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**

**«Симуляционный курс»**

по специальности

*31.08.67 Хирургия*

*1 курс*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) *31.08.67 Хирургия,* утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 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 зачёта.

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

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

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

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

**Оценочные материалы в рамках дисциплины (КСР)**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости –** *реферат.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ:**

1. Кожный шов
2. Хирургический шовный материал
3. Организация работы хирургической операционной
4. Ранения мягких тканей
5. Хирургическая обработка ран
6. Операционный доступ
7. Принципы безопасной холецистэктомии
8. Опасности и осложнения при холецистэктомии
9. Методы лапароскопического гемостаза
10. Травмы груди
11. Пневмоторакс
12. Гидроторакс
13. Плевральная пункция
14. Дренирование плевральной полости
15. Аспирационно-дренажные системы в торакальной хирургии.
16. Кишечный шов
17. Ранения кишечника
18. Опасности и осложнения при ранениях кишечника
19. Несостоятельность кишечного шва
20. Микрохирургический кишечный шов

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Специализированные навыки в практической деятельности врача хирурга**

**Тема 1. Закрытие раны**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1. Классификация ранений.
2. Принципы хирургической обработки ран.
3. Хирургический инструментарий для обработки ран.
4. Классификация хирургического шовного материала.
5. Виды кожного шва.
6. Асептика и антисептика при работе в операционной.
7. Местные раневые осложнения.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1.КАКИЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ГРУПП НЕ ВКЛЮЧАЕТ ОБЩИЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ?

1) инструменты для извлечения тканей;

2) инструменты для разъединения тканей;

3) инструменты для остановки кровотечений;

4) инструменты для соединения тканей.

2. ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПИНЦЕТ ОТ АНАТОМИЧЕСКОГО?

1) наличием на концах браншей поперечных насечек;

2) наличием на концах браншей острых зубчиков;

3) наличием на концах браншей лапок с зазубринами;

4) наличием на концах браншей всех указанных образований.

3.КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЗАЖИМ ОТНОСИТСЯ К ИНСТРУМЕНТАМ, В КОТОРОМ РАЗЛИЧАЮТ:

1) щечки;

2) замок;

3) кремальеру;

4) все указанные устройства;

4.КАК НАЗЫВАЕТСЯ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЗАЖИМ С ЗУБЧИКАМИ НА КОНЦАХ?

1) кровоостанавливающий зажим Пеана;

2) кровоостанавливающий зажим Кохера;

3) кровоостанавливающий зажим Бильрота;

4) кровоостанавливающий зажим «москит»;

5. К КАКОЙ ГРУППЕ ИНСТРУМЕНТОВ ОТНОСИТСЯ ИГЛОДЕРЖАТЕЛЬ?

1) вспомогательным;

2) фиксирующим;

3) для соединения тканей;

4) кровоостанавливающим;

6. ЧТО ОТЛИЧАЕТ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЗАЖИМ ТИПА «МОСКИТ» ОТ ДРУГИХ ЗАЖИМОВ?

1) меньшие размеры;

2) меньшую массу;

3) заостренные щечки;

4) все указанные особенности.

7. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИГЛА НЕ ИМЕЕТ:

1) тело;

2) острие;

3) ушко для нити;

4) шейку;

8.ЧЕМУ ДОЛЖНО, ПО ВОЗМОЖНОСТИ, СООТВЕТСТВОВАТЬ НАПРАВЛЕНИЕ РАЗРЕЗА КОЖИ?

1) кожным складкам;

2) линиям Лангера кожи;

3) ходу крупных сосудов и нервов;

4) всем указанным требованиям.

9. КАКИМ ОБРАЗОМ НЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ СОСУДОВ ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ?

1) пальцевым прижатием;

2) прижатием салфеткой;

3) втиранием стерильного воска;

4) лигированием;

10. С ПОМОЩЬЮ ЧЕГО ПРОИЗВОДИТСЯ СОЕДИНЕНИЕ ТКАНЕЙ БЕСКРОВНЫМ СПОСОБОМ?

1) узловых швов;

2) полосок мелкого пластыря;

3) непрерывных швов;

4) проволоки;

11. НАЛОЖЕНИЕ ШВА НА КОЖУ НЕ ТРЕБУЕТ, ЧТОБЫ:

1) вкол и выкол находились на одинаковом расстоянии от краев и углов раны;

2) вкол и выкол производились на одинаковую глубину;

3) края раны приводились только в соприкосновение;

4) края кожи вворачивались внутрь;

12. ЧЕМ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВЫБОР ШОВНОГО МАТЕРИАЛА?

1) возрастом пациента;

2) механической прочностью;

3) тканевой реакцией на материал;

4) скоростью абсорбции;

13. ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКИЙ УЗЕЛ ОТ ПРОСТОГО?

1) первый захлест нитей одиночный, а второй –двойной;

2) первый захлест нитей –двойной, а второй –одиночный;

3) все захлесты –одиночные;

4) все захлесты –двойные;

14. ЧЕМ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ДЕЙСТВИЯ ХИРУРГА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА?

1) технической возможностью;

2) анатомической необходимостью;

3) профессиональной потребностью;

4) физиологической дозволенностью;

15. КАКИЕ ЭТАПЫ ВЫДЕЛЯЮТ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ?

1) оперативное решение;

2) оперативный прием;

3) оперативный итог;

4) все указанные этапы;

16. КАКИЕ ВИДЫ ШВОВ МОГУТ НАКЛАДЫВАТЬ НА КОЖУ?

1) узловой;

2) инвагинационный;

3) выворачивающий;

4) вворачивающийся;

17. МЕТОД ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ В ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЕ – ЭТО:

1) назначение антибактериальных средств;  
2) назначение противовоспалительных средств;  
3) поздняя хирургическая обработка;  
4) ранняя хирургическая обработка и назначение антибактериальных средств**;**

18. ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ – ЭТО

1) иссечение грануляционной ткани краев раны с последующим наложением швов;  
2) иссечение краев, дна и стенок раны с последующим наложением швов;  
3) наложение на рану вторичных швов;  
4) промывание раны антисептическим раствором и удаление из раны инородных тел;  
19. ПРЕДСТАВИТЕЛИ МОНОНИТЕЙ (МОНОФИЛАМЕНТНЫЕ)

1) викрил;  
2) лавсан;  
3) полисорб;  
4) пролен;

20.ЧТО ТАКОЕ ЗАЖИВЛЕНИЕ ПЕРВИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ?

1) заживление раны путем постепенного заполнения раневой полости, содержащей гной, грануляционной тканью с последующей эпителизацией и образованием рубца;  
2) заживление раны путем соединения ее стенок свертком фибрина с образованием на поверхности струпа, под которым происходит быстрое замещение фибрина грануляционной тканью, эпителизация и образование узкого линейного рубца;  
3) заживление, заключающееся в наползании эпителия на поверхностный дефект и закрытии его эпителиальным слоем;  
4) заживление, которое происходит без образования рубца в поверхностных ранах при сохраненном ростковом слое кожи.

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

**Задача №1.** Больной 57 лет обратился в травмпункт с раной в области плеча, получена два часа назад стеклом на производстве. При осмотре: у больного резаная рана средней трети левого плеча, с неровными краями, размером 4х0,5 см., умеренно кровоточит, перифокально кожные покровы без отека и гиперемии. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Задания   
1. Предложите вид антисептики.   
2. Перечислите этапы первичной хирургической обработки раны.   
3. Определитесь с видом дренирования раны.   
4. Оцените возможность наложения швов.

**Задача №2.** В приемный покой пришел пострадавший со слепой колото-резаной раной левого плеча. Ранение получил 2 дня тому назад. Объективно: по передней поверхности, верхней трети левого плеча имеется колото-резанная рана, края раны ровные, стенки раны ровные с участками кровоизлияний, рана зияет, размеры раны 7,0 х 1,5 см, в ране – скудное, сукровично - гнойное отделяемое; вокруг раны имеется отек, гиперемия, пальпация вокруг раны болезненна. Хирург приемного покоя произвел тщательный туа­лет раны, туго тампонировал ее тампоном, смоченным гипертоническим раствором натрия хлорида, наложил асептическую повязку. Пациенту проведена экстренная специфиче­ская профилактика столбняка и назначена консервативная противовоспалительная терапия.

 Задания

1. Дайте экспертную оценку действий хирурга приемного покоя.

2. Дайте определение понятию «рана». Классифицируйте данную рану.

3. Определите фазу раневого процесса описанной раны.

4. Предложите комплексное лечение данной раны в соответствие с фазой раневого процесса.

5. Спрогнозируйте возможные виды заживления данной раны.

**Задача № 3.**  В приемное отделение больницы доставлен пациент с колотой раной в верхней трети правой передне-боковой поверхности брюшной стенки, с момента получения ранения прошло 1,5 часа. Объективно: по передне-боковой поверхности живота, в верхней трети, имеется точечная рана округлой формы, диаметром до 3 мм, по краям раны отмечается осаднение кожных покровов и наличие кровоизлияний вокруг раны.

Задания

1. Дайте определение понятию «рана». Классифицируйте данную рану.

2. Определите опасность для пациента и трудности в диагностике для врача данной рана.

3. Спрогнозируйте развитие осложнений данного ранения.

4. Дайте определение понятию «первичная хирургическая обработка».

5. Определите объем хирургической помощи и последовательность её оказания данному пациенту.

**Задача № 4.** В травматологический пункт доставлен пострадавший с косопоперечной резаной раной ла­донной поверхности правой кисти, с момента ранения прошло около 40 минут. Объективно: в области ладонной поверхности правой кисти имеется косопоперечная резанная рана, края и стенки раны ровные, рана зияет, размерами 5,0 х 0,5 см, из раны имеется неактивное венозное кровотечение, активные сгибательные движения в межфаланговых суставах II-IV паль­цев отсутствуют.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Дайте определение понятию «рана». Классифицируйте данную рану.

3. Определите фазу раневого процесса описанной раны.

4. Определите объем хирургической помощи и последовательность её оказания данному пациенту.

5. Спрогнозируйте развитие осложнений данного ранения.

**Задача № 5.** В стационар поступил молодой человек, 23 лет, с жалобами на общую слабость, головную боль, повышение температуры. Около 3-х суток назад поскользнулся на улице, упал, ударившись головой о лед, сознание не терял. Дома обнаружил кровь на волосах и рану в затылочной области. Рану промыл теплой кипяченной водой. За 10 часов до поступления головные боли усилились, температура повысилась до 38,5. Объективно: при осмотре выявлена рана затылочной области волосистой части головы, 1,5 х 2,0 х 0,5 см с налетом фибрина на дне; края раны неровные, отечны, гиперемированы; рана при пальпации болезненна, кровотечения нет.

Задания

1. Сформулируйте диагноз.

2. Определите объём туалета раны и хирурги­ческой обработки раны.

3. Оцените возможность наложения швов на данную рану.

4. Перечислите виды хирургической обработки ран по срокам.

5. Назовите случаи, когда не выполняется ПХО раны.

**Задача № 6.** В приемное отделение поступает пациент, 37 лет, с жалобами на резкую слабость, потливость, озноб, высокую температуру, дергающие боли в области ушитой раны левого бедра, которую получил около пяти суток назад. Со слов больного - рану получил случайно, на охоте, при непреднамеренном выстреле из ружья. После ранения обратился за медицинской помощью в больницу. Из выписки следует, что в приемном отделении была выполнена первичная хирургическая обработка раны, рана ушита наглухо, проведена профилактика столбняка. Больной был отпущен на амбулаторное лечение. Объективно: в области левого бедра, по передней поверхности, имеется ушитая отдельными узловыми швами рана; вокруг раны распространенный отек и гиперемия, локальная гипертермия; пальпация вокруг резко болезненна; при пальпации отмечается выделение серозно-гнойного экссудата между швами.

Задания

1. Сформулируйте диагноз.

2. Дайте экспертную оценку действий хирурга приемного покоя.

3. Объясните строение и особенности огнестрельной раны.

4. Дайте объяснение понятию «вторичная хирургическая обработка раны».

5. Определите объем хирургической помощи и последовательность её оказания данному пациенту.

**Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

**Задание № 1.** Алгоритм подготовки инструментария и операционного поля к закрытию раны.

**Задание № 2.** Алгоритм наложения узлового кожного шва.

**Задание № 3.** Алгоритм утилизации хирургических материалов.

**Тема 2.** Плановая хирургия.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1. Операционные доступы для холецистэктомии.
2. Правильная визуализация желчного пузыря и элементов гепатодуоденальной связки.
3. Понятие «безопасная холецистэктомия».
4. Особенности лапароскопического доступа при выполнении холецистэктомии.
5. Гемостаз в условиях лапароскопической холецистэктомии.
6. Основные ошибки при выполнении холецистэктомии.
7. Осложнения после холецистэктомии.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1.ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ - ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ

1) для экстренной операции;

2) плановой операции;

3) консервативной терапии;

4) применения препаратов, способных лизировать камень;

2.ШИРИНА ХОЛЕДОХА В НОРМЕ РАВНА

1) до 0,4 см;

2) 0,5-1,0 см;

3) 1,1-1,5 см;

4) 1,6-2,0 см;

3.К ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИМ ПУТЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ  
1) Вирсунгова протока;   
2) общего печеночного протока;  
3) желчного пузыря и пузырного протока;

4) общего желчного протока;

4. У БОЛЬНОГО, ОПЕРИРУЮЩЕГОСЯ ПО ПОВОДУ ЖКБ, ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ВОЗНИКЛО ПРОФУЗНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ ГЕПАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СВЯЗКИ. ВЫБЕРИТЕ ДЕЙСТВИЯ ХИРУРГА:  
1) затампонировать кровоточащий участок на 5-10 минут;  
2) пережать пальцами гепатодуоденальную связку, осушить рану, отдифференцировать источник кровотечения, прошить или перевязать;  
3) применить лазерную коагуляцию;

4) быстро прошить гепатодуоденальную связку «в слепую»;

5. ГДЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ ТОЧКИ КАЛЬКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ДОСТУПЕ?

1) В правом подреберье на 3 см ниже руберной дуги по среднеключичной линии;  
2) На 1 см выше и ниже пупочного кольца;  
3) На 5 см выше и ниже пупка и на 2 см латеральнее срединной линии;  
4) Расположены на 3 см выше пупка и ниже пупка и на 0,5 см слева и справа от срединной линии;

6. КАКИЕ ВАРИАНТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ВЫ ЗНАЕТЕ

1) «Открытая» лапароскопия;  
2) Видеотроакары, типа Visiport (Auto Suture);  
3) Пневмоперитонеум по дренажам с введением троакара;  
4) Все варианты верны;  
7. КАКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ОТВЕДЕНИЯ И ФИКСАЦИИ ОРГАНОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

1) иглы для наложения пневмоперитонеума;  
2) инструменты для ушивания троакарных отверстий;  
3) манипуляторы (крючки-электроды, диссекторы, ножницы, зажимы);  
4) ретракторы;

8. КАКОЕ ЯВЛЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ НАЗЫВАЮТ «ВТОРОЙ ФРАНЦУЗСКОЙ РЕВОЛЮЦИЕЙ»

1) Использование видеолапароскопических технологий в абдоминальной хирургии;  
2) Открытие Хеликобактер Пилори (Helicobacter pylori);  
3) Появление видеокапсульной эндоскопии в диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта;  
4) Появление прижизненной микроскопии в диагностике заболеваний слизистой желудочно-кишечного тракта.

9. КАКОЙ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ?

1) Игла Вереша;  
2) Скорняжная игла;  
3) Троакар 3 мм;  
4) Троакар 5 мм;

10. Какой Основной Недостаток Большинства Операций В Традиционной Хирургии Устранило Внедрение Лапароскопических Технологий В Клиническую Практику?

1) Высокую стоимость традиционных операций;  
2) Длительность традиционных операций;  
3) Несоответствие между травматичным, продолжительным доступом к объекту операции и минимальным временем вмешательства на самом органе;  
4) Сложности подготовки специалистов к традиционным операциям;

11. В СОСТАВ ПЕЧЕНОЧНО-12-ПЕРСТНОЙ СВЯЗКИ НЕ ВХОДЯТ ОБРАЗОВАНИЯ

1) общий желчный проток

2) печеночная артерия

3) нижняя полая вена

4) общий печеночный проток

12. ПРИЧИНЫ ДЕФЕКТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ:

1) недостаточное обследование больного до операции;

2) ошибки в итерпретации полученных в ходе интраоперационного обследования данных;

3) ятрогенные повреждения холедоха;

4) все перечисленное;

 13. ГРАНИЦАМИ ТРЕУГОЛЬНИКА КАЛО НЕ ЯВЛЯЮТСЯ  
1) основание треугольника - общий печеночный проток;  
2) нижняя сторона - пузырный проток и верхняя часть шейки ЖП;  
3) верхняя сторона - пузырная артерия;  
4) основание треугольника – правый печеночный проток;

14. НЕДОСТАТКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

1) оптическое приближение зоны оперативного вмешательства;

2) искажение восприятия глубины раны;

3) тяжесть и громоздкость лапароскопических инструментов;

4) значительная травматичность оперативного вмешательства;

15. СТРОЕНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И СОСУДОВ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССИЧЕСКОМУ ОПИСАНИЮ

1) 15%;  
2) 30%;  
3) 70%;  
4) 85%;

16. УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ  
1) массивное кровотечение;  
2) вариации и аномалии анатомического строения желчных путей;  
3) тракция при перевязке пузырного протока, инструментальное исследование;

4) всё выше перечисленное;

17. НЕПОСРЕДСТВЕННЫМИ ПРИЧИНАМИ ПОВРЕЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ НЕ МОГУТ БЫТЬ

1) врожденные аномалии и вариабельность топографии протоков;  
2) технические и тактические ошибки хирургов;  
3) исследования протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами;  
4) пальпаторное исследование протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем;

18. ОСЛОЖНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЕЙ  
1) желчные и другие перитониты;  
2) внутрибрюшные кровотечения;  
3) наружное желчеистечение;  
4) всё указанное;

19. СИНДРОМ МИРИЗИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) патологическим соустьем стенки шейки желчного пузыря с холедохом;  
2) патологическим соустьем стенки шейки ЖП с двенадцатиперстной кишкой;  
3) осложняется всегда механической желтухой;  
4) чаще поражает правый печёночный проток;

20. СПОСОБ ПЕРВИЧНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ВЫБИРАЕТСЯ С УЧЕТОМ

1) характера повреждения;  
2) величины дефекта;  
3) уровня повреждения;

4) учитывается всё;

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

**Задача № 1.** Вы выполняете плановую лапароскопическую холецистэктомию. При ревизии обнаружен «сморщенный» желчный пузырь, умеренные спайки в области гепатодуоденальной связки.

Задания

1. Определите опасности данной ситуации.

2. Составьте алгоритм безопасного оперативного вмешательства и обоснуйте каждый этап.

**Задача № 2.** При выполнении плановой лапароскопической холецистэктомии Вы провели диссекцию нижней трети желчного пузыря. В результате идентифицированы 3 трубчатых структуры, идущих к желчному пузырю.

Задания

1. Проанализируйте возможные причины необычной интраоперационной картины.

2. Составьте алгоритм безопасного оперативного вмешательства и обоснуйте каждый этап.

**Задача № 3.** При выполнении плановой лапароскопической холецистэктомии, после удаления желчного пузыря, Вы заметили подтекание желчи из ложа.

Задания

1. Проанализируйте возможные причины осложнения.

2. Составьте алгоритм безопасного оперативного вмешательства и обоснуйте каждый этап.

**Задача № 4.** При выполнении плановой лапароскопической холецистэктомии, возникает кровотечение из гепатодуоденальной связки.

Задания

1. Проанализируйте возможные причины осложнения.

2. Составьте алгоритм безопасного оперативного вмешательства и обоснуйте каждый этап.

**Задача № 5**. За первые сутки после плановой лапароскопической холецистэктомии, по дренажу из подпечёночного пространства выделилось до 150 мл жидкости окрашенной желчью. Пациент не жалуется на боли в животе, перитонеальной симптоматики нет.

Задания

1. Проанализируйте возможные причины осложнения.

2. Составьте алгоритм диагностики и лечения пациента и обоснуйте каждый этап.

**Задача № 6.** На 3 сутки после плановой лапароскопической холецистэктомии, у пациента обнаружена умеренная иктеричность кожи и склер, потемнение мочи, температура тела 36.7С, боли в животе не выражены, перитонеальной симптоматики нет.

Задания

1. Проанализируйте возможные причины осложнения.

2. Составьте алгоритм диагностики и лечения пациента и обоснуйте каждый этап.

**Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

**Задание № 1.** Алгоритм установки троакаров и инструментария при лапароскопической холецистэктомии

**Задание № 2.** Алгоритм осмотра брюшной полости и правилной визуализации операционного поля лапароскопической холецистэктомии.

**Задание № 3.** Алгоритм выделения пузырного протока и пузырной артерии при лапароскопической холецистэктомии.

**Задание № 4.** Алгоритм клипирования и пересечения пузырного протока и пузырной артерии при лапароскопической холецистэктомии.

**Тема 3.** Экстренная хирургия

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1. Пневмоторакс. Классификация причин.
2. Алгоритмы оказания хирургической помощи при напряжённом пневмотроаксе.
3. Алгоритмы оказания хирургической помощи при открытом пневмотроаксе.
4. Алгоритмы оказания хирургической помощи при закрытом пневмотроаксе.
5. Виды плевральных пункций.
6. Гидроторакс. Классификация причин.
7. Алгоритмы оказания хирургической помощи при гидротораксе.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСЯЯВЛЯЕТСЯ

 1) разрыв плевральных сращений;

 2) прорыв абсцесса легкого;

 3) разрыв врожденных воздушных кист легкого;

 4) разрыв эмфизематозных пузырей легких как проявление эмфиземы легких;

 2. ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПНЕВМОТОРАКСА ДОЛЖНО НАЧИНАТЬСЯ

 1) с плевральной пункции с аспирацией воздуха;

 2) с широкой торакотомии;

 3) с динамического наблюдения;

 4) с дренирования плевральной полости с активной аспирацией;

 3. ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ И ПОЛНОМ КОЛЛАПСЕ ЛЕГКОГО ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

 1) по средней аксиллярной линии в 6 межреберье;

 2) во 2-м межреберье по среднеключичной линии;

 3) в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии;

 4) 2 дренажа: во 2-м межреберье среднеключичной линии и в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии;

4. ПО КЛИНИЧЕСКИМ ДАННЫМ ЗАПОДОЗРЕН СПОНТАННЫЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПНЕВМОТОРАКС. В ЭТОМ СЛУЧАЕ НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

 1) торакоскопия;

 2) рентгеноскопия и рентгенография легких;

 3) плевральная пункция;

 4) сканирование легких;

 5. ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ

 1) торакотомия;

 2) плевральная пункция и аспирация воздуха;

 3) торакоскопия с последующим дренированием плевральной полости;

 4) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;

 6. СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ

 1) при абсцессе легкого;

 2) при эхинококке легкого;

 3) при центральном раке легкого с ателектазом и распадом в зоне ателектаза;

 4) при буллезной болезни легких;

 7. У БОЛЬНОГО 15 ДНЕЙ НАЗАД ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ДО 39 C, ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. ДИАГНОСТИРОВАНА НИЖНЕ-ДОЛЕВАЯ ПНЕВМОНИЯ. СЕМЬ ДНЕЙ НАЗАД НАЧАЛ ОТКАШЛИВАТЬ ПЛЕВКИ ГНОЙНОЙ МОКРОТЫ, ДВА ДНЯ НАЗАД - ВНЕЗАПНЫЕ СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, ОДЫШКА. ДЫХАНИЕ НАД ПРАВЫМ ЛЕГКИМ ПЛОХО ВЫСЛУШИВАЕТСЯ, В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ПРАВОГО ГЕМИТОРАКСА УКОРОЧЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

 1) экссудативный плеврит;

 2) спонтанный пневмоторакс;

 3) фиброзный плеврит;

 4) пиопневмоторакс;

 8. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ПИОПНЕВМОТОРАКСОМ НАЧИНАЕТСЯ

 1) с противовоспалительного лечения;

 2) с ваго-симпатической блокады;

 3) с плевральной пункции;

 4) с дренирования плевральной полости с постоянным промыванием ее;

 9. РЕАКТИВНЫЙ ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ МОЖЕТ БЫТЬ

 1) при острой пневмонии;

 2) при поддиафрагмальном абсцессе;

 3) при остром холецистите и панкреатите;

 4) при всех перечисленных заболеваниях;

 10. СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ПРОИЗВОДСТВОМ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ И ВВЕДЕНИЕМ АНТИБИОТИКОВ, К МОМЕНТАЛЬНОМУ ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ МОГУТ ПРИВЕСТИ

 1) внутриплевральное кровотечение;

 2) воздушная эмболия головного мозга;

 3) анафилактический шок;

 4) правильно 2) и 3)

11. ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ, КАК ПРАВИЛО, ЯВЛЯЕТСЯ ВТОРИЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ

 1) бронхоэктатической болезни;

 2) абсцесса;

 3) туберкулеза;

 4) острой пневмонии;

12. НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ СПОСОБОМ ЭВАКУАЦИИ ЭКССУДАТА ИЗ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СЕРОЗНОМ ХАРАКТЕРЕ ЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

 1) дренирование плевральной полости;

 2) плевральная пункция и аспирация при помощи электроотсоса;

 3) широкая торакотомия;

 4) введение дренажа по Сельдингеру;

13. ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) коллапс легкого

2) наличие воздуха в плевральной полости

3) смещение средостения в здоровую сторону

4) повышение прозрачности легочного поля

1. ПРИ ОТКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА ГРУДНУЮ СТЕНКУ НАКЛАДЫВАЕТСЯ:

1) давящая повязка

2) фиксирующая повязка

3) окклюзионная повязка

4) крестообразная повязка

15. ПУНКЦИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ С ЦЕЛЬЮ УДАЛЕНИЯ ИЗ НЕЕ КРОВИ ПРОИЗВОДИТСЯ:

1) во II межреберье по среднеключичной линии;  
2) в IV межреберье по передней подмышечной линии;  
3) в V межреберье по задней подмышечной линии;  
4) в IX межреберье по задней подмышечной линии;

16. ПРИ ПЛЕВРИТЕ ЛЕЧЕБНАЯ ПУНКЦИЯ ПЛЕВРЫ ПОКАЗАНА

1) при смещении средостения;  
2) при выраженной интоксикации;  
3) при мучительном кашле;  
4) при болевом синдроме;

17. Давление в плевральной полости на стороне клапанного пневмоторакса

1) близко в атмосферному;  
2) выше атмосферного на выдохе;  
3) ниже атмосферного на выдохе;  
4) ниже атмосферного на вдохе;

18. ПРИ КЛАПАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НАДО

1) срочно ввести иглу в плевральную полость;  
2) ввести наркотики;  
3) назначить кислород;  
4) проводить искусственную вентиляцию легких;

19. ДЛЯ НАПРЯЖЕННОГО (РАЗНОВИДНОСТЬ "КЛАПАННОГО") ПНЕВМОТОРАКСА ХАРАКТЕРНО

1) одышка;  
2) цианоз;  
3) признаки смещения средостения;  
4) все перечисленное;

20. ТАКТИКОЙ ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) срочная госпитализация в пульмонологическое отделение;  
2) срочная интубация трахеи и ИВЛ;  
3) дренирование плевральной полости во II межреберье по средне-ключичной линии;  
4) дренирование в VII межреберье по заднеаксилярной линии;

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

**Задача № 1.** Мужчина, 24 года, жалобы на резкую боль в левой половине грудной клетки, одышку в покое, сердцебиение, испуг. Болен кавернозным туберкулезом левого легкого в течение 3 лет. Регулярно находится на стационарном лечении в противотуберкулезном учреждении. Вышеперечисленные жалобы появились внезапно после приступообразного кашля. Машиной скорой медицинской помощи доставлен в больницу. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное (сидит). Кожные покровы синюшные, одышка в покое, ЧДД-25 в минуту. При проведении сравнительной перкуссии тимпанит слева и отсутствие дыхания по средне-подмышечной и лопаточной линиям. Границы сердца смещены вправо. Пульс аритмичный, ЧСС-110 в минуту, слабого наполнения и напряжения.

Задания:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения окончательного клинического диагноза.

3. Неотложные мероприятия.

**Задача № 2.** Мужчина, 45 лет. Болен фиброзно-кавернозным туберкулезом в течение 15 лет. Процесс правосторонний с бронхогенной диссеминацией в левое легкое. Последний раз отмечает ухудшение состояния в виде общей слабости, повышенной утомляемости, кашля с мокротой, в связи с чем направлен на стационарное лечение. На 5-й день стационарного лечения, утром внезапно после кашля, появились острые боли в правой половине грудной клетки, нарастающая одышка в покое. Объективно - больной синюшный, перкуторно - тимпанит слева над легкими и отсутствие дыхания по средне-мышечной и лопаточной линии, частота дыхательных движений 28 в минуту. Тоны сердца, выслушиваемые во всех опознавательных точках, смещены вправо. Пульс ритмичный, 110 в минуту, слабого наполнения.

При рентгенологическом исследовании выявлено коллабированное легкое, воздух в плевральной полости.

Задания:

1.Окончательный диагноз и его обоснование.

2. Дополнительные методы обследования, необходимые для постановки окончательного диагноза.

3. Назовите возможные причины развития данной патологии.

4. Неотложные мероприятия.

**Задача № 3.** Машиной скорой помощи доставлен больной 76 лет, упавший на улице на острый край тротуара, с жалобами на боли в правой половине грудной клетке, особенно при дыхании. Состояние средней тяжести. Акроцианоз. Дыхание поверхностное. При аускультации - ослабление дыхания справа. Перкуторно- тимпанит там же. Место - локальная болезненность справа в области V ребра по передней подмышечной линии.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

**Задача № 4.** Доставлен больной с ножевым ранением грудной клетки. Состояние тяжелое. Бледен. Одышка. Местно - рана Зсм в VI межреберье по средней ключичной линии, из нее с шумом и свистом при вдохе истекает пенистая кровь.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

**Задача № 5.** Больной Б,. 46 лет, жалуется на сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе, одышку, общую слабость.

Считает себя больным в течение 2 часов, когда был сбит грузовым автомобилем, после чего отметил появление боли в правой половине груди, затруднение вдоха, нехватку воздуха, резкое усиление боли при перемене положения, головокружение.Общее состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные, цианотичные, кожа покрыта липким потом. Грудная клетка асимметричная, правая половина отстает в акте дыхания. Определяются множественные ссадины на правой боковой поверхности, визуально определяется смещение участка грудной стенки во время дыхания. Пальпация правой половины грудной клетки вызывает резкую болезненность, определяется костная крепитация в местах двойных переломов V-VIII ребер и подкожная крепитация в виде «хруста снега». Пальпация левой половины – без особенностей. При перкуссии справа в нижних отделах – укорочение и притупление перкуторного звука, выше – тимпанит, слева - легочный звук; границы сердца в пределах нормы. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритмичные, над левым легким - везикулярное дыхание, над правым – дыхание практически не проводится. Пульс -128 ударов в 1 минуту, АД – 90/45 мм. рт. ст. Число дыхательных экскурсий – 36 в 1 минуту. На обзорной рентгенограмме ОГП справа определяются переломы Y – YI – YII – YIII ребер по передней и задней подмышечной линиям. Легкое коллабировано на ½, нижние отделы легочного поля справа гомогенно затемнены до уровня YI ребра с четкой горизонтальной границей.

Задания

1. Предварительный диагноз и его обоснование.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения окончательного клинического диагноза.

3. Неотложные мероприятия.

**Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

**Задание № 1.** Алгоритм диагностики напряжённого пневмоторакса.

**Задание № 2.** Алгоритм оказания экстренной помощи при напряжённом пневмотораксе.

**Тема 4.** Техника выполнения оперативных вмешательств

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1. Классификация ранений тонкой кишки.
2. Принципы хирургической обработки ран тонкой кишки.
3. Хирургический инструментарий для обработки ран тонкой кишки.
4. Классификация хирургического шовного материала.
5. Виды кишечного шва.
6. Футлярное строение кишечной стенки.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1. НА КАКИЕ ВИДЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ КИШЕЧНЫЕ ШВЫ ПО ЗАХВАТУ СЛОЕВ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ?

  1) серозно-мышечно-подслизистые;

  2) серозно-мышечные;

  3) мышечно-мышечные;

  2) сквозные;

2.  К КАКОМУ ВИДУ ШВОВ ПО ЗАХВАТУ СЛОЕВ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ОТНОСИТСЯ ШОВ ЛАМБЕРА?

  1) сквозным;

  2) серозно-мышечно-послизистым;

  3) серозно-мышечным;

  4) мышечно-мышечным;

3.  КАКИЕ ТРЕБОВАНИЯ ПРЕДЪЯВЛЯЮТСЯ К КИШЕЧНЫМ ШВАМ?

  1) прочность;

  2) отсутствие сужения;

  3) герметичность;

  4) всё перечисленное;

4. ЗАХВАТ В ШОВ КАКОГО СЛОЯ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ДЕЛАЕТ ШОВ ИНФИЦИРОВАННЫМ?

  1) серозного;

  2) мышечного;

  3) слизистого;

  4) подслизистого;

5. К КАКОЙ ГРУППЕ ШВОВ ПО КОЛИЧЕСТВУ РЯДОВ ОТНОСИТСЯ ШОВ АЛЬБЕРТА?

  1) двухрядным;

  2) однорядным;

  3) трехрядным;

4) четырёхрядный

6. ПРИ УШИВАНИИ ТОЧЕЧНЫХ КОЛОТЫХ РАН ТОНКОЙ КИШКИ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ

1) кисетный серозно-мышечный шов;

2) шов Шмидена;

3) шов Альберта;

4) шов Черни;

7. РАНЫ ПОЛЫХ ТРУБЧАТЫХ ОРГАНОВ УШИВАЮТ В ПОПЕРЕЧНОМ НАПРАВЛЕНИИ

1) во избежание сужения их просвета;

2) для лучшей адаптации слое;

3) из-за удобства работы;

4) для сохранения перистальтики;

8. НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНЫМ АНАСТОМОЗОМ НА ТОНКУЮ КИШКУ ЯВЛЯЕТСЯ

1) конец в конец;

2) бок в конец;

3) бок в бок;

4) конец в бок;

9. ДЕФЕКТ БРЫЖЕЙКИ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ УШИВАЕТСЯ ДЛЯ

1) предупреждения образования внутренних грыж;

2) для предотвращения спаечной болезни;

3) из-за опасности кровотечения;

4) для перитонизации;

10. К КАКОМУ ЭЛЕМЕНТУ КИШКИ ОТНОСИТСЯ КАЛАМБУР «ТОЛСТАЯ КИШКА ТОНКАЯ, А ТОНКАЯ КИШКА ТОЛСТАЯ»

1) к толщине стенки;

2) к наружному диаметру;

3) к внутреннему диаметру;

4) это бессодержательная игра слов;

11. ВЫБЕРИТЕ ХАРАКТЕРИСТИКУ ШВА ПРИ УШИВАНИИ РАН ТОНКОЙ КИШКИ

1) линия шва лежит в продольном направлении;

2) линия шва соответствует длиннику кишки;

3) линия шва лежит в поперечном направлении к длиннику кишки;

4) положение линии шва не имеет значения, лишь бы не было сужения;

12. КАКОЙ ИЗ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ИМЕЕТ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННУЮ МЫШЕЧНУЮ ОБОЛОЧКУ

1) пищевод;

2) желудок;

3) подвздошная кишка;

4) толстая кишка;

13. СКОЛЬКО ФУТЛЯРОВ В СОСТАВЕ СТЕНКИ ТОНКОЙ КИШКИ

1) один;

2) два;

3) три;

4) четыре;

14. КАКАЯ ИЗ ОБОЛОЧЕК СТЕНОК ПОЛЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЬШИМИ ПЛАСТИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ

1) слизистая;

2) подслизистая;

3) мышечная;

4) серозная;

15. В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО ВРЕМЕНИ ПРОИСХОДИТ СРАСТАНИЕ СЕРОЗНОЙ ОБОЛОЧКИ

1) через 12 ч;

2) через 24 ч;

3) через 36 ч;

4) через 7 сут;

16. В КАКОМ СЛОЕ СТЕНКИ ПОЛЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ РАСПОЛАГАЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ И ВЕНОЗНЫЕ СПЛЕТЕНИЯ

1) в серозной;

2) в мышечной;

3) в подслизистой;

4) в слизистой;

17. НА КАКОЙ ИЗ ФУТЛЯРОВ СТЕНКИ КИШКИ НАЛОЖЕНИЕ ШВОВ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ГЕРМЕТИЧНОСТЬ

1) серозно-мышечный;

2) слизисто-подслизистый;

3) серозно-субсерозный;

4) субсерозно-мышечный;

18. КАКОЙ ИЗ ВАРИАНТОВ КРАЕВОГО КИШЕЧНОГО ШВА ЯВЛЯЕТСЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НАИБОЛЕЕ УПОТРЕБИТЕЛЬНЫМ

1) только через слизистую оболочку;

2) с захватом слизисто-подслизистого слоя;

3) через слизистую, подслизистую и мышечную оболочки;

4) через серозную оболочку;

19. В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО ВРЕМЕНИ ПРОИСХОДИТ СРАСТАНИЕ СЛИЗИСТО-ПОДСЛИЗИСТОГО ФУТЛЯРА

1) через 1 сут;

2) через 7-10 дней;

3) через 20 дней;

4) через 1 мес;

20. КАКИЕ СЛОИ ОБЫЧНО ЗАХВАТЫВАЮТ ПРИ НАЛОЖЕНИИ ШВОВ-ДЕРЖАЛОК

1) все футляры стенки кишки;

2) серозно-мышечный футляр;

3) слизисто-подслизистый футляр;

4) серозно-мышечно-подслизистый футляр;

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

**Задача № 1.** Больной 40 лет две недели назад был оперирован по поводу огнестрельного ранения брюшной полости с повреждением тонкой кишки. Было выполнено ушивание многочисленных ранений тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости. На 8-ые сутки послеоперационного периода по дренажу из правой подвздошной области стало выделяться кишечное содержимое. Количество отделяемого за последние 3 дня стало увеличиваться (до 600 – 800 мл в сутки). Самостоятельный стул. Объективно: язык суховат, живот не вздут, мягкий, болезненный в области ран. Повязка справа промокла кишечным содержимым. Появилась мацерация кожных покровов. Перитонеальных симптомов нет. За последние дни состояние больного ухудшилось. Усилилась слабость, нарастает жажда, теряет в весе, появилась сухость кожного покрова. Пульс – 94 в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. Hb – 130 г/л. Суточный диурез до 1 литра.

Задания

1. Дайте экспертную оценку действий хирурга при первичной операции.

2. Составьте алгоритм оказания хирургической помощи и обоснуйте каждый этап.

**Задача № 2**. Вы – дежурный врач-хирург. Во время экстренного хирургического вмешательства вас пригласили в операционную для ушивания поперечного дефекта стенки тонкой кишки.

Задания

1. Определите необходимый набор инструментария для выполнения хирургического вмешательства.

2. Составьте алгоритм хирургического вмешательства и дайте обоснование каждого этапа.

**Задача № 3.** При выполнении операции по поводу спаечной кишечной непроходимости, произошло десерозирование тонкой кишки на участке 2х0.8см.

Задания

1. Составьте алгоритм коррекции возникшего осложнения и обоснуйте каждый этап.

2. Спрогнозируете возможные послеоперационные осложнения и составьте алгоритм их предупреждения.

**Задача № 4.** Вы оперируете пациента с ранением брыжеечного края тонкой кишки. Спустя 15 минут после ушивания раны, Вы замечаете потемнение в области наложенных швов, цианоз стенки кишки вблизи раны.

Задания

1. Определите осложнение, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм коррекции возникшего осложнения и обоснуйте каждый этап.

**Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

**Задание № 1.** Алгоритм подготовки к наложению кишечного шва.

**Задание № 2.** Алгоритм наложения кишечного шва.

**Задание № 3.** Алгоритм утилизации хирургических материалов.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Тестирование** | «Отлично» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| «Хорошо» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| «Удовлетворительно» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| «Неудовлетворительно» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **Письменный опрос** | «Отлично» выставляется студенту, если он владеет понятийным аппаратом, демонстрирует глубину и полное овладение содержанием учебного материала, в котором легко ориентируется |
| «Хорошо» выставляется студенту, за умение грамотно излагать материал, но при этом содержание и форма ответа могут иметь отдельные неточности; |
| «Удовлетворительно» выставляется, если студент обнаруживает знания и понимание основных положений учебного материала, но излагает его неполно, непоследовательно, допускает неточности в определении понятий, не умеет доказательно обосновывать свои суждения; |
| «Неудовлетворительно» выставляется, если студент имеет разрозненные, бессистемные знания, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажает их смысл. |
| **Проблемно-ситуационные задачи** | «Отлично» – студент правильно и полно проводит первичную оценку состояния, самостоятельно выявляет удовлетворение каких потребностей нарушено, определяет проблемы пациента, ставит цели и планирует врачебные вмешательства с их обоснованием, проводит текущую и итоговую оценку |
| «Хорошо» – студент правильно проводит первичную оценку состояния, выявляет удовлетворение каких потребностей нарушено, определяет проблемы пациента, ставит цели и планирует врачебные вмешательства с их обоснованием, проводит текущую и итоговую оценку. Допускаются отдельные незначительные затруднения при ответе; обоснование и итоговая оценка проводятся с дополнительными комментариями преподавателя; |
| «Удовлетворительно» – студент правильно, но неполно проводит первичную оценку состояния пациента. Выявление удовлетворение каких потребностей нарушено, определение проблемы пациента возможен при наводящих вопросах педагога. Ставит цели и планирует врачебные вмешательства без обоснования, проводит текущую и итоговую оценку с наводящими вопросами педагога; затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации |
| «Неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий |
| **Практические навыки** | «Отлично». Студент проявил полное знание программного материала, рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются. |
| «Хорошо». Студент проявил полное знание программного материала, рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога, допустил небольшие ошибки или неточности. |
| «Удовлетворительно». Студент проявил знания основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности, но допустил не более одной принципиальной ошибки, рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима. |
| «Неудовлетворительно». Студент обнаружил существенные пробелы в знании алгоритма практического навыка, допустил более одной принципиальной ошибки, затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами. |
| **Защита реферата** | «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. |
| «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. |
| «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. |
| «Неудовлетворительно» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

**Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета по зачетным билетам, содержащим два теоретических вопроса (в устной форме), один практический вопрос (в форме демонстрации практических навыков)

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

**Зачтено** - Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

При выполнении практического навыка - полное знание программного материала, рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога, допустил небольшие ошибки или неточности.

**Не зачтено -** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

При выполнении практического навыка - существенные пробелы в знании алгоритма практического навыка, допустил более одной принципиальной ошибки, затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Классификация ранений.

2. Принципы хирургической обработки ран.

3. Хирургический инструментарий для обработки ран.

4. Классификация хирургического шовного материала.

5. Виды кожного шва.

6. Асептика и антисептика при работе в операционной.

7. Местные раневые осложнения.

8. Операционные доступы для холецистэктомии.

9. Правильная визуализация желчного пузыря и элементов гепатодуоденальной связки.

10. Понятие «безопасная холецистэктомия».

11. Особенности лапароскопического доступа при выполнении холе-цистэктомии.

12. Гемостаз в условиях лапароскопической холецистэктомии.

13. Основные ошибки при выполнении холецистэктомии.

14. Осложнения после холецистэктомии.

15. Пневмоторакс. Классификация причин.

16. Алгоритмы оказания хирургической помощи при напряжённом пнев-мотроаксе.

17. Алгоритмы оказания хирургической помощи при открытом пневмот-роаксе.

18. Алгоритмы оказания хирургической помощи при закрытом пнев-мотроаксе.

19. Виды плевральных пункций.

20. Гидроторакс. Классификация причин.

21. Алгоритмы оказания хирургической помощи при гидротораксе

22. Классификация ранений тонкой кишки.

23. Принципы хирургической обработки ран тонкой кишки.

24. Хирургический инструментарий для обработки ран тонкой кишки.

25. Классификация хирургического шовного материала.

26. Виды кишечного шва.

27. Футлярное строение кишечной стенки.

**Перечень практических заданий для проверки практических навыков**

1. Алгоритм подготовки инструментария и операционного поля к закрытию раны.
2. Алгоритм наложения узлового кожного шва.
3. Алгоритм утилизации хирургических материалов.
4. Алгоритм установки троакаров и инструментария при лапароскопической холецистэктомии
5. Алгоритм осмотра брюшной полости и правилной визуализации операционного поля лапароскопической холецистэктомии.
6. Алгоритм выделения пузырного протока и пузырной артерии при лапароскопической холецистэктомии.
7. Алгоритм клипирования и пересечения пузырного протока и пузырной артерии при лапароскопической холецистэктомии.
8. Алгоритм диагностики напряжённого пневмоторакса.
9. Алгоритм оказания экстренной помощи при напряжённом пневмотораксе.
10. Алгоритм подготовки к наложению кишечного шва.
11. Алгоритм наложения кишечного шва.
12. Алгоритм утилизации хирургических материалов.

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра «Хирургии»

направление подготовки (специальность) 31.08.67 Хирургия

дисциплина «Симуляционный курс»

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1.**

**I.** Классификация хирургического шовного материала.

**II.** Гемостаз в условиях лапароскопической холецистэктомии.

**III.** Алгоритм оказания экстренной помощи при напряжённом пневмотораксе.

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Мирошников С.В.)

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ткаченко И.В.)

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации**

**Симуляционное оснащение:**

1. Симулятор кожи с возможностью крепления к поверхности стола, наглядной дифференцировкой слоёв (эпидермис, дерма подкожно-жировая клетчатка), тактильной имитацией человеческой кожи, продольным кожным дефектом длиной 6 см, наличием диастаза краев раны 4-5 мм (при отсутствии диастаза допустимо клиновидно иссечь фрагмент ткани глубиной 1 см, шириной 4-5 мм)

2. Виртуальный хирургический тренажер с возможность выполнения лапароскопической холецистэктомии, наличием в меню симулятора эндоскопических инструментов: диссектора, ножниц, зажима, клипаппликатора с клипсами, крючка; наличием обратной связи о качестве выполнения навыка:

- повреждении соседних структур

- объема кровопотери

- качестве визуализации инструментов при выполнении навыка;

возможностью фиксации изображения при работе лапароскопом; возможностью регулировки рабочей высоты

3. Модель туловища взрослого человека в натуральную величину для отработки навыков дренирования и декомпрессии плевральной полости с возможностью размещения в вертикальном положении, пальпируемыми ребрами и билатеральными заменяемыми вставками.

4. Муляж тонкой кишки для отработки кишечного шва, с реалистичным послойным строением кишки с имитацией подслизистого и мышечного слоев,

возможность послойного ушивания кишки, реалистичными тактильными характеристиками кишки, наличием на симуляторе поперечного разреза длиной 3 см

**Медицинское оснащение:**

1. стол для размещения симулятора кожи
2. стул
3. стол для размещения медицинского оборудования
4. дополнительный источник освещения над рабочей зоной
5. настенные часы с секундной стрелкой
6. иглодержатель
7. пинцет хирургический
8. ножницы Купера
9. лоток игла режущая 22-26мм ½ окружности
10. игла колющая 22-26 мм ½ окружности
11. стол рабочий для размещения медицинской документации
12. столик инструментальный
13. почкообразный лоток в стерильной упаковке
14. хирургический пинцет или зажим (для обработки операционного поля) в стерильной упаковке
15. скальпель хирургический
16. троакар 5 мм со стилетом/троакар-катетер для дренирования плевральной полости (12-28 Fr)
17. корнцанг изогнутый 256 мм
18. иглодержатель Гегара 150 мм
19. пинцет хирургический 150 х 2,5мм
20. пинцет анатомический 150 х 2,5 мм
21. зажим кровоостанавливающий типа "Москит"
22. изогнутый по плоскости 140 мм
23. зажим кровоостанавливающий, зубчатый, прямой, №1, 160 мм (БИЛЬРОТА)
24. зажим кровоостанавливающий, зубчатый, изогнутый, №3, 160 мм (БИЛЬРОТА)
25. ножницы хирургические, изогнутые, тупоконечные, 145 мм (КУПЕРА)
26. силиконовая дренажная трубка с внутренним диаметром 3 мм, с одной стороны с несколькими боковыми отверстиями на протяжении 7-8 см, коннектор для дренажных трубок – несколько размеров на выбор
27. система для пассивного дренирования плевральной полости по Бюлау (полностью собрана и готова к использованию)
28. раствор лидокаина 1% (имитация), 20 мл, шприц объемом 20 мл
29. иглы инъекционные 22G и 25G
30. стерильный синтетический полифиламентный шовный материал на атравматичной игле ½ окружности
31. повязка пластырного типа или марлевые салфетки + лейкопластырь
32. кишечный жом эластичный
33. иглодержатель сосудистый
34. зажим Сатинского
35. сосудистые клипсы Де Бейки
36. держалка резиновая на сосуды
37. микрохирургический иглодержатель
38. маникюрные ножницы
39. закреплённый пакет для утилизации отходов класса "А"
40. непрокалываемый контейнер для утилизации отходов класса "Б"
41. закреплённый пакет для утилизации отходов класса "Б"
42. шовный материал монофиламентный синтетический материал с длительным сроком расасывания (например, полидиоксанон (PDS, Monoplus) толщиной USP 3/0-4/0 длиной 75 см на атравматической колющей игле ½ окружности
43. шовный материал полифиламентный синтетический рассасывающийся (например, Полисорб или Викрил) 3/0 длиной 75 см на атравматической колющей игле ½ окружности
44. шовный материал монофиламентный синтетический (например, полиамид, нейлон) 3/0 или 4/0, длиной 75 см на атравматической обратно-режущей (или режущей) игле 3/8 или ½ окружности

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК-5  готовность к определению у пациентов  патологических состояний, симптомов,  синдромов заболеваний,  нозологических форм в соответствии с  Международной статистической  классификацией болезней и проблем,  связанных со здоровьем | Знать:  Основные патологические  состояния, клинические симптомы,  синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической  классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. | вопросы № 16-19, 23-29, 30, 32-36 |
| Знать:  Физикальные, лабораторные, инструментальные и другие методы раннего выявления основных клинических симптомов, синдромов заболеваний и нозологических форм. |
| Уметь:  составить план обследования пациента,  провести анализ полученных данных, диагностировать симптомы и синдромы заболеваний,  нозологические формы и их осложнений, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней; проводить дифференциальный диагноз, оценивать тяжесть заболевания. | практические задания № 16-19, 23-36 |
| Владеть:  комплексом практических навыков, необходимых для диагностики основных заболеваний внутренних  органов, навыками формулировки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. | практические задания № 1-15 (раздел: проверка практических навыков) |
| 2 | ПК-6 готовность к ведению и лечению  пациентов, нуждающихся в оказании  терапевтической медицинской помощи | Знать:  Стандарты ведения и лечения пациентов хирургического профиля | вопросы № 27-28, 31, 37-60 |
| Основы оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме |
| Уметь:  Интерпретировать данные обследования пациента с терапевтической патологией планировать его индивидуальное лечение; | практические задания № 16-19, 23-36, 37-51 |
| Оказать медицинскую помощь при состояниях, угрожающих жизни больного |
| Владеть:  алгоритмами действия специалистов первичной медико-санитарной помощи | практические задания № 16-30 (раздел: проверка практических навыков) |
| 3. | УК-1  Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | Знать:  Основные методы анализа и синтеза информации, полученной в ходе коммуникации с пациентом | вопросы №1-15, 20-22 |
| Уметь:  Абстрактно мыслить, анализировать и обобщать клинические симптомы, выявленные в ходе обследования пациента | практические задания № 13-15 |
| Владеть:  навыками абстрактного мышления, анализа и синтеза информации, полученной в процессе обследования и лечения пациента | практические задания № 1-30 (раздел: проверка практических навыков) |