** | **оценка по дисциплине (модулю)** |
| экзамен, дифференцированный зачет | зачет |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

По результатам промежуточной аттестации значение зачетного рейтинга вносится в информационную систему. Дисциплинарный рейтинг, а также оценка по пятибалльной системе определяется автоматизировано и отражается в зачетной ведомости.

Дисциплинарный рейтинг при проведении **повторной** промежуточной аттестации рассчитывается на основании экзаменационного/зачетного рейтинга **без** учета текущего стандартизированного рейтинга в соответствии с приведенной ниже таблицей.

**Таблица перевода зачетного/экзаменационного рейтинга в дисциплинарный рейтинг при повторной промежуточной аттестации**

 **по дисциплине (модулю)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рэ/з | Рд | Оценка |
| 15 | 50 | удовлетворительно |
| 16 | 54 | удовлетворительно |
| 17 | 59 | удовлетворительно |
| 18 | 64 | удовлетворительно |
| 19 | 69 | удовлетворительно |
| 20 | 70 | хорошо |
| 21 | 74 | хорошо |
| 22 | 78 | хорошо |
| 23 | 82 | хорошо |
| 24 | 85 | хорошо |
| 25 | 86 | отлично |
| 26 | 89 | отлично |
| 27 | 92 | отлично |
| 28 | 95 | отлично |
| 29 | 98 | отлично |
| 30 | 100 | отлично |

**Повышение рейтинга**

* Обучающийся **может повысить текущий рейтинг** по учебной дисциплине **в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций**, утвержденным заведующим кафедрой, в том числе тестированием в информационной системе Университета.
* Повышение текущего рейтинга осуществляется проведением текущего контроля успеваемости по темам учебной дисциплины (модуля), по которым были **пропущены учебные занятия или получены неудовлетворительные оценки обучающимися.**
	+ Посещение консультаций обучающимися с целью повышения текущего рейтинга по дисциплине **фиксируется преподавателем кафедры в журнале консультаций** с указанием даты, времени, темы, номера попытки, фамилии преподавателя, ФИО обучающегося и оценки. Полученные **результаты** **текущего контроля успеваемости фиксируются также в учебном журнале.**
	+ Обучающийся для повышения текущего рейтинга по учебной дисциплине может посещать консультации **любого преподавателя кафедры**, преподающего указанную учебную дисциплину.
	+ Повышение текущего рейтинга после окончания практических занятий, после начала сессии возможно только по разрешению деканата, по индивидуальному графику, составленному по указанию деканата.

**Хранение документированной информации**

При реализации требований настоящего Положения в подразделениях создается следующая документация:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование****документированной информации** | **Формат****документации** **(бумажный/****электронный)** | **Место хранения**  | **Срок хранения** |
| Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине | бумажный | учебно-методический отдел | ПостоянноСт.711аП.2010 |

.

**Лист ознакомления**

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

**Лист регистрации изменений**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Номериз­менения | Текст изменения | Подпись | Датаизменения |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |