



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Дальневосточный федеральный университет»
(ДВФУ)


ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

«СОГЛАСОВАНО»
Руководитель ОП
«Лечебное дело»


В.В. Усов
«09» июля 2019 г.



«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Департамента
клинической медицины


Б.И. Гельцер
«09» июля 2019 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (РПУД)

«Госпитальная хирургия, детская хирургия»

Образовательная программа

Специальность 31.05.01 «Лечебное дело»

Форма подготовки: очная

Курс 5,6, семестр 9, А, В
лекции 54 час.
практические занятия 162 час.
лабораторные работы не предусмотрены
всего часов аудиторной нагрузки 216 час.
самостоятельная работа 144 час.
в том числе на подготовку к экзамену 36 час.
контрольные работы ()
зачет 9,А семестр
экзамен 6 курс, В семестр

Рабочая программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (уровень подготовки специалист), утвержденного приказом Министерства образования и науки РФ от 09.02.2016 № 95.

Рабочая программа дисциплины обсуждена на заседании Департамента клинической медицины. Протокол № 8 от «09» июля 2019 г.

Составители: д.м.н., профессор Усов В.В., доцент Киселев А.Ю.

АННОТАЦИЯ

Дисциплина «Госпитальная хирургия, детская хирургия» предназначена для студентов, обучающихся по образовательной программе 31.05.01 «Лечебное дело».

Дисциплина реализуется на 5,6 курсе, является базовой дисциплиной.

При разработке рабочей программы учебной дисциплины использованы Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.01 «Лечебное дело», учебный план подготовки студентов.

Общая трудоемкость дисциплины составляет 360 часов, 10 зачетных единицы.

Программа курса опирается на базовые знания, полученные студентами:

способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1);

готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности (ОПК-1).

Цель курса:

Формирование у студентов знаний по профилактике, диагностике, дифференциальной диагностике основных хирургических заболеваний и наиболее частых их осложнений, умений составить план консервативного и оперативного лечения, разработать комплекс мероприятий по реабилитации пациента, оценке его трудоспособности, диспансерных особенностей.

Задачи:

1. изучение основных принципов диагностической и лечебной деятельности в хирургии.
2. овладение основами клинического обследования хирургических больных и навыками самостоятельно курации больных

3. знакомство с семиотикой основных видов хирургических заболеваний
4. овладение методами оказания первой помощи при хирургических заболеваниях, травмах.
5. изучить принципы диагностики и дифференциальной диагностики хирургических болезней в их типичных и атипичных проявлениях, а также при осложненных формах патологии
6. овладеть навыками интерпретации результатов специальных методов исследования
7. уметь выбрать метод лечения и профилактики, а также составление плана реабилитационных мероприятий при основных хирургических нозологиях
8. овладеть навыками ведения медицинской документации

В результате изучения данной дисциплины у студентов формируются следующие общепрофессиональные и профессиональные компетенции:

Код и формулировка компетенции	Этапы формирования компетенции	
Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ, и их комбинаций при решении профессиональных задач (ОПК-8);	Знает	лекарственные препараты, назначаемые при лечении хирургической патологии
	Умеет	Определить показания к назначению лекарственных средств при хирургических заболеваниях, сделать назначения, исходя из дозы и путей введения
	Владеет	Навыками применения лекарственных препаратов при различных хирургических заболеваниях
Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра (ПК-6);	Знает	Методику определения у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов хирургических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра
	Умеет	определять у пациентов основные патологические состояния, симптомы, синдромы хирургических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра

	Владеет	-методикой выявления у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов хирургических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра
Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами (ПК-8);	Знает	Закономерности течения патологического процесса при хирургической инфекции, травмах, кровопотере.
	Умеет	Выявить основные симптомы и синдромы, общие для хирургических заболеваний, сделать заключение о характере патологического процесса и составить план обследования и лечения выявленной хирургической патологии
	Владеет	Методами выявления основных симптомов и синдромов хирургических заболеваний, навыками работы со справочниками, учебной литературой и другими медицинскими информационными источниками
Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара (ПК-9);	Знает	Принципы организации хирургической помощи в стране, организацию работы в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара
	Умеет	Оказать необходимую хирургическую помощь амбулаторных условиях и условиях дневного стационара
	Владеет	Навыками диагностики и оказания амбулаторной помощи при различных хирургических заболеваниях.

Для формирования вышеуказанных компетенций в рамках дисциплины «Госпитальная хирургия, детская хирургия» применяются следующие методы активного/ интерактивного обучения:

1. Предусматривается проведение практических занятий с использованием компьютерных обучающих программ.
2. Для организации самостоятельной работы предлагается подготовка рефератов и докладов для выступления в группе и на студенческой конференции; а также подготовка к практическим занятиям, работа с дополнительной литературой, подготовка рефератов, занятие-конференция.

Удельный вес практических занятий, проводимых в интерактивных формах, составляет 10% аудиторного времени; самостоятельной внеаудиторной работы – 33% времени.

I. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ КУРСА (54 ЧАСА)

Модуль I. Госпитальная хирургия и ее предмет (4 часа).

Тема 1. Предмет госпитальной хирургии. Хирургические симптомы и синдромы. Клиническое мышление и диагностический поиск в хирургии. Организация амбулаторной хирургической помощи (2 часа).

Цели и задачи предмета госпитальной хирургии. Основные хирургические симптомы и синдромы для диагностики и дифференциальной диагностики хирургической патологии грудной клетки и брюшной полости. Острый живот, острый ложный живот. Схема клинического исследования хирургического больного. План составления истории болезни хирургического больного. Особенности амбулаторной хирургической помощи.

Тема 2. Современные методы лабораторной и инструментальной диагностики хирургических заболеваний. Малоинвазивная эндоскопическая хирургия (2 часа).

Общеклинические методы диагностики хирургических заболеваний. Лучевые методы диагностики (рентгенография, МРТ, КТ, ПЭТ-КТ, ангиография). Инструментальные методы (УЗИ, бронхоскопия, торакоскопия, лапароскопия, биопсия). Радиоизотопные методы (сцинтиграфия). Бактериологические и цитоморфологические методы (ПЦР, ИФА, Клиническая оценка результатов исследования биопсийного материала).

Модуль II. Основы сосудистой патологии (10 часов.)

Тема 1. Профилактика тромбозов и тромбоэмболических осложнений в хирургии (2 часа)

Основные тромботические и воспалительные поражения системы нижней полой вены. Классификация. Патоморфологические нарушения регионарной

и общей гемодинамики. Диагностика (клиническая, рентгенологическая, функциональная). Лечение (консервативное, хирургическое). Острый тромбоз системы верхней полой вены. Патогенез и патофизиология нарушений гемодинамики. Классификация. Диагностика (клиническая, лучевая, МРТ). Принципы консервативной терапии. Хирургическое лечение.

Тема 2. Нарушение мезентериального кровообращения (2 часа.)

Клиническая анатомия и особенности кровоснабжения тонкой, толстой и прямой кишок. Острые нарушения мезентериального кровообращения. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, Методы лабораторной и инструментальной диагностики острых нарушений мезентериального кровообращения. Дифференциальная диагностика Осложнения. Хирургическая тактика при острых нарушениях мезентериального кровообращения. Виды операций, особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных.

Тема 3. ИБС, пороки сердца, аневризмы, перикардит (2 часа).

Атеросклероз коронарных артерий как причина ИБС. Клиника. Методы диагностики. Хирургические методы лечения: баллонная ангиопластика, стентирование, шунтирование. Применение рентген технологий в лечении ИБС. Ведение пред- и послеоперационного периода. Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП). Клинико-гемодинамическая классификация разных стадий порока. ЭКГ-диагностика. Рентгенологическая диагностика. Катетеризация сердца и направленная ангиокардиография при ДМЖП. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению ДМЖП. Противопоказания к операции. Предоперационная подготовка. Ведение нормального послеоперационного периода. Осложнения после операции, их профилактика и лечение. Ближайшие результаты операции. Реабилитация оперированных больных

Тема 4. Облитерирующие заболевания артерий (2 часа).

Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Синдром Лериша. Облитерирующий тромбангит. Болезнь и синдром Рейно.

Расслаивающая аневризма аорты. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика

Тема 5. Заболевания вен. Тромбофлебит и ТЭЛА (2 часа).

Варикозное расширение вен и хроническая венозная недостаточность. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Особенности ультразвуковой диагностики. Виды лечения: консервативное, склеротерапия, виды оперативного лечения. Современные методы хирургического лечения: РЧА, лазерная коагуляция варикозного расширения вен. Флебит, тромбофлебит. Клиника, варианты течения. Особенности ультразвуковой диагностики. Лечение (консервативное, хирургическое). Посттромбофлебитический синдром.

Модуль III. Основы эндокринной хирургии (4 часа)

Тема 1. Хирургические заболевания эндокринной системы (щитовидная железа, надпочечники) (2 часа)

Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. Эндемический зоб. Классификация. Клиника зоба. Диагностика и дифференциальная диагностика. Показания к операции. Виды и объем операций. Осложнения. Рак щитовидной железы. Предраковые состояния. Классификация рака. Особенности метастазирования. Клиника. Современные методы исследования. Выбор метода и объема операции. Комбинированное лечение, хирургическое, радиоизотопное, рентгенотерапия, гормональное. Хирургическое лечение заболеваний надпочечников. Опухоли мозгового слоя надпочечника. Диагностика. Клиника. Предоперационная подготовка. Виды операции. Ведение пре- и послеоперационного периода. Опухоли коркового слоя надпочечников. Диагностика. Клиника. Предоперационная подготовка. Виды операции. Ведение пре- и послеоперационного периода.

Тема 2. Сахарный диабет. Хирургические осложнения сахарного диабета. Современные подходы к лечению (2 часа)

Сахарный диабет I типа. Сахарный диабет II типа. Патогенез сахарного диабета. Патогенез, клиничко-морфологическая характеристика. Особенности

ведения хирургических пациентов с сахарным диабетом. Прогноз. Причины смерти. Осложнения сахарного диабета: диабетическая ангиопатия, нефропатия, ретинопатия, невропатия. Синдром диабетической стопы и диабетическая гангрена. Виды современного лечения осложнений сахарного диабета: баллонная ангиопластика, стентирование артерий, шунтирование, протезирование. Показания к ампутации, виды ампутаций.

Модуль IV. Общая синдромология в хирургии (18 часов.)

Тема 1. Острый живот. Острый ложный живот. Болевой синдром в животе (2 часа).

Понятие синдрома острого живота. Причины, вызывающие острый живот: повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства, воспалительные заболевания органов брюшной полости, перфорация полых органов, обусловленная острыми и хроническими заболеваниями, сосудистые расстройства (с развитием выраженной ишемии внутренних органов), обструктивные поражения различных отделов кишечника с развитием непроходимости, внутренние кровотечения, инфекционные заболевания. Клиническая характеристика болевого синдрома при остром животе. Диагностика (клинико-лабораторная и инструментальная) и дифференциальная диагностика синдрома острого живота. Алгоритм действий при синдроме острого живота.

Тема 2. Диспептический синдром (в том числе запоры). (2 часа).

Понятие о диспептическом синдроме. Симптомы, характеризующие диспептический синдром. Варианты течения (язвенноподобный, дискинетический, неспецифический) и формы (функциональная, органическая) диспептического синдрома. Причины и клиническая характеристика. Заболевания, сопровождающиеся диспептическим синдромом. Диагностика и дифференциальная диагностика диспептического синдрома. Принципы медикаментозного и хирургического лечения диспепсии. Профилактика и последствия.

Тема 3. Синдром патологических примесей в стуле (2 часа.)

Понятие о патологических примесях в стуле. Заболевания, характеризующиеся наличием патологических примесей в кале. Причины наличия патологических примесей в кале. Диагностика (макроскопическое исследование кала – консистенция, форма, цвет, запах, реакция среды, видимые примеси; микроскопическое исследование кала – остатки пищи, элементы слизистой оболочки кишечника, кристаллические образования, флора и детрит; химическое исследование – амидопириновая проба, бензидиновая проба или реакция Грегерсена, определение желчных пигментов, белка и муцина) и дифференциальная диагностика (колопроктологические синдромы – кал при желудочном и кишечном кровотечении, кал при дизентерии, как при недостаточности переваривания в толстом, тонком кишечнике; при недостаточности желудочного переваривания, как при недостаточности поджелудочной железы, как при недостаточном желчеотделении, кал при онкологических процессах в кишечнике, детский кал – меконий). Клинические проявления диспептического синдрома. Лечение и профилактика.

Тема 4. Дизурический синдром (в том числе гематурия) (2 часа)

Понятие о дизурическом синдроме. Дизурический синдром у детей (энурез, недержание мочи, странгурия). Мочевой синдром (изменение цвета мочи, запаха, прозрачности, реакции) и заболевания, которыми он сопровождается. Изменения относительной плотности мочи (кристаллурия, гематурия, протеинурия, цилиндрурия). Нарушения мочеотделения (полиурия, олигурия, анурия, ишурия, никтурия). Нефротический синдром, отеки. Диагностика и дифференциальная диагностика дизурического синдрома. Принципы оказания неотложной помощи и лечения.

Тема 5. Токсико-анемический синдром (2 часа)

Понятие о токсико-анемическом синдроме. Симптомы, характеризующий токсико-анемический синдром (слабость, недомогание, потеря сил и работоспособности, быстрая утомляемость, повышение температуры, бледность кожных покровов). Заболевания, вызывающие токсико-

анемический синдром. Диагностика (клинико-лабораторная и инструментальная) и дифференциальная диагностика. Специфические обследования кала. Алгоритм действий при токсико-анемическом синдроме.

Тема 6. Синдром портальной гипертензии и асцитический синдром (2 часа).

Этиология и патогенез портальной гипертензии. Классификация синдрома портальной гипертензии. Подпеченочная, внутри- и надпеченочная форма портальной гипертензии. Методы обследования (сбор анамнеза, показатели общего анализа крови, оценка биохимического анализа крови - цитолитического синдрома, мезенхимально-воспалительного синдрома, гепатодепрессии, холестаза). Инструментальные методы диагностики. Степени варикозного расширения вен пищевода. Клиническая картина при разных формах синдрома портальной гипертензии. Критерии Child–Pugh. Асцитический синдром. Причины, приводящие к асциту. Транзиторный асцит. Стационарный перманентный асцит. Диуретикорезистентный асцит. Хирургические методы коррекции асцита. Спленомегалия и гиперспленизм.

Тема 7. Кровотечение из пищеварительного тракта (2 часа).

Причины кровотечений из ЖКТ. Классификация кровотечений из ЖКТ (по источнику, по изменениям слизистой, по характеру течения). Кровотечение их верхних и нижних отделов ЖКТ. Кровотечение их терминальных отделов ЖКТ. Клинико-лабораторные проявления желудочно-кишечных кровотечений. Диагностика желудочно-кишечных кровотечений (особенности сбора анамнеза, клинико-лабораторные методы, определение «скрытой» крови в стуле, инструментальная диагностика). Показания к экстренной ФГДС. Показания к экстренной колоноскопии. Диагностика тонкокишечных кровотечений. Принципы оказания экстренной помощи. Лечение хирургических заболеваний, осложненных кровотечением их ЖКТ.

Тема 8. Синдром кровохарканья (2 часа).

Причины кровохарканья. Дифференциальный диагноз рак и туберкулез легких, травмы, сердечно-сосудистая патология, системные васкулиты

(геморрагический васкулит, синдром Гудпасчера), геморрагические диатезы (коагулопатии, тромбоцитопении), абсцесс легкого и другие причины. Дифференциальная диагностика кровотечений при заболеваниях верхних дыхательных путей и верхних отделов ЖКТ (варикозное расширение вен пищевода, травмы полости рта, травмы пищевода, онкологические заболеваний верхних отделов ЖКТ, осложненные кровотечением). Клиническая картина и оценка тяжести легочного кровотечения. Врачебная тактика по обследованию и лечению пациентов. Неотложная помощь при легочном кровотечении.

Тема 9. Синдромы боли в груди, дыхательной и сердечной недостаточности (2 часа).

Причины болей в грудной клетке. Характеристика болевого синдрома (продолжительность, глубина, провоцирующие факторы, интенсивность боли, локализация болей, купирование, специфические характеристики). Диагностика и дифференциальной диагностике заболеваний органов грудной полости. Клиническая картина при острой сердечной и дыхательной недостаточности. Принципы оказания первой помощи при болях в грудной клетке. Лечение заболеваний грудной клетки, сопровождающихся болевым синдромом.

Тема 10. Синдром объемного образования брюшной полости (2 часа).

Понятие объемного образования брюшной полости. Причины возникновения образований брюшной полости. Клинические симптомы при образовании брюшной полости и его характеристики (размер, локализация, консистенция, подвижность, источники). Диагностика и дифференциальная диагностика объемных образований брюшной полости. Образования исходящие из забрюшинного пространства. Осложнения образований брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза (разрыв, кровотечение, диспептический синдром). Алгоритм обследования и лечения заболеваний брюшной полости, сопровождающихся синдромом объемного образования.

Модуль V. Хирургические заболевания грудной клетки и брюшной полости (18 часов.)

Тема 1. Травма грудной клетки (2 часа).

Причины повреждения грудной клетки. Классификация травм грудной клетки. Ранние и поздние осложнения. Тупая травма грудной клетки. Переломы ребер. Окончатный перелом, клиника, диагностика лечение. Правила оказания первой помощи. Повреждение органов грудной полости. Закрытые пневмоторакс, клиника, диагностика, лечение. Принципы оказания первой помощи. Дренажирование грудной клетки. Диагностическая программа при повреждении сердца. Триада симптомов ранения сердца. Клинико-диагностическая и лечебно-хирургическая программа при ранениях сердца.

Тема 2. Тупая травма живота (2 часа).

Причины травмы живота. Классификация повреждений органов брюшной полости. Клиника и симптоматика повреждений органов брюшной полости. Дифференциальная диагностика повреждений органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза. Критерии оценки тяжести состояния больных с тупой травмой живота. Гемоперитонеум, классификация, клиническая картина. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика тупой травмы живота. Принципы оказания первой помощи. Лечение.

Тема 3. Заболевания молочной железы (2 часа).

Доброкачественные опухоли молочной железы. Классификация. Диагностика клиническая и инструментальная. Биопсия, ее виды. Операции при доброкачественных опухолях. Мастопатия: классификация, клиника, диагностика, лечение. Злокачественные опухоли молочной железы. Этиология, факторы риска. Диагностика, дифференциальная диагностика. Пути метастазирования. Современное комплексное лечение рака молочной железы. Результаты. Реабилитация. МСЭ.

Тема 4. Заболевания средостения и пищевода (2 часа).

Наиболее часто встречающиеся заболевания пищевода и средостения. Анатомо-физиологические особенности средостения. Острый медиастенит. Опухоли и кисты средостения. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы хирургического лечения. Ахалазия пищевода, Дивертикулы, пептический эзофагит, ожоги пищевода. Рак пищевода. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы хирургического лечения.

Тема 5. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (2 часа).

Причины язвенной болезни, предязвенные состояния. Классификация. Клиническая картина неосложненной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Осложнения язвенной болезни. Диагностика (клинико-лабораторная и инструментальная) и дифференциальная диагностика язвенной болезни. Методы консервативного лечения и варианты оперативных вмешательств. Рак желудка. Классификация, клиническая картина. Ранние и поздние осложнения. Исходы. Послеоперационный период. Рекомендации по лечению на амбулаторном этапе. Вопросы реабилитации. Экспертиза нетрудоспособности.

Тема 6. Болезни оперированного желудка (2 часа).

Определение понятия. Этиология и патогенез. Классификация болезней оперированного желудка. Диагностика болезней оперированного желудка. Методы лечения и показания к ним. Реконструктивные операции на желудке. Особенности ведения послеоперационного периода. Профилактика болезней оперированного желудка. Диспансеризация больных. Пептическая язва анастомоза. Этиология. Клиника, диагностика. Осложнения. Лечение: консервативное и хирургическое. Техника резекции желудка. Демпинг-синдром. Гипогликемический синдром. Теории патогенеза. Клиника. Диагностика. Консервативное лечение. Показания к операции. Виды операций при демпинг-синдроме. Техника. Результаты реконструктивных операций. Синдром приводящей петли. Определение. Классификация.

Этиология, патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Консервативное лечение. Хирургическое лечение, техника операций. Результаты хирургического лечения.

Тема 7. Злокачественные опухоли печени, желчного пузыря и желчных путей (2 часа).

Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Патологоанатомическая картина. Международная классификация рака по системе TNM. Стадии рака. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение: хирургическое, химиотерапевтическое и др. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Определение функциональной и анатомической операбельности при злокачественных опухолях печени. Объем хирургического вмешательства. Послеоперационный период. Метастатические опухоли печени: особенности диагностики и лечения. Прогноз. Диспансеризация больных.

Тема 8. Хронический панкреатит (2 часа).

Определение понятия. Этиология. Патогенез. Патологоанатомическая картина. Классификация. Клиническая картина и диагностика хронического панкреатита. Дифференциальная диагностика. Осложнения хронического панкреатита. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению. Виды операций. Операции на желчных протоках. Операции на поджелудочной железе. Операции на протоках поджелудочной железы. Операции на вегетативной нервной системе. Техника операций. Послеоперационный период. Результаты лечения. Реабилитация больных.

Тема 9. Заболевания прямой кишки (2 часа).

Хирургическая анатомия прямой кишки. Геморрой: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Выбор метода лечения. Миниинвазивное лечение: способы, техника, показания, противопоказания, осложнения. Хирургическое лечение: показания, техника операций, осложнения. Реабилитация больных. Заболевания прямой кишки. Анальная

трещина. Анальный зуд. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение заболеваний. Острый парапроктит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение, исходы лечения. Хронический парапроктит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение, исходы лечения. Особенности лигатурного метода. Техника операций. Профилактика парапроктита.

II. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ КУРСА (162 ЧАСА)

Раздел I. Госпитальная хирургия и ее предмет (12 часов).

Тема 1. Предмет госпитальной хирургии. Хирургические симптомы и синдромы. Клиническое мышление и диагностический поиск в хирургии. Организация амбулаторной хирургической помощи (6 часов).

Цели и задачи предмета госпитальной хирургии. Основные хирургические симптомы и синдромы для диагностики и дифференциальной диагностики хирургической патологии грудной клетки и брюшной полости. Острый живот, острый ложный живот. Схема клинического исследования хирургического больного. План составления истории болезни хирургического больного. Особенности амбулаторной хирургической помощи.

Тема 2. Современные методы лабораторной и инструментальной диагностики хирургических заболеваний. Малоинвазивная эндоскопическая хирургия (6 часов).

Общеклинические методы диагностики хирургических заболеваний. Лучевые методы диагностики (рентгенография, МРТ, КТ, ПЭТ-КТ, ангиография). Инструментальные методы (УЗИ, бронхоскопия, торакоскопия, лапароскопия, биопсия). Радиоизотопные методы (сцинтиграфия). Бактериологические и цитоморфологические методы (ПЦР, ИФА, Клиническая оценка результатов исследования биопсийного материала).

Раздел II. Основы сосудистой патологии (30 часов.)

Тема 1. Профилактика тромбозмболических осложнений в хирургии (6 часов)

Основные тромботические и воспалительные поражения системы нижней полой вены. Классификация. Патоморфологические нарушения регионарной и общей гемодинамики. Диагностика (клиническая, рентгенологическая, функциональная). Лечение (консервативное, хирургическое). Острый тромбоз системы верхней полой вены. Патогенез и патофизиология нарушений гемодинамики. Классификация. Диагностика (клиническая, лучевая, МРТ). Принципы консервативной терапии. Хирургическое лечение.

Тема 2. Нарушение мезентериального кровообращения (6 часов.)

Клиническая анатомия и особенности кровоснабжения тонкой, толстой и прямой кишок. Острые нарушения мезентериального кровообращения. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, Методы лабораторной и инструментальной диагностики острых нарушений мезентериального кровообращения. Дифференциальная диагностика Осложнения. Хирургическая тактика при острых нарушениях мезентериального кровообращения. Виды операций, особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных.

Тема 3. ИБС, пороки сердца, аневризмы, перикардит (6 часов).

Атеросклероз коронарных артерий как причина ИБС. Клиника. Методы диагностики. Хирургические методы лечения: баллонная ангиопластика, стентирование, шунтирование. Применение рентген технологий в лечении ИБС. Ведение пред- и послеоперационного периода. Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП). Клинико-гемодинамическая классификация разных стадий порока. ЭКГ-диагностика. Рентгенологическая диагностика. Катетеризация сердца и направленная ангиокардиография при ДМЖП. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению ДМЖП. Противопоказания к операции. Предоперационная подготовка. Ведение нормального послеоперационного периода. Осложнения

после операции, их профилактика и лечение. Ближайшие результаты операции. Реабилитация оперированных больных

Тема 4. Облитерирующие заболевания артерий (6 часов).

Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Синдром Лериша. Облитерирующий тромбангит. Болезнь и синдром Рейно. Расслаивающаяся аневризма аорты. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика

Тема 5. Заболевания вен. Тромбофлебит и ТЭЛА (6 часов).

Варикозное расширение вен и хроническая венозная недостаточность. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Особенности ультразвуковой диагностики. Виды лечения: консервативное, склеротерапия, виды оперативного лечения. Современные методы хирургического лечения: РЧА, лазерная коагуляция варикозного расширения вен. Флебит, тромбофлебит. Клиника, варианты течения. Особенности ультразвуковой диагностики. Лечение (консервативное, хирургическое). Посттромбофлебитический синдром.

Раздел III. Основы эндокринной хирургии (12 часов)

Тема 1. Хирургические заболевания эндокринной системы (щитовидная железа, надпочечники) (6 часов)

Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. Эндемический зоб. Классификация. Клиника зоба. Диагностика и дифференциальная диагностика. Показания к операции. Виды и объем операций. Осложнения. Рак щитовидной железы. Предраковые состояния. Классификация рака. Особенности метастазирования. Клиника. Современные методы исследования. Выбор метода и объема операции. Комбинированное лечение, хирургическое, радиоизотопное, рентгенотерапия, гормональное. Хирургическое лечение заболеваний надпочечников. Опухоли мозгового слоя надпочечника. Диагностика. Клиника. Предоперационная подготовка. Виды операции. Ведение пре- и послеоперационного периода. Опухоли

коркового слоя надпочечников. Диагностика. Клиника. Предоперационная подготовка. Виды операции. Ведение пре- и послеоперационного периода.

Тема 2. Сахарный диабет. Хирургические осложнения сахарного диабета. Современные подходы к лечению 6 часов)

Сахарный диабет I типа. Сахарный диабет II типа. Патогенез сахарного диабета. Патогенез, клиничко-морфологическая характеристика. Особенности ведения хирургических пациентов с сахарным диабетом. Прогноз. Причины смерти. Осложнения сахарного диабета: диабетическая ангиопатия, нефропатия, ретинопатия, невропатия. Синдром диабетической стопы и диабетическая гангрена. Виды современного лечения осложнений сахарного диабета: баллонная ангиопластика, стентирование артерий, шунтирование, протезирование. Показания к ампутации, виды ампутаций.

Раздел IV. Общая синдромология в хирургии (54 часа.)

Тема 1. Острый живот. Острый ложный живот. Болевой синдром в животе (6 часов).

Понятие синдрома острого живота. Причины, вызывающие острый живот: повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства, воспалительные заболевания органов брюшной полости, перфорация полых органов, обусловленная острыми и хроническими заболеваниями, сосудистые расстройства (с развитием выраженной ишемии внутренних органов), обструктивные поражения различных отделов кишечника с развитием непроходимости, внутренние кровотечения, инфекционные заболевания. Клиническая характеристика болевого синдрома при остром животе. Диагностика (клиничко-лабораторная и инструментальная) и дифференциальная диагностика синдрома острого живота. Алгоритм действий при синдроме острого живота.

Тема 2. Диспептический синдром (в том числе запоры). (3 часа).

Понятие о диспептическом синдроме. Симптомы, характеризующие диспептический синдром. Варианты течения (язвенноподобный, дискинетический, неспецифический) и формы (функциональная,

органическая) диспептического синдрома. Причины и клиническая характеристика. Заболевания, сопровождающиеся диспептическим синдромом. Диагностика и дифференциальная диагностика диспептического синдрома. Принципы медикаментозного и хирургического лечения диспепсии. Профилактика и последствия.

Тема 3. Синдром патологических примесей в стуле (6 часов)

Понятие о патологических примесях в стуле. Заболевания, характеризующиеся наличием патологических примесей в кале. Причины наличия патологических примесей в кале. Диагностика (макроскопическое исследование кала – консистенция, форма, цвет, запах, реакция среды, видимые примеси; микроскопическое исследование кала – остатки пищи, элементы слизистой оболочки кишечника, кристаллические образования, флора и детрит; химическое исследование – амидопириновая проба, бензидиновая проба или реакция Грегерсена, определение желчных пигментов, белка и муцина) и дифференциальная диагностика (колопроктологические синдромы – кал при желудочном и кишечном кровотечении, кал при дизентерии, как при недостаточности переваривания в толстом, тонком кишечнике; при недостаточности желудочного переваривания, как при недостаточности поджелудочной железы, как при недостаточном желчеотделении, кал при онкологических процессах в кишечнике, детский кал – меконий). Клинические проявления диспептического синдрома. Лечение и профилактика.

Тема 4. Дизурический синдром (в том числе гематурия) (6 часов)

Понятие о дизурическом синдроме. Дизурический синдром у детей (энурез, недержание мочи, странгурия). Мочевой синдром (изменение цвета мочи, запаха, прозрачности, реакции) и заболевания, которыми он сопровождается. Изменения относительной плотности мочи (кристаллурия, гематурия, протеинурия, цилиндрурия). Нарушения мочеотделения (полиурия, олигурия, анурия, ишурия, никтурия). Нефротический синдром, отеки. Диагностика и

дифференциальная диагностика дизурического синдрома. Принципы оказания неотложной помощи и лечения.

Тема 5. Токсико-анемический синдром (3 часа)

Понятие о токсико-анемическом синдроме. Симптомы, характеризующий токсико-анемический синдром (слабость, недомогание, потеря сил и работоспособности, быстрая утомляемость, повышение температуры, бледность кожных покровов). Заболевания, вызывающие токсико-анемический синдром. Диагностика (клинико-лабораторная и инструментальная) и дифференциальная диагностика. Специфические обследования кала. Алгоритм действий при токсико-анемическом синдроме.

Тема 6. Синдром портальной гипертензии и асцитический синдром (6 часов).

Этиология и патогенез портальной гипертензии. Классификация синдрома портальной гипертензии. Подпеченочная, внутри- и надпеченочная форма портальной гипертензии. Методы обследования (сбор анамнеза, показатели общего анализа крови, оценка биохимического анализа крови - цитолитического синдрома, мезенхимально-воспалительного синдрома, гепатодепрессии, холестаза). Инструментальные методы диагностики. Степени варикозного расширения вен пищевода. Клиническая картина при разных формах синдрома портальной гипертензии. Критерии Child–Pugh. Асцитический синдром. Причины, приводящие к асциту. Транзиторный асцит. Стационарный перманентный асцит. Диуретикорезистентный асцит. Хирургические методы коррекции асцита. Спленомегалия и гиперспленизм.

Тема 7. Кровотечение из пищеварительного тракта (6 часов).

Причины кровотечений из ЖКТ. Классификация кровотечений из ЖКТ (по источнику, по изменениям слизистой, по характеру течения). Кровотечение их верхних и нижних отделов ЖКТ. Кровотечение их терминальных отделов ЖКТ. Клинико-лабораторные проявления желудочно-кишечных кровотечений. Диагностика желудочно-кишечных кровотечений (особенности сбора анамнеза, клинико-лабораторные методы, определение

«скрытой» крови в стуле, инструментальная диагностика). Показания к экстренной ФГДС. Показания к экстренной колоноскопии. Диагностика тонкокишечных кровотечений. Принципы оказания экстренной помощи. Лечение хирургических заболеваний, осложненных кровотечением их ЖКТ.

Тема 8. Синдром кровохарканья (6 часов).

Причины кровохарканья. Дифференциальный диагноз рак и туберкулез легких, травмы, сердечно-сосудистая патология, системные васкулиты (геморрагический васкулит, синдром Гудпасчера), геморрагические диатезы (коагулопатии, тромбоцитопении), абсцесс легкого и другие причины. Дифференциальная диагностика кровотечений при заболеваниях верхних дыхательных путей и верхних отделов ЖКТ (варикозное расширение вен пищевода, травмы полости рта, травмы пищевода, онкологические заболевания верхних отделов ЖКТ, осложненные кровотечением). Клиническая картина и оценка тяжести легочного кровотечения. Врачебная тактика по обследованию и лечению пациентов. Неотложная помощь при легочном кровотечении.

Тема 9. Синдромы боли в груди, дыхательной и сердечной недостаточности (6 часов).

Причины болей в грудной клетке. Характеристика болевого синдрома (продолжительность, глубина, провоцирующие факторы, интенсивность боли, локализация болей, купирование, специфические характеристики). Диагностика и дифференциальной диагностике заболеваний органов грудной полости. Клиническая картина при острой сердечной и дыхательной недостаточности. Принципы оказания первой помощи при болях в грудной клетке. Лечение заболеваний грудной клетки, сопровождающихся болевым синдромом.

Тема 10. Синдром объемного образования брюшной полости (6 часов).

Понятие объемного образования брюшной полости. Причины возникновения образований брюшной полости. Клинические симптомы при образовании брюшной полости и его характеристики (размер, локализация, консистенция,

подвижность, источники). Диагностика и дифференциальная диагностика объемных образований брюшной полости. Образования исходящие из забрюшинного пространства. Осложнения образований брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза (разрыв, кровотечение, диспептический синдром). Алгоритм обследования и лечения заболеваний брюшной полости, сопровождающихся синдромом объемного образования.

Раздел V. Хирургические заболевания грудной клетки и брюшной полости (54 часа.)

Тема 1. Травма грудной клетки (3 часа).

Причины повреждения грудной клетки. Классификация травм грудной клетки. Ранние и поздние осложнения. Тупая травма грудной клетки. Переломы ребер. Окончатый перелом, клиника, диагностика лечение. Правила оказания первой помощи. Повреждение органов грудной полости. Закрытые пневмоторакс, клиника, диагностика, лечение. Принципы оказания первой помощи. Дренажирование грудной клетки. Диагностическая программа при повреждении сердца. Триада симптомов ранения сердца. Клинико-диагностическая и лечебно-хирургическая программа при ранениях сердца.

Тема 2. Тупая травма живота (3 часа).

Причины травмы живота. Классификация повреждений органов брюшной полости. Клиника и симптоматика повреждений органов брюшной полости. Дифференциальная диагностика повреждений органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза. Критерии оценки тяжести состояния больных с тупой травмой живота. Гемоперитонеум, классификация, клиническая картина. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика тупой травмы живота. Принципы оказания первой помощи. Лечение.

Тема 3. Заболевания молочной железы (6 часов).

Доброкачественные опухоли молочной железы. Классификация. Диагностика клиническая и инструментальная. Биопсия, ее виды. Операции при доброкачественных опухолях. Мастопатия: классификация, клиника,

диагностика, лечение. Злокачественные опухоли молочной железы. Этиология, факторы риска. Диагностика, дифференциальная диагностика. Пути метастазирования. Современное комплексное лечение рака молочной железы. Результаты. Реабилитация. МСЭ.

Тема 4. Заболевание средостения и пищевода (6 часов).

Наиболее часто встречающиеся заболевания пищевода и средостения. Анатомо-физиологические особенности средостения. Острый медиастенит. Опухоли и кисты средостения. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы хирургического лечения. Ахалазия пищевода, Дивертикулы, пептический эзофагит, ожоги пищевода. Рак пищевода. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы хирургического лечения.

Тема 5. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (6 часов).

Причины язвенной болезни, предязвенные состояния. Классификация. Клиническая картина неосложненной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Осложнения язвенной болезни. Диагностика (клинико-лабораторная и инструментальная) и дифференциальная диагностика язвенной болезни. Методы консервативного лечения и варианты оперативных вмешательств. Рак желудка. Классификация, клиническая картина. Ранние и поздние осложнения. Исходы. Послеоперационный период. Рекомендации по лечению на амбулаторном этапе. Вопросы реабилитации. Экспертиза нетрудоспособности.

Тема 6. Болезни оперированного желудка (6 часов).

Определение понятия. Этиология и патогенез. Классификация болезней оперированного желудка. Диагностика болезней оперированного желудка. Методы лечения и показания к ним. Реконструктивные операции на желудке. Особенности ведения послеоперационного периода. Профилактика болезней оперированного желудка. Диспансеризация больных. Пептическая язва анастомоза. Этиология. Клиника, диагностика. Осложнения. Лечение:

консервативное и хирургическое. Техника резекции желудка. Демпинг-синдром. Гипогликемический синдром. Теории патогенеза. Клиника. Диагностика. Консервативное лечение. Показания к операции. Виды операций при демпинг-синдроме. Техника. Результаты реконструктивных операций. Синдром приводящей петли. Определение. Классификация. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Консервативное лечение. Хирургическое лечение, техника операций. Результаты хирургического лечения.

Тема 7. Злокачественные опухоли печени, желчного пузыря и желчных путей (6 часов).

Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Патологоанатомическая картина. Международная классификация рака по системе TNM. Стадии рака. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение: хирургическое, химиотерапевтическое и др. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Определение функциональной и анатомической операбельности при злокачественных опухолях печени. Объем хирургического вмешательства. Послеоперационный период. Метастатические опухоли печени: особенности диагностики и лечения. Прогноз. Диспансеризация больных.

Тема 8. Хронический панкреатит (6 часов).

Определение понятия. Этиология. Патогенез. Патологоанатомическая картина. Классификация. Клиническая картина и диагностика хронического панкреатита. Дифференциальная диагностика. Осложнения хронического панкреатита. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению. Виды операций. Операции на желчных протоках. Операции на поджелудочной железе. Операции на протоках поджелудочной железы. Операции на вегетативной нервной системе. Техника операций. Послеоперационный период. Результаты лечения. Реабилитация больных.

Тема 9. Заболевания прямой кишки (6 часов).

Хирургическая анатомия прямой кишки. Геморрой: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Выбор метода лечения. Миниинвазивное лечение: способы, техника, показания, противопоказания, осложнения. Хирургическое лечение: показания, техника операций, осложнения. Реабилитация больных. Заболевания прямой кишки. Анальная трещина. Анальный зуд. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение заболеваний. Острый парапроктит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение, исходы лечения. Хронический парапроктит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение, исходы лечения. Особенности лигатурного метода. Техника операций. Профилактика парапроктита.

Тема 10. Синдром системного воспалительного ответа у хирургических больных (6 часов)

Определение понятий, связанных с сепсисом. Иммунный ответ при бактериальных инфекциях. Уклонение бактерий от иммунной защиты. Основные нарушения со стороны органов и систем, наблюдаемые при сепсисе. Критерии полиорганной дисфункции. Этиология и патогенез сепсиса. Диагностика и дифференциальная диагностика сепсиса. Принципы антибактериальной терапии сепсиса. Принципы восстановления гомеостаза и органных нарушений. Лечение жизнеугрожающих синдромов. Лечение синдрома септического шока.

III. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ

В РПУД представлено основное содержание тем, оценочные средства: термины и понятия, необходимые для освоения дисциплины.

В ходе усвоения курса «Госпитальная хирургия, детская хирургия» студенту предстоит проделать большой объем самостоятельной работы, в которую входит подготовка к семинарским занятиям и написание реферата.

Практические занятия помогают студентам глубже усвоить учебный материал, приобрести навыки творческой работы над документами и первоисточниками.

Планы практических занятий, их тематика, рекомендуемая литература, цель и задачи ее изучения сообщаются преподавателем на вводных занятиях или в учебной программе по данной дисциплине.

Прежде чем приступить к изучению темы, необходимо ознакомиться с основными вопросами плана практического занятия и списком рекомендуемой литературы.

Начиная подготовку к практическому занятию, необходимо, прежде всего, обратиться к конспекту лекций, разделам учебников и учебных пособий, чтобы получить общее представление о месте и значении темы в изучаемом курсе. Затем поработать с дополнительной литературой, сделать записи по рекомендованным источникам.

В процессе изучения рекомендованного материала, необходимо понять построение изучаемой темы, выделить основные положения, проследить их логику и тем самым вникнуть в суть изучаемой проблемы.

Необходимо вести записи изучаемого материала в виде конспекта, что, наряду со зрительной, включает и моторную память и позволяет накапливать индивидуальный фонд подсобных материалов для быстрого повторения прочитанного, для мобилизации накопленных знаний. Основные формы записи: план (простой и развернутый), выписки, тезисы.

В процессе подготовки важно сопоставлять источники, продумывать изучаемый материал и выстраивать алгоритм действий, тщательно продумать свое устное выступление.

На практическом занятии каждый его участник должен быть готовым к выступлению по всем поставленным в плане вопросам, проявлять максимальную активность при их рассмотрении. Выступление должно быть убедительным и аргументированным, не допускается и простое чтение конспекта. Важно проявлять собственное отношение к тому, о чем говорится, высказывать свое личное мнение, понимание, обосновывать его и делать правильные выводы из сказанного. При этом можно обращаться к записям конспекта и лекций, непосредственно к первоисточникам, использовать знание монографий и публикаций, факты и наблюдения современной жизни и т. д.

Студент, не успевший выступить на практическом занятии, может предъявить преподавателю для проверки подготовленный конспект и, если потребуется, ответить на вопросы преподавателя по теме практического занятия для получения зачетной оценки по данной теме.

Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Госпитальная хирургия, детская хирургия» представлено в Приложении 1 и включает в себя:

- характеристика заданий для самостоятельной работы студентов и методические рекомендации по их выполнению;
- требования к представлению и оформлению результатов самостоятельной работы;
- критерии оценки выполнения самостоятельной работы.

IV. КОНТРОЛЬ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ КУРСА

Код и формулировка компетенции		Этапы формирования компетенции			
№ п/п	Контролируемые разделы/темы дисциплин	Коды и этапы формирования компетенций	Оценочные средства		
			Текущий контроль	Промежуточная аттестация/экзамен	
1	Модуль I. Госпитальная хирургия и ее предмет. Модуль II. Основы сосудистой патологии Модуль III. Основы эндокринной хирургии Модуль IV. Общая синдромология в хирургии Модуль V. Хирургические заболевания грудной клетки и брюшной полости	Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ, и их комбинаций при решении профессиональных задач (ОПК-8);	Знает	УО-1 Собеседование	Вопросы экзамена 4 семестр -1-110
			Умеет	ПР-1 Тест	ПР-1 Тест
			Владеет	УО-3 Доклад, сообщение	УО-2 Коллоквиум
2	Модуль I. Госпитальная хирургия и ее предмет. Модуль II. Основы сосудистой патологии Модуль III. Основы эндокринной хирургии Модуль IV. Общая синдромология в хирургии Модуль V. Хирургические заболевания грудной клетки и брюшной полости	способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра (ПК-6);	Знает	УО-1 Собеседование	Вопросы экзамена 4 семестр -39-110
			Умеет	УО-1 Собеседование	ПР-1 Тест
			Владеет	ПР-1 Тест ПР-11 Кейс-задача	УО-2 Коллоквиум
3	Модуль I. Госпитальная хирургия и ее предмет. Модуль II. Основы сосудистой патологии Модуль III. Основы эндокринной хирургии Модуль IV. Общая синдромология в хирургии Модуль V. Хирургические заболевания грудной клетки и брюшной полости	Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами (ПК-8);	Знает	УО-1 Собеседование	Вопросы экзамена 4 семестр -1-110
			Умеет	ПР-1 Тест	ПР-1 Тест
			Владеет	УО-3 Доклад, сообщение	УО-2 Коллоквиум
4	Модуль I. Госпитальная хирургия и ее предмет. Модуль II. Основы сосудистой патологии Модуль III. Основы эндокринной хирургии Модуль IV. Общая синдромология в хирургии Модуль V.	Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара (ПК-9);	Знает	УО-1 Собеседование	Вопросы экзамена 4 семестр -1-110
			Умеет	ПР-1 Тест	ПР-1 Тест
			Владеет	УО-3 Доклад, сообщение	УО-2 Коллоквиум

Хирургические заболевания грудной клетки и брюшной полости				
--	--	--	--	--

примерные виды оценочных средств: собеседование по ситуационным задачам, тестирование письменное или компьютерное, типовые расчеты, индивидуальные задания, реферат, эссе и др.

Контрольные и методические материалы, а также критерии и показатели, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы представлены в Приложении 2.

V. СПИСОК УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Основная литература

1. Оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебное пособие по мануальным навыкам / под ред. А. А. Воробьева, И. И. Кагана. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433546.html>
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>
3. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html>
4. Хирургические болезни. В 2 т. Том 1 [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431313.html>
5. Хирургические болезни. В 2 т. Том 2 [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431320.html>

Дополнительная литература

1. Общая хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Петров С.В. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422816.htm>
2. Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс] / Булатов С.А., Анисимов О.Г., Абдулганиева Д.И., Ахмадеев Н.Р., Биккинеев Ф.Г., Горбунов В.А., Орлов Ю.В., Петухов Д.М.,

Садыкова А.Р., Саяпова Д.Р. - Казань : Казанский ГМУ. -

<http://www.studmedlib.ru/book/skills-3.html>

3. Хирургические болезни [Электронный ресурс] / Мерзликин Н.В., Бражников Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. -

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421079.html>

4. Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. А.Ф. Черноусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421161.html>

5. Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, . - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970408797.html>

Электронные ресурсы

1. Российское общество хирургов / <http://xn----9sdbdejx7bdduahou3a5d.xn--plai/>

2. Школа современной хирургии / <http://www.websurg.ru/>

3. Главный хирургический портал / <http://www.operabelno.ru/>

4. Врач - хирург Медицинский хирургический портал / <http://xupypr.org/>

5. WebSurg / <http://www.websurg.com/?lng=ru>

6. MED-EDU.ru - Медицинский портал / <http://www.medvideo.org/surgery/>

ПЕРЕЧЕНЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Место расположения компьютерной техники, на котором установлено программное обеспечение, количество рабочих мест	Перечень программного обеспечения
Компьютерный класс Школы биомедицины ауд. М723, 15 рабочих мест	Windows Seven Enterprise SP3x64 Операционная система Microsoft Office Professional Plus 2010 офисный пакет, включающий программное обеспечение для работы с различными типами документов (текстами, электронными таблицами, базами данных и др.);

	<p>7Zip 9.20 - свободный файловый архиватор с высокой степенью сжатия данных;</p> <p>ABBYY FineReader 11 - программа для оптического распознавания символов;</p> <p>Adobe Acrobat XI Pro 11.0.00 – пакет программ для создания и просмотра электронных публикаций в формате PDF;</p> <p>WinDjView 2.0.2 - программа для распознавания и просмотра файлов с одноименным форматом DJV и DjVu.</p>
--	---

VI. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

В процессе изучения дисциплины «Госпитальная хирургия, детская хирургия» предлагаются разнообразные методы и средства освоения учебного содержания: лекция, практические занятия, контрольные работы, тестирование, самостоятельная работа студентов.

Лекция основная активная форма проведения аудиторных занятий, разъяснения основополагающих и наиболее трудных теоретических разделов анатомии человека, которая предполагает интенсивную умственную деятельность студента и особенно сложна для студентов первого курса. Лекция всегда должна носить познавательный, развивающий воспитательный и организующий характер. Конспект лекций помогает усвоить теоретический материал дисциплины. При слушании лекции надо конспектировать самое главное и желательно собственными формулировками, что позволяет лучше запомнить материал. Конспект является полезным, когда он пишется самим студентом. Можно разработать собственную схему сокращения слов. Название тем, параграфов можно выделять цветными маркерами или ручками. В лекции преподаватель дает лишь небольшую долю материала по тем или другим темам, которые излагаются в учебниках. Поэтому при работе с конспектом лекций всегда необходимо использовать основной учебник и дополнительную литературу, которые рекомендованы по данной дисциплине. Именно такая серьезная работа студента с лекционным материалом позволяет достичь ему успехов в овладении новыми знаниями. Для изложения лекционного курса по дисциплине «Госпитальная хирургия,

детская хирургия» в качестве форм активного обучения используются: лекция-беседа, лекция- визуализация, которые строятся на базе знаний, полученных студентами в межпредметных дисциплинах: «Биология», «Химия», «Физика», «Клиническая патологическая анатомия», «Клиническая патологическая физиология». Для иллюстрации словесной информации применяются презентации, таблицы, схемы на доске. По ходу изложения лекционного материала ставятся проблемные вопросы или вопросы с элементами дискуссии.

Лекция – визуализация

Чтение лекции сопровождается показом таблиц, слайдов, что способствует лучшему восприятию излагаемого материала. Лекция - визуализация требует определенных навыков – словесное изложение материал должно сопровождаться и сочетаться с визуальной формой. Информация, изложенная в виде схем на доске, таблицах, слайдах, позволяет формировать проблемные вопросы, и способствуют развитию профессионального мышления будущих специалистов.

Лекция – беседа.

Лекция-беседа, или как еще в педагогике эту форму обучения называют «диалог с аудиторией», является наиболее распространенной формой активного обучения и позволяет вовлекать студентов в учебный процесс, так как возникает непосредственный контакт преподавателя с аудиторией. Такой контакт достигается по ходу лекции, когда студентам задаются вопросы проблемного или информационного характера или когда прошу студентов самим задать мне вопросы. Вопросы предлагаются всей аудитории, и любой из студентов может предложить свой ответ, другой может его дополнить. При этом от лекции к лекции выявляю более активных студентов и пытаюсь активизировать студентов, которые не участвуют в работе. Такая форма лекции позволяет вовлечь студентов в работу, активизировать их внимание, мышление, получить коллективный опыт, научиться формировать вопросы. Преимущество лекции-беседы состоит в том, что она позволяет привлекать

внимание студентов к наиболее важным вопросам темы, определять содержание и темп изложения учебного материала.

Лекция – пресс-конференция

В начале занятия преподаватель называет тему лекции и просит студентов письменно задавать ему вопросы по данной теме. Каждый студент должен в течение 2-3 минут сформулировать наиболее интересующие его вопросы по теме лекции, написать их на листке бумаги и передать записку преподавателю. Преподаватель в течение 3-5 минут сортирует вопросы по их смысловому содержанию и начинает читать лекцию. Изложение материала преподносится в виде связного раскрытия темы, а не как ответ на каждый заданный вопрос, но в процессе лекции формулируются соответствующие ответы. В завершение лекции преподаватель проводит итоговую оценку вопросов, выявляя знания и интересы студентов.

Практические занятия по дисциплине «Госпитальная хирургия, детская хирургия»

Практические занятия - коллективная форма рассмотрения учебного материала. Семинарские занятия, которые так же являются одним из основных видов практических занятий, предназначенных для углубленного изучения дисциплины, проходящие в интерактивном режиме. На занятиях по теме семинара разбираются вопросы и затем вместе с преподавателем проводят обсуждение, которое направлено на закрепление обсуждаемого материала, формирование навыков вести полемику, развивать самостоятельность и критичность мышления, на способность студентов ориентироваться в больших информационных потоках, вырабатывать и отстаивать собственную позицию по проблемным вопросам учебной дисциплины. В качестве методов активного обучения используются на практических занятиях: пресс-конференция, развернутая беседа, диспут. **Развернутая беседа** предполагает подготовку студентов по каждому вопросу плана занятия с единым для всех перечнем рекомендуемой обязательной и

дополнительной литературы. Доклады готовятся студентами по заранее предложенной тематике.

Диспут в группе имеет ряд достоинств. Диспут может быть вызван преподавателем в ходе занятия или же заранее планируется им. В ходе полемики студенты формируют у себя находчивость, быстроту мыслительной реакции.

Пресс-конференция. Преподаватель поручает 3-4 студентам подготовить краткие доклады. Затем один из участников этой группы делает доклад. После доклада студенты задают вопросы, на которые отвечает докладчик и другие члены экспертной группы. На основе вопросов и ответов развертывается творческая дискуссия вместе с преподавателем.

VII. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для проведения практических работ, а также для организации самостоятельной работы студентам доступно следующее лабораторное оборудование и специализированные кабинеты, соответствующие действующим санитарным и противопожарным нормам, а также требованиям техники безопасности при проведении учебных и научно-производственных работ:

Наименование оборудованных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень основного оборудования
Компьютерный класс Школы биомедицины ауд. М723, 15 рабочих мест	Экран с электроприводом 236*147 см Trim Screen Line; Проектор DLP, 3000 ANSI Lm, WXGA 1280x800, 2000:1 EW330U Mitsubishi; Подсистема специализированных креплений оборудования CORSA-2007 Tuarex; Подсистема видеокмутации: матричный коммутатор DVI DXP 44 DVI Pro Extron; удлинитель DVI по витой паре DVI 201 Tx/Rx Extron; Подсистема аудиокоммутации и звукоусиления; акустическая система для потолочного монтажа SI 3CT LP Extron; цифровой аудиопроцессор DMP 44 LC Extron;

	<p>расширение для контроллера управления IPL T CR48; беспроводные ЛВС для обучающихся обеспечены системой на базе точек доступа 802.11a/b/g/n 2x2 MIMO(2SS). Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty</p>
<p>690922, Приморский край, г. Владивосток, остров Русский, полуостров Саперный, поселок Аякс, 10, Мультимедийная аудитория</p>	<p>Мультимедийная аудитория: Моноблок Lenovo C360G-i34164G500UDK; Экран проекционный Projecta Elpro Electrol, 300x173 см; Мультимедийный проектор, Mitsubishi FD630U, 4000 ANSI Lumen, 1920x1080; Врезной интерфейс с системой автоматического втягивания кабелей TLS TAM 201 Stan; Документ-камера Avervision CP355AF; Микрофонная петличная радиосистема УВЧ диапазона Sennheiser EW 122 G3 в составе беспроводного микрофона и приемника; Кодек видеоконференцсвязи LifeSizeExpress 220- Codeconly- Non-AES; Сетевая видеокамера Multipix MP-HD718; Две ЖК-панели 47", Full HD, LG M4716CCBA; Подсистема аудиокмутации и звукоусиления; централизованное бесперебойное обеспечение электропитанием</p>
<p>Читальные залы Научной библиотеки ДВФУ с открытым доступом к фонду (корпус А - уровень 10)</p>	<p>Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty Скорость доступа в Интернет 500 Мбит/сек. Рабочие места для людей с ограниченными возможностями здоровья оснащены дисплеями и принтерами Брайля; оборудованы: портативными устройствами для чтения плоскочечатных текстов, сканирующими и читающими машинами видеоувелечителем с возможностью регуляции цветовых спектров; увеличивающими электронными лупами и ультразвуковыми маркировщиками</p>
<p>Аккредитационно-симуляционный центр Школы биомедицины 690922, Приморский край, г. Владивосток, остров Русский, полуостров Саперный, поселок Аякс, 10, ауд. М 516</p>	<p>Класс топографической анатомии и оперативной хирургии Набор хирургический большой (1 шт.) Пакет д/утилизации кл. Б (желтый) со стяжкой, 50*60 см Иглы ВТ 204/3 DS 70(130) Халат одноразовый (рукав: на трикотажной манжете) Перчатки одноразовые, нестерильные (размер М) Перчатки одноразовые, нестерильные (размер S) Перчатки одноразовые, нестерильные (размер L) Ножницы остроконечные (2 шт.) Шпатель нейрохирургический 2-х сторонний малый (2 шт.) Шовный материал Лавсан плетеный М 3,5 (0) катушка 10 метров пр-ва Россия Лавсан плетеный белый М 3 (2/0) 200 метров кассета, пр-ва Россия Функциональная модель коленного сустава класса «люкс» (1 шт.) Модель коленного сустава, 12 частей (1 шт.) Плакаты брюшной полости (пластик) – ламинированный Плакаты грудной клетки (пластик) - ламинированный Муляж грыжи (1 шт.)</p>

Муляж кисти (разборный) (1 шт.) Ларингоскоп интубационный (1 шт.)
--

В целях обеспечения специальных условий обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в ДВФУ все здания оборудованы пандусами, лифтами, подъемниками, специализированными местами, оснащенными туалетными комнатами, табличками информационно-навигационной поддержки.

Клинические базы:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Приморская краевая клиническая больница №1»

Краевое Государственное Автономное Учреждение Здравоохранения «Краевая Клиническая Больница №2»;

Краевое Государственное Автономное Учреждение Здравоохранения «Владивостокская Клиническая Больница № 4»;

Медицинский центр федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Дальневосточный федеральный университет».

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Дальневосточный федеральный университет»
(ДФУ)

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ
РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

по дисциплине «Госпитальная хирургия, детская хирургия»

Направление подготовки (специальность) 31.05.01 «Лечебное дело»

Форма подготовки очная

г. Владивосток

2018

Самостоятельная работа включает:

- 1) библиотечную или домашнюю работу с учебной литературой и конспектом лекций,
- 2) подготовку к практическим занятиям,
- 3) подготовку тестированию и контрольному собеседованию (зачету)

Порядок выполнения самостоятельной работы студентами определен планом-графиком выполнения самостоятельной работы по дисциплине.

План-график выполнения самостоятельной работы по дисциплине

№ п/п	Дата/сроки выполнения	Вид самостоятельной работы	Примерные нормы времени на выполнение (час)	Форма контроля
9 семестр - 36 часов				
1	2-3 неделя	Реферат	12	УО-3-Доклад, сообщение
2	4-15 неделя	Презентация по теме реферата	12	ПУО-3-Доклад, сообщение
3	17-18 неделя	Подготовка к зачету	12	УО-1- Собеседование ПР-1 - Тест
А семестр – 36 часов				
1	2-3 неделя	Реферат	12	УО-3-Доклад, сообщение
2	4-15 неделя	Презентация по теме реферата	12	ПУО-3-Доклад, сообщение
3	17-18 неделя	Подготовка к зачету	12	УО-1- Собеседование ПР-1 - Тест
В семестр- 72 часа				
1	2-3 неделя	Реферат	12	УО-3-Доклад, сообщение
2	4-15 неделя	Презентация по теме реферата	24	ПУО-3-Доклад, сообщение
3	17-18 неделя	Подготовка к зачету	36	УО-1- Собеседование ПР-1 - Тест

Темы докладов и рефератов

По дисциплине 108 часов самостоятельной работы, в рамках этих часов выполняется 2 устных доклада по предложенным темам.

1. Современные методы стентирования сосудов
2. Диабетическая стопа
3. Язвенная болезнь желудка и ДПК, болезни оперированного желудка.
4. Кровотечения из ЖКТ. Портальная гипертензия детского возраста.
5. Дифференциальная диагностика при желудочно-кишечного кровотечения
6. Функциональные, инструментальные методы исследования при заболеваниях желудка и кишечника
7. Функциональные, инструментальные методы исследования при заболеваниях печени, внепеченочных желчных протоков, поджелудочной железы
8. Трансплантология. Общие положения. Трансплантация почки, сердца, поджелудочной железы, печени.
9. Клиника, диагностика и лечение постхолецистэктомического синдрома и паразитарных заболеваний печени.
10. Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний прямой кишки и пара-ректального пространства
11. Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний средостения
12. Дифференциальная диагностика и лечение хронического неспецифического язвенного колита и болезни Крона

Методические рекомендации по написанию и оформлению реферата

Реферат – творческая деятельность ординатора, которая воспроизводит в своей структуре научно–исследовательскую деятельность по решению теоретических и прикладных проблем в определённой отрасли научного знания. В силу этого курсовая работа является важнейшей составляющей учебного процесса в высшей школе.

Реферат, являясь моделью научного исследования, представляет собой самостоятельную работу, в которой ординатор решает проблему теоретического или практического характера, применяя научные принципы и методы данной отрасли научного знания. Результат данного научного поиска может обладать не только субъективной, но и объективной научной новизной, и поэтому может быть представлен для обсуждения научной общественности в виде научного доклада или сообщения на научно-практической конференции, а также в виде научной статьи.

Реферат выполняется под руководством научного руководителя и предполагает приобретение навыков построения делового сотрудничества, основанного на этических нормах осуществления научной деятельности. Целеустремлённость, инициативность, бескорыстный познавательный интерес, ответственность за результаты своих действий, добросовестность, компетентность – качества личности, характеризующие субъекта научно-исследовательской деятельности, соответствующей идеалам и нормам современной науки.

Реферат – это самостоятельная учебная и научно-исследовательская деятельность ординатора. Научный руководитель оказывает помощь консультативного характера и оценивает процесс и результаты деятельности. Он предоставляет примерную тематику реферативных работ, уточняет совместно с ординатором проблему и тему исследования, помогает спланировать и организовать научно-исследовательскую деятельность, назначает время и минимальное количество консультаций. Научный руководитель принимает текст реферата на проверку не менее чем за десять дней до защиты.

Традиционно сложилась определенная структура реферата, основными элементами которой в порядке их расположения являются следующие:

1. Титульный лист.
2. Задание.
3. Оглавление.

4. Перечень условных обозначений, символов и терминов (если в этом есть необходимость).

5. Введение.

6. Основная часть.

7. Заключение.

8. Библиографический список.

9. Приложения.

На титульном листе указываются: учебное заведение, выпускающая кафедра, автор, научный руководитель, тема исследования, место и год выполнения реферата.

Название реферата должно быть по возможности кратким и полностью соответствовать ее содержанию.

В оглавлении (содержании) отражаются названия структурных частей реферата и страницы, на которых они находятся. Оглавление целесообразно разместить в начале работы на одной странице.

Наличие развернутого введения – обязательное требование к реферату. Несмотря на небольшой объем этой структурной части, его написание вызывает значительные затруднения. Однако именно качественно выполненное введение является ключом к пониманию всей работы, свидетельствует о профессионализме автора.

Таким образом, введение – очень ответственная часть реферата. Начинаться должно введение с обоснования актуальности выбранной темы. В применении к реферату понятие «актуальность» имеет одну особенность. От того, как автор реферата умеет выбрать тему и насколько правильно он эту тему понимает и оценивает с точки зрения современности и социальной значимости, характеризует его научную зрелость и профессиональную подготовленность.

Кроме этого во введении необходимо вычленить методологическую базу реферата, назвать авторов, труды которых составили теоретическую основу исследования. Обзор литературы по теме должен показать

основательное знакомство автора со специальной литературой, его умение систематизировать источники, критически их рассматривать, выделять существенное, определять главное в современном состоянии изученности темы.

Во введении отражаются значение и актуальность избранной темы, определяются объект и предмет, цель и задачи, хронологические рамки исследования.

Завершается введение изложением общих выводов о научной и практической значимости темы, степени ее изученности и обеспеченности источниками, выдвижением гипотезы.

В основной части излагается суть проблемы, раскрывается тема, определяется авторская позиция, в качестве аргумента и для иллюстраций выдвигаемых положений приводится фактический материал. Автору необходимо проявить умение последовательного изложения материала при одновременном его анализе. Предпочтение при этом отдается главным фактам, а не мелким деталям.

Реферат заканчивается заключительной частью, которая так и называется «заключение». Как и всякое заключение, эта часть реферата выполняет роль вывода, обусловленного логикой проведения исследования, который носит форму синтеза накопленной в основной части научной информации. Этот синтез – последовательное, логически стройное изложение полученных итогов и их соотношение с общей целью и конкретными задачами, поставленными и сформулированными во введении. Именно здесь содержится так называемое «выводное» знание, которое является новым по отношению к исходному знанию. Заключение может включать предложения практического характера, тем самым, повышая ценность теоретических материалов.

Итак, в заключении реферата должны быть: а) представлены выводы по итогам исследования; б) теоретическая и практическая значимость, новизна реферата; в) указана возможность применения результатов исследования.

После заключения принято помещать библиографический список использованной литературы. Этот список составляет одну из существенных частей реферата и отражает самостоятельную творческую работу автора реферата.

Список использованных источников помещается в конце работы. Он оформляется или в алфавитном порядке (по фамилии автора или названия книги), или в порядке появления ссылок в тексте письменной работы. Во всех случаях указываются полное название работы, фамилии авторов или редактора издания, если в написании книги участвовал коллектив авторов, данные о числе томов, название города и издательства, в котором вышла работа, год издания, количество страниц.

Методические рекомендации для подготовки презентаций

Для подготовки презентации рекомендуется использовать: Power Point, MS Word, Acrobat Reader, LaTeX-овский пакет beamer. Самая простая программа для создания презентаций – Microsoft PowerPoint. Для подготовки презентации необходимо обработать информацию, собранную при написании реферата.

Последовательность подготовки презентации:

1. Четко сформулировать цель презентации.
2. Определить каков будет формат презентации: живое выступление (тогда, сколько будет его продолжительность) или электронная рассылка (каков будет контекст презентации).
3. Отобрать всю содержательную часть для презентации и выстроить логическую цепочку представления.
4. Определить ключевые моменты в содержании текста и выделить их.
5. Определить виды визуализации (картинки) для отображения их на слайдах в соответствии с логикой, целью и спецификой материала.
6. Подобрать дизайн и форматировать слайды (количество картинок и текста, их расположение, цвет и размер).

7. Проверить визуальное восприятие презентации.

К видам визуализации относятся иллюстрации, образы, диаграммы, таблицы. Иллюстрация – представление реально существующего зрительного ряда. Образы – в отличие от иллюстраций – метафора. Их назначение – вызвать эмоцию и создать отношение к ней, воздействовать на аудиторию. С помощью хорошо продуманных и представляемых образов, информация может надолго остаться в памяти человека. Диаграмма – визуализация количественных и качественных связей. Их используют для убедительной демонстрации данных, для пространственного мышления в дополнение к логическому. Таблица – конкретный, наглядный и точный показ данных. Ее основное назначение – структурировать информацию, что порой облегчает восприятие данных аудиторией.

Практические советы по подготовке презентации

- печатный текст + слайды + раздаточный материал готовятся отдельно;
- слайды – визуальная подача информации, которая должна содержать минимум текста, максимум изображений, несущих смысловую нагрузку, выглядеть наглядно и просто;
- текстовое содержание презентации – устная речь или чтение, которая должна включать аргументы, факты, доказательства и эмоции;
- рекомендуемое число слайдов 17-22;
- обязательная информация для презентации: тема, фамилия и инициалы выступающего; план сообщения; краткие выводы из всего сказанного; список использованных источников;
- раздаточный материал – должен обеспечивать ту же глубину и охват, что и живое выступление: люди больше доверяют тому, что они могут унести с собой, чем исчезающим изображениям, слова и слайды забываются, а раздаточный материал остается постоянным осязаемым напоминанием; раздаточный материал важно раздавать в конце презентации; раздаточный материалы должны отличаться от слайдов, должны быть более

информативными.

Методические указания по подготовке к практическим занятиям

Контроль результатов самостоятельной работы осуществляется в ходе проведения практических занятий, устных опросов, собеседований, решения ситуационных задач, контрольных работ, в том числе путем тестирования.

1. К практическому занятию студент должен подготовиться: повторить лекционный материал, прочитать нужный раздел по теме в учебнике.
2. Занятие начинается с быстрого фронтального устного опроса по заданной теме.
3. На занятиях студенты, работают с конспектами лекций, слайдами.
4. Для занятий необходимо иметь тетрадь для записи теоретического материала, учебник.
6. По окончании занятия дается домашнее задание по новой теме и предлагается составить тесты по пройденному материалу, которые были изучены на занятии (резюме).
7. Выступления и активность студентов на занятии оцениваются текущей оценкой.

Методические указания по подготовке доклада

1. Самостоятельный выбор студентом темы доклада.
2. Подбор литературных источников по выбранной теме из рекомендуемой основной и дополнительной литературы, предлагаемой в рабочей программе дисциплины, а также работа с ресурсами информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», указанными в рабочей программе.
3. Работа с текстом научных книг, учебников сводится не только к прочтению материала, необходимо также провести анализ, подобранный литературы, сравнить изложение материала по теме в разных литературных источниках, подобрать материал, таким образом, чтоб он раскрывал тему доклада.
4. Проанализированный материал конспектируют, самое главное это не должно представлять собой просто добросовестное переписывание исходных

текстов из подобранных литературных источников без каких либо комментариев и анализа.

5. На основании проведенного анализа и синтеза литературы студент составляет план доклада, на основании которого готовится текст доклада.

6. Доклад должен быть выстроен логично, материал излагается цельно, связно и последовательно, делаются выводы. Желательно, чтобы студент мог выразить своё мнение по сформулированной проблеме.

7. На доклад отводится 7-10 минут. Доклад рассказывают, а не читают по бумажному носителю.

Методические указания по работе с литературой

1. Надо составить первоначальный список источников. Основой могут стать список литературы, рекомендованный в рабочей программе курса. Для удобства работы можно составить собственную картотеку отобранных источников (фамилия авторов, заглавие, характеристики издания) в виде рабочего файла в компьютере. Такая картотека имеет преимущество, т.к. она позволяет добавлять источники, заменять по необходимости одни на другие, убирать те, которые оказались не соответствующие тематике. Первоначальный список литературы можно дополнить, используя электронный каталог библиотеки ДВФУ, при этом не стесняйтесь обращаться за помощью к сотрудникам библиотеки.

2. Работая с литературой по той или другой теме, надо не только прочитать, но и усвоить метод ее изучения: сделать краткий конспект, алгоритм, схему прочитанного материала, что позволяет быстрее его понять, запомнить. Не рекомендуется дословно переписывать текст.

Критерии оценки устного доклада

Устный доклад по дисциплине «Госпитальная хирургия, детская хирургия» оцениваются бальной системой: 5, 4, 3.

«5 баллов» выставляется студенту, если он выразил своё мнение по сформулированной проблеме, аргументировал его, точно определив ее содержание и составляющие, умеет анализировать, обобщать материал и

делать правильные выводы, используя основную и дополнительную литературу, свободно отвечает на вопросы, что свидетельствует, что он знает и владеет материалом.

«4 балла» выставляется студенту, если он излагает материал по выбранной теме связно и последовательно, приводит аргументации для доказательства того или другого положения в докладе, демонстрирует способности к анализу основной и дополнительной литературы, однако допускает некоторые неточности в формулировках понятий.

«3 балла» выставляется студенту, если он провел самостоятельный анализ основной и дополнительной литературы, однако не всегда достаточно аргументированы те или другие положения доклада, допускаются ошибки при изложении материала и не всегда полно отвечает на дополнительные вопросы по теме доклада.

Критерии оценки реферата

Изложенное понимание реферата как целостного авторского текста определяет критерии его оценки: новизна текста; обоснованность выбора источника; степень раскрытия сущности вопроса; соблюдения требований к оформлению.

Новизна текста: а) актуальность темы исследования; б) новизна и самостоятельность в постановке проблемы, формулирование нового аспекта известной проблемы в установлении новых связей (межпредметных, внутрипредметных, интеграционных); в) умение работать с исследованиями, критической литературой, систематизировать и структурировать материал; г) явленность авторской позиции, самостоятельность оценок и суждений; д) стилевое единство текста, единство жанровых черт.

Степень раскрытия сущности вопроса: а) соответствие плана теме реферата; б) соответствие содержания теме и плану реферата; в) полнота и глубина знаний по теме; г) обоснованность способов и методов работы с материалом; е) умение обобщать, делать выводы, сопоставлять различные точки зрения по одному вопросу (проблеме).

Обоснованность выбора источников: а) оценка использованной литературы: привлечены ли наиболее известные работы по теме исследования (в т.ч. журнальные публикации последних лет, последние статистические данные, сводки, справки и т.д.).

Соблюдение требований к оформлению: а) насколько верно оформлены ссылки на используемую литературу, список литературы; б) оценка грамотности и культуры изложения (в т.ч. орфографической, пунктуационной, стилистической культуры), владение терминологией; в) соблюдение требований к объёму реферата.

Рецензент должен четко сформулировать замечание и вопросы, желательно со ссылками на работу (можно на конкретные страницы работы), на исследования и фактические данные, которые не учёл автор.

Рецензент может также указать: обращался ли ординатор к теме ранее (рефераты, письменные работы, творческие работы, олимпиадные работы и пр.) и есть ли какие-либо предварительные результаты; как выпускник вёл работу (план, промежуточные этапы, консультация, доработка и переработка написанного или отсутствие чёткого плана, отказ от рекомендаций руководителя).

Студент представляет реферат на рецензию не позднее чем за неделю до защиты. Рецензентом является научный руководитель. Опыт показывает, что целесообразно ознакомить ординатора с рецензией за несколько дней до защиты. Оппонентов назначает преподаватель из числа ординаторов. Для устного выступления ординатору достаточно 10-20 минут (примерно столько времени отвечает по билетам на экзамене).

Оценка 5 ставится, если выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована ее 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 4 – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка 3 – имеются 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 2 – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Оценка 1 – реферат ординатором не представлен.



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Дальневосточный федеральный университет»
(ДВФУ)

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине «Госпитальная хирургия, детская хирургия»

Направление подготовки (специальность) 31.05.01 «Лечебное дело»

Форма подготовки очная

г. Владивосток

2018

Паспорт ФОС

Заполняется в соответствии с Положением о фондах оценочных средств образовательных программ высшего образования – программ бакалавриата, специалитета, магистратуры ДВФУ, утвержденным приказом ректора от 12.05.2015 №12-13-850.

Код и формулировка компетенции	Этапы формирования компетенции	
Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ, и их комбинаций при решении профессиональных задач (ОПК-8);	Знает	лекарственные препараты, назначаемые при лечении хирургической патологии
	Умеет	Определить показания к назначению лекарственных средств при хирургических заболеваниях, сделать назначения, исходя из дозы и путей введения
	Владеет	Навыками применения лекарственных препаратов при различных хирургических заболеваниях
Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра (ПК-6);	Знает	Методику определения у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов хирургических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра
	Умеет	определять у пациентов основные патологические состояния, симптомы, синдромы хирургических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра
	Владеет	-методикой выявления у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов хирургических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра
Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами (ПК-8);	Знает	Закономерности течения патологического процесса при хирургической инфекции, травмах, кровопотере.
	Умеет	Выявить основные симптомы и синдромы, общие для хирургических заболеваний, сделать заключение о характере патологического процесса и составить план обследования и лечения выявленной хирургической патологии
	Владеет	Методами выявления основных симптомов и

		синдромов хирургических заболеваний, навыками работы со справочниками, учебной литературой и другими медицинскими информационными источниками
Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара (ПК-9);	Знает	Принципы организации хирургической помощи в стране, организацию работы в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара
	Умеет	Оказать необходимую хирургическую помощь амбулаторных условиях и условиях дневного стационара
	Владеет	Навыками диагностики и оказания амбулаторной помощи при различных хирургических заболеваниях.

КОНТРОЛЬ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ КУРСА

Код и формулировка компетенции		Этапы формирования компетенции			
№ п/п	Контролируемые разделы/темы дисциплин	Коды и этапы формирования компетенций	Оценочные средства		
			Текущий контроль	Промежуточная аттестация/экзамен	
1	Модуль I. Госпитальная хирургия и ее предмет. Модуль II. Основы сосудистой патологии Модуль III. Основы эндокринной хирургии Модуль IV. Общая синдромология в хирургии Модуль V. Хирургические заболевания грудной клетки и брюшной полости	Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ, и их комбинаций при решении профессиональных задач (ОПК-8);	Знает	УО-1 Собеседование	Вопросы экзамена 4 семестр -1-110
			Умеет	ПР-1 Тест	ПР-1 Тест
			Владеет	УО-3 Доклад, сообщение	УО-2 Коллоквиум
2	Модуль I. Госпитальная хирургия и ее предмет. Модуль II. Основы сосудистой патологии Модуль III. Основы эндокринной хирургии Модуль IV. Общая синдромология в хирургии Модуль V. Хирургические заболевания грудной клетки и брюшной полости	способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра (ПК-6);	Знает	УО-1 Собеседование	Вопросы экзамена 4 семестр -39-110
			Умеет	УО-1 Собеседование	ПР-1 Тест
			Владеет	ПР-1 Тест ПР-11 Кейс-задача	УО-2 Коллоквиум
3	Модуль I. Госпитальная хирургия и ее предмет. Модуль II. Основы	Способность к определению тактики ведения пациентов с различными	Знает	УО-1 Собеседование	Вопросы экзамена 4 семестр -1-

	сосудистой патологии Модуль III. Основы эндокринной хирургии	нозологическими формами (ПК-8);			110
	Модуль IV. Общая синдромология в хирургии		Умеет	ПР-1 Тест	ПР-1 Тест
	Модуль V. Хирургические заболевания грудной клетки и брюшной полости		Владеет	УО-3 Доклад, сообщение	УО-2 Коллоквиум
4	Модуль I. Госпитальная хирургия и ее предмет.	Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара (ПК-9);	Знает	УО-1 Собеседован ие	Вопросы экзамена 4 семестр -1- 110
	Модуль II. Основы сосудистой патологии		Умеет	ПР-1 Тест	ПР-1 Тест
	Модуль III. Основы эндокринной хирургии		Владеет	УО-3 Доклад, сообщение	УО-2 Коллоквиум
	Модуль IV. Общая синдромология в хирургии				
	Модуль V. Хирургические заболевания грудной клетки и брюшной полости				

Шкала оценивания уровня сформированности компетенций

Код и формулировка компетенции	Этапы формирования компетенции		критерии	показатели	баллы
Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ, и их комбинаций при решении профессиональных задач (ОПК-8);	знает (пороговый уровень)	лекарственные препараты, назначаемые при лечении хирургической патологии	Знание лекарственных препаратов, назначаемых при лечении хирургической патологии, показаний для их назначения и путей введения	Сформированное структурированное систематическое знание лекарственных препаратов, назначаемые при лечении хирургической патологии, показаний для их назначения и путей введения	65-71
	умеет (продвинутый)	Определить показания к назначению лекарственных средств при хирургических заболеваниях, сделать назначения, исходя из дозы и путей введения	Умение определить показания к назначению лекарственных средств при хирургических заболеваниях, сделать назначения, исходя из дозы и путей введения	Готов и умеет определить показания к назначению лекарственных средств при хирургических заболеваниях, сделать назначения, исходя из дозы и путей введения	71-84

	владеет (высокий)	Навыками применения лекарственных препаратов при различных хирургических заболеваниях	Навык применения лекарственных препаратов при различных хирургических заболеваниях	Способен назначать лекарственных препаратов при различных хирургических заболеваниях, исходя из патогенеза и стадии патологического процесса	85-100
способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра (ПК-6);	знает (пороговый уровень)	Методику определения у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов хирургических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра	Знание клинических проявлений основных заболеваний, нуждающихся в экстренной хирургической помощи	Умение на основании клинической картины выявить основные заболевания, нуждающиеся в экстренной хирургической помощи	65-71
	умеет (продвинутой)	определять у пациентов основные патологические состояния, симптомы, синдромы хирургических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра	Умение выявить симптомы патологических процессов, связать их в синдромы и высказать предположение о патологии, нуждающейся в хирургическом лечении	Способность самостоятельно выявить симптомы патологических процессов, связать их в синдромы и высказать предположение о патологии, нуждающейся в хирургическом лечении	71-84
	владеет (высокий)	-методикой выявления у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов хирургических заболеваний, нозологических форм в соответствии с	Умение связать выявленные синдромы и симптомы с экстренными хирургическими заболеваниями в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем,	Способность связать выявленные синдромы и симптомы с экстренными хирургическими заболеваниями в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и	85-100

		Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра	связанных со здоровьем, X просмотра	проблем, связанных со здоровьем, X просмотра	
способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами (ПК-8);	знает (пороговый уровень)	Закономерности течения патологического процесса при хирургической инфекции, травмах, кровопотере.	Знание закономерностей течения патологического процесса при хирургической инфекции, травмах, кровопотере	Сформированное структурированно е систематическое знание закономерностей течения патологического процесса при хирургической инфекции, травмах, кровопотере	65-71
	умеет (продвинутый)	Выявить основные симптомы и синдромы, общие для хирургических заболеваний, сделать заключение о характере патологического процесса и составить план обследования и лечения выявленной хирургической патологии	Умение выявлять основные симптомы и синдромы, общие для хирургических заболеваний, сделать заключение о характере патологического процесса и составить план обследования и лечения выявленной хирургической патологии	Умеет уверенно выявлять основные симптомы и синдромы, общие для хирургических заболеваний, сделать заключение о характере патологического процесса и составить план обследования и лечения выявленной хирургической патологии	71-84
	владеет (высокий)	Методами выявления основных симптомов и синдромов хирургических заболеваний, навыками работы со справочниками, учебной литературой и другими медицинскими информационными источниками	Владение методами выявления основных симптомов и синдромов хирургических заболеваний, навыками работы со справочниками, учебной литературой и другими медицинскими информационными источниками	Под контролем преподавателя и с использованием справочной, учебной литературы, других медицинских информационных источников может выявлять и давать предварительное заключение о наличии у пациента симптомов и синдромов, характерных для хирургических заболеваний	85-100
Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими	знает (пороговый уровень)	Принципы организации хирургической помощи в стране, организацию работы в	Знание принципов организации хирургической помощи в стране, организацию работы в	Сформированное структурированно е систематическое знание принципов организации хирургической	65-71

формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара (ПК-9);		амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	помощи в стране, организацию работы в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	
	умеет (продвинутой)	Оказать необходимую хирургическую помощь амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Умение оказать необходимую хирургическую помощь амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Готов и умеет оказать необходимую хирургическую помощь амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	71-84
	владеет (высокий)	Навыками диагностики и оказания амбулаторной помощи при различных хирургических заболеваниях.	Навык диагностики диагностировать и оказания амбулаторной помощи при различных хирургических заболеваниях	Способен уверенно проводить диагностику и оказывать необходимую хирургическую помощь в условиях амбулатории и дневного стационара	85-100

Вопросы для оценки предварительных компетенций

1. Назовите клиническую симптоматику и тактику ведения больных с острыми хирургическими заболеваниями
2. Назовите клиническую симптоматику и тактику ведения больных с онкологическими заболеваниями
3. Назовите клиническую симптоматику и тактику ведения больных с гнойными заболеваниями грудной клетки и брюшной полости
4. Назовите клиническую симптоматику и тактику ведения больных с повреждениями органов грудной клетки и брюшной полости.
5. Антисептики для обработки раны.
6. Инструменты, материалы для проведения аспирационно-промывного лечения гнойника.
7. Критерии пригодности крови для переливания.
8. Препараты для парентерального питания.
9. Кровезаменители гемодинамического и дезинтоксикационного действия.
10. Препараты для гемостаза.

11. Препараты для коррекции водно-электролитного баланса.
12. Инструменты и медикаменты, необходимые для местной инфильтрационной и проводниковой анестезии.
13. Инструменты и медикаменты, необходимые для проводниковой анестезии по Оберст-Лукашевичу.
14. Инструменты, материалы и медикаменты, необходимые для паранефральной блокады.
15. Набор инструментов, материалов и медикаментов, необходимых для первичной хирургической обработки хирургической раны.
16. Методики эндоскопических, ультразвуковых и рентгенологических исследований и уметь расшифровать результаты исследований.

Контрольные тесты предназначены для студентов, изучающих курс «Госпитальная хирургия, детская хирургия».

Тесты необходимы как для контроля знаний в процессе текущей промежуточной аттестации, так и для оценки знаний, результатом которой может быть выставление зачета.

При работе с тестами студенту предлагается выбрать один вариант ответа из трех – четырех предложенных. В то же время тесты по своей сложности неодинаковы. Среди предложенных имеются тесты, которые содержат несколько вариантов правильных ответов. Студенту необходимо указать все правильные ответы.

Тесты рассчитаны как на индивидуальное, так и на коллективное их решение. Они могут быть использованы в процессе и аудиторных занятий, и самостоятельной работы. Отбор тестов, необходимых для контроля знаний в процессе промежуточной аттестации производится каждым преподавателем индивидуально.

Результаты выполнения тестовых заданий оцениваются преподавателем по пятибалльной шкале для выставления аттестации или по системе «зачет» – «не зачет». Оценка «отлично» выставляется при

правильном ответе на более чем 90% предложенных преподавателем тестов. Оценка «хорошо» – при правильном ответе на более чем 70% тестов. Оценка «удовлетворительно» – при правильном ответе на 50% предложенных студенту тестов.

Как этап текущей оценки предусмотрено написание курсовой истории болезни, в которой студент отражает все свои знания и умения по обследованию хирургического больного, заполнению истории болезни, постановки диагноза, назначения соответствующих видов лечения. Предусмотрено приложение с изложением схемы курсовой истории болезни.

Требования к уровню знаний и умений студента при оценке истории болезни:

Студент должен знать:

- критерии диагноза основного и сопутствующих заболеваний;
- принцип формирования клинического диагноза по основному синдрому;
- основные клинические классификации, используемые для постановки диагноза у данного хирургического больного;
- клинические проявления заболеваний у хирургических больных;
- современные стандарты обследования и лечения основного заболевания;

Студент должен уметь:

- проводить полное физическое обследование больного;
- сформулировать синдромы и выделять основной синдром;
- уметь составить план обследования по основному диагнозу и сопутствующей патологии у данного больного;
- проводить дифференциальную диагностику с учетом основного синдрома у курируемого больного;
- дать оценку проводимому лечению с учетом современных рекомендаций;
- определить прогноз и дать дальнейшие рекомендации больному;
- правильно оформить историю болезни в соответствии с утвержденным образцом.

Критерии оценки

«Отлично»:

- история болезни сдана в назначенный срок и аккуратно оформлена в полном соответствии с требуемым образцом.

- продемонстрировано всестороннее и глубокое знание общих и частных вопросов хирургии и смежных дисциплин
- объективный статус описан в полном объеме в соответствии со схемой обследования хирургического больного;
- локальный статус описан полностью в соответствии с рекомендациями выделены синдромы и среди них выбран основной;
- выставлен предварительный основной и сопутствующий диагноз
- составлен план обследования с учетом основной и сопутствующей патологии у представленного больного;
- убедительно обоснован окончательный диагноз;
- проведена полная дифференциальная диагностика с учетом основного синдрома у курируемого больного;
- полностью обосновано назначенное общее и местное лечение
- продемонстрировано знание основной литературы и знакомство с дополнительной, рекомендованной программой; использовалась современная научная и справочная литература по конкретному клиническому случаю

«Хорошо»:

- история болезни сдана в назначенный срок и оформлена в полном соответствии с требуемым образцом и аккуратно.
- продемонстрировано достаточно глубокое знание общих и частных вопросов хирургии и смежных дисциплин
- объективный статус описан в полном объеме в соответствии со схемой обследования хирургического больного;
- локальный статус описан полностью в соответствии с рекомендациями выделены синдромы и среди них выбран основной;
- выставлен предварительный основной и сопутствующий диагноз
- составлен план обследования с учетом основной и сопутствующей патологии у представленного больного;

- обоснован окончательный диагноз;
- проведена дифференциальная диагностика с учетом основного синдрома у курируемого больного;
- обосновано назначенное общее и местное лечение
- продемонстрировано знание основной литературы и знакомство с дополнительной, рекомендованной программой; использовалась современная научная и справочная литература по конкретному клиническому случаю
- присутствуют отдельные непринципиальные замечания по написанию отдельных разделов истории болезни.

«Удовлетворительно»:

- история болезни не полностью соответствует утвержденному образцу
- неполное знание общих вопросов хирургии (классификации, диагностических критериев, принципов лечения по представленному клиническому случаю), но знакомство с основной литературой по программе курса продемонстрировано
- объективный статус описан в соответствии со схемой обследования хирургического больного, имеются замечания к описанию состояния органов и систем
- локальный статус описан по алгоритму рекомендаций, имеются замечания к полноте описания локальных изменений.
- выявляются затруднения в постановке предварительного основного и сопутствующего диагнозов
- имеются недочеты в составлении плана обследования с учетом основной и сопутствующей патологии у представленного больного;
- выявляется затруднение в обосновании окончательного диагноза
- выявляется затруднение в назначении общего и местного лечения;

- имеются существенные принципиальные замечания по написанию и оформлению истории болезни.

«Неудовлетворительно»:

- история болезни не полностью соответствует утвержденному образцу
- неполное знание общих вопросов хирургии (классификации, диагностических критериев, принципов лечения по представленному клиническому случаю), но знакомство с основной литературой по программе курса продемонстрировано
- объективный статус описан не в соответствии со схемой обследования хирургического больного, имеются существенные замечания к описанию состояния органов и систем
- локальный статус описан с отклонениями от алгоритма рекомендаций, имеются замечания к полноте описания локальных изменений.
- выявляются существенные ошибки в постановке предварительного основного и сопутствующего диагнозов
- имеются существенные ошибки в составлении плана обследования с учетом основной и сопутствующей патологии у представленного больного;
- выявляются существенные ошибки в обосновании окончательного диагноза
- существенные ошибки в назначении общего и местного лечения;
- имеются существенные принципиальные замечания по написанию и оформлению истории болезни.

Оценка «неудовлетворительно» также выставляется в случае написания истории болезни не по курируемому больному.

Вопросы к экзамену по дисциплине «Госпитальная хирургия, детская хирургия» - «В» семестр

1. Синдром обструкции дыхательных путей при гнойных заболеваниях легких и плевры. Клиника Диагностика Лечение
2. Синдром сосудистой недостаточности при аневризмах аорты. Клиника Диагностика. Лечение.
3. Синдром портальной гипертензии. Варианты венозного блока. Возможности хирургического лечения
4. Синдром дисфагии при химических ожогах пищевода. Первая помощь. Лечебная тактика. Бужирование пищевода. Операция Ру-Герцена-Юдина.
5. Синдром сердечной недостаточности при врожденных пороках сердца и сосудов. Дифференциальная диагностика. Лечение.
6. Тактика медикаментозного и хирургического лечения странгуляционной непроходимости.
7. Болевые абдоминальные синдромы при экстраабдоминальных заболеваниях. Дифференциальная диагностика и лечение.
8. Синдром механической желтухи при новообразованиях головки поджелудочной железы.
9. Синдром обтурации дыхательных путей при новообразованиях лёгкого.
10. Динамическая непроходимость, лечение.
11. Синдром обструкции дыхательных путей при гнойных заболеваниях легких и плевры. Клиника. Диагностика. Лечение.
12. Синдром сосудистой недостаточности при аневризмах аорты. Клиника Диагностика. Лечение.
13. Показания к оперативному лечению язвы желудка и 12-перстной кишки.
14. Острая ишемия органов и тканей.

15. Синдром механической желтухи при доброкачественной опухоли тела поджелудочной железы, дифференциальная диагностика и лечение.
16. Синдром обструкции дыхательных путей при гнойных заболеваниях легких и плевры. Клиника, Диагностика, Дифференциальная диагностика. Лечение.
17. Осложнения острого аппендицита: клиника, диагностика, лечение.
18. Посттромбофлебитический синдром: диагностика, лечение, осложнения.
19. Синдром болей в нижней половине живота при интраабдоминальных заболеваниях. Дифференциальная диагностика. Тактика лечения.
20. Синдром острой ишемии тканей. Дифференциальная диагностика. Лечение.
21. Синдром обструкции дыхательных путей при воспалительных заболеваниях средостения и трахеи.
22. Дисфагия при химических ожогах пищевода. Операция Ру-Герцена-Юдина.
23. Синдром острой ишемии органов и тканей. Классификация по Савельеву.
24. Сочетанная травма живота.
25. Лёгочная недостаточность при гнойных заболеваниях лёгких и плевры.
26. Аневризма аорты.
27. Динамическая кишечная непроходимость.
28. Обструктивный синдром при гнойных заболеваниях легких и плевры.
29. Сосудистая недостаточность при аневризме аорты.
30. Синдром острой ишемии органов и тканей, классификации Савельева.
31. Синдром верхней полой вен.
32. Кровотечение из нижних отделов ЖКТ. Холедохолитиаз.
33. хронические обструктивные заболевания лёгких. Клиника, диагностика, лечения.
34. Предраковые заболевания желудка клиника, диагностика, лечение.

35. Синдром вазоренальной гипертензии.
36. Синдром сердечной недостаточности при воспалительных заболеваниях сердца.
37. Синдром механической желтухи при неопухолевых заболеваниях желчного пузыря и желчевыводящих путей.
38. Синдром болей в верхней половине живота.
39. Показания к опер. лечению при ЯБ желудка и ДПК.
40. Синдром аневризмы аорты. методы диагностики и лечения.
41. Рак легких, классификация, методы диагностики и лечения.
42. Синдром ЖК кровотечений язвенной этиологии. Диагностика. Лечение.
43. Синдром сердечной недостаточности при приобретенных пороках. Классификация митральных пороков по Б.В. Петровскому, классификация сердечной недостаточности по А.Н. Бакулеву и Е.А. Дамир. Диагностика. Клиника. Лечение.
44. Синдром обструкции дыхательный путей при заболеваниях трахеи и средостения. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
45. Показания к опер. лечению при ЯБ желудка и ДПК.
46. Сочетанная травма груди.
47. Классификация митральных пороков по Б.В. Петровскому и С.Н. Бакулеву
48. Желудочно кровотечения не язвенной этиологии.
49. Сердечная недостаточность при приобретенных пороках сердца, классификация митральных пороков по Петровскому и по Бакулеву.
50. Рак легкого, современный проблемы диагностики, классификация, лечение.
51. Показание к различным методикам лечения язвенной болезни.
52. Рак легкого. Современная классификация. актуальность ранней диагностики. лечение.

53. Илеофemorальный тромбоз. консервативное и оперативное лечение. осложнения. посттромбофлебитический синдром.
54. Билиодигестивные свищи. Синдром Миризи. Диагностика. Лечение.
55. Рак легкого. Ранняя диагностика. Классификация.
56. Тромбозы вен. Постромбофлебитический синдром.
57. Синдром абдоминальных болей при экстраабдоминальных заболеваниях. Диагностика.
58. Синдром хронической ишемии органов и тканей. Диагностика. Лечение.
59. Дисфагический синдром при заболеваниях пищевода неопухолевой природы. Диагностика.
60. Синдром болей в нижней половине живота при интраабдоминальных заболеваниях.
61. Синдром обструкции дыхательных путей при заболеваниях средостения и трахеи, а также при сочетанной травме груди.
62. Синдром механической желтухи при неопухолевых заболеваниях желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков.
63. Синдром абдоминальных болей в нижней половине живота.
64. Синдром острой артериальной недостаточности.
65. Бронхообструкция при заболеваниях средостения и трахеи.
66. ТЭЛА, классификация по Савельеву и все про ТЭЛА
67. Доброкачественные опухоли пищевода.
68. Острый аппендицит: осложнения, особенности течения у детей, беременных и пожилых.
69. Синдром дисфагии при новообразованиях пищевода. Современные методы диагностики и лечения.
70. Синдром хронической ишемии нижних конечностей. Диагностика, Дифференциальная диагноз, классификация по Покровскому, современные методы лечения.

71. Синдром легочной гипертензии при врожденных пороках сердца. Диганостика, современное лечение.
72. Синдром острой кишечной непроходимости.
73. Синдром обструкции дыхательных путей на фоне рака лёгких.
74. Синдромы сосудистой недостаточности на фоне поражения сосудов головного мозга.
75. Синдром осложнённого о. аппендицита.
76. Рак лёгких. Современная классификация.
77. С-м механической желтухи при паразитарных кистах и новообразованиях печени.
78. Синдром бронхиальной обструкции при нагноительных заболеваниях легких плевры.
79. Обтурационная кишечная непроходимость. Классификация кишечной непроходимости.
80. Приобретенные пороки и обе классификации - по Петровскому и Бокерия
81. Синдром обструкции дыхательных путей при нагноительных заболеваниях легких и плевры.
82. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. ГЭРБ. Современные методы диагностики и лечения.
83. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. ГЭРБ. Клиника. Диагностика. Лечение.
84. Синдром Лериша. Классификация хронической ишемии нижних конечностей по Фонтену-Покровскому.
85. Синдром механической желтухи при паразитарных заболеваниях печени. Клиника. Диагностика. Лечение.
86. Синдром ишемии нижних конечностей (классификацию по Петровскому надо знать, могут спросить). Клиники, дифференциальная диагностика. Лечение.

87. Синдром дыхательной недостаточности при грыже пищеводного отверстия диафрагмы. ГЭРБ. Клиника, лечение.
88. Синдром механической желтухи. Причины, клиника, дифференциальная диагностика.
89. Синдром осложненного аппендицита.
90. Синдром бронхообструкции при новообразования легких (классификация по закрытию просвета, TMN)
91. Сердечная недостаточность при приобретенных пороках. Классификация Петровского и Бакулева.
92. ИБС
93. Заболевания трахеи и средостения
94. Дифференциальная диагностика перфорации язвы, аппендицита и холецистита.
95. Лимфовенозная недостаточность;
96. Синдром верхней полой вены;
97. Механическая желтуха при неопухолевых заболеваниях желчных путей и протоков.
98. Синдром дисфагии при злокачественных новообразованиях пищевода.
99. Алгоритм лечения динамической кишечной недостаточности.
100. Врожденные пороки сердца. Группа Фалло.

Ситуационные задачи к экзамену

Больному 42 лет по поводу язвенной болезни желудка была выполнена резекция желудка по Гофмейстеру–Финстереру. На 3-й день состояние резко ухудшилось. Появились боли в эпигастральной области, которые распространились по всему животу. Беспокоит икота. При объективном исследовании: кожные покровы бледные; язык сухой, обложен белым налетом. Пульс на лучевой артерии ритмичный, 108 в мин. В легких дыхание везикулярное, жесткое. Локальный статус: живот равномерно умеренно вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, болезненный во всех отделах, в

эпигастральной области умеренное напряжение мышц, там же положительный симптом Щеткина–Блюмберга. При аускультации кишечные шумы не выслушиваются.

О каком послеоперационном осложнении следует думать?

Что могло привести к данному осложнению?

Какова тактика и дальнейшее лечение?

Через 3 месяца после резекции 2/3 желудка по Гофмейстеру–Финстереру больная обратилась к участковому терапевту с жалобами на выраженную слабость, возникающую через 15–20 после еды; чувство жара, резкое потоотделение; головокружение, сердцебиение.

О каком постгастрорезекционном расстройстве можно предположить?

Предложите план обследования с обоснованием.

Есть ли необходимость в консультации гастроэнтеролога, хирурга, гинеколога, эндокринолога?

Больной 36 лет поступил в хирургическое отделение через 4 месяца после резекции желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Пациент отмечает, что 3-4 раза в неделю через 40 минут после каждого приема пищи появляется чувство тяжести в эпигастрии, тошнота и рвота желчью, после чего наступает облегчение. Возможен «светлый промежуток» до нескольких недель, чаще 2-3. Рекомендованную диету после операции старается соблюдать.

О каком постгастрорезекционном расстройстве можно предположить?

Предложите план обследования с обоснованием.

Есть ли необходимость в консультации гастроэнтеролога, хирурга?

Больной 34 лет, в течение 12-и последних лет страдает язвенной болезнью луковицы 12-перстной кишки с гиперсекрецией. Консервативное амбулаторное и неоднократное стационарное противоязвенное лечение признано неэффективным, в связи с чем выполнена резекция желудка по Бильрот I. Через 4 месяца при фиброгастроскопии обнаружена рецидивная пептическая язва гастродуоденоанастомоза.

Показана ли была операция по поводу язвенной болезни?

Каковы причины повторного язвообразования?

План обследования и дальнейшая лечебная тактика.

У больного 37 лет, 6 лет назад было прободение «немой» язвы 12-перстной кишки. Несколько лет после операции (ушивание перфоративной язвы) больной чувствовал себя хорошо и никуда не обращался. В настоящий момент появились боли в эпигастрии и правом подреберье, начато амбулаторное противоязвенное лечение. С клиникой желудочно-кишечного кровотечения пациент из дома бригадой «Скорой помощи» доставлен в хирургический стационар где диагноз «Желудочно-кишечное кровотечение. Язвенная болезнь луковицы 12-и перстной кишки. Рубцово-язвенная деформация луковицы» подтвержден. Кровотечение остановлено консервативными мероприятиями.

Какова дальнейшая лечебная тактика?

Предложите наиболее рациональную схему противоязвенного лечения.

Больная, 57 лет. Оперирована в хирургической клинике 6 месяцев тому назад по поводу острого деструктивного панкреатита, выписана на амбулаторное лечение через 8 недель с полным заживлением операционной раны в удовлетворительном состоянии. При повторном экстренном поступлении в клинику жалуется на тупые распирающие боли в верхней половине живота,

слабость, недомогание, плохой аппетит. Прием пищи сопровождается тошнотой, периодически бывает и рвота. Температура тела субфебрильная в течение последней недели. Лейкоцитоз 12×10^9 ; диастаза мочи 128 ед. При пальпации живота – выше пупка слева определяется округлое образование, неподвижное, болезненное, размерами 14×18 см.

Ваш предположительный диагноз?

Какие необходимы дополнительные методы исследования?

Больной 48 лет, 6 месяцев назад оперирован по поводу острого панкреатита с гнойно-некротическими осложнениями. Сформировавшийся панкреатический свищ закрылся через 3 месяца. В настоящее время пациент поступил с жалобами на незначительные тупые боли в эпигастральной области, усиливающиеся после приема пищи. После физикальном обследовании определяется объемное образование в околопупочной области размерами 15×17 см плотно–эластической консистенции, безболезненное.

Ваш предположительный диагноз?

Какие необходимы дополнительные методы исследования?

Больной 49 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на тупые, почти постоянные боли в эпигастральной области, усиливающиеся после приема жирной пищи. Отмечает слабость, за 3 месяца потерял 6 кг от массы тела. Часто повторяются поносы, обильный зловонный стул. Злоупотребляет алкоголем. Месяц назад появилась желтушность кожных покровов и склер. При объективном исследовании желчный пузырь не пальпируется, печень не выходит из-под края реберной дуги.

Ваш предварительный диагноз?

Что Вы предпримите для дифференциальной диагностики?

Больной, 67 лет. Обратилась в поликлинику с жалобами на выраженный кожный зуд, ноющие боли в эпигастральной области и правом подреберье, слабость, отсутствие аппетита, наличие желтухи, которая появилась два месяца назад и интенсивно нарастает. Приступов сильных болей никогда не отмечал. При осмотре склеры и кожа больного резко желтушные, тургор кожи понижен, на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена. В правом подреберье пальпируется слегка болезненное образование тугоэластической консистенции, овальной формы.

Какой предположительный диагноз Вы поставите?

Какие методы дополнительного исследования?

Консультации каких специалистов потребуются?

Больной, 42 лет. Оперирован 15 дней тому назад по поводу острого деструктивного панкреатита, перитонита. Произведена операция – абдоминализация поджелудочной железы, холецистостомия, дренирование брюшной полости. В настоящее время беспокоят боли в животе и операционной ране, подъем температуры тела по вечерам до 38 градусов. Повязка в области операционной раны (дренажного канала) обильно промокла алой кровью.

Назовите осложнение, которое возникло у больного?

Дальнейшая тактика.

Какие исследования Вам необходимы для уточнения диагноза?

Больной, 17 лет. Оперирован по поводу деструктивного аппендицита, местного перитонита. Выполнена аппендэктомия с дренированием брюшной полости (полихлорвиниловая трубка). Дренаж из брюшной полости удален через 3 дня. На 7-е сутки после операции в области раны определяется

инфильтрат, плотный, болезненный. В течении 2-х последних дней повышена температура до 38°–39° С; количество лейкоцитов крови – 18·10⁹. При ревизии операционной раны выделилось до 50 мл гноя с неприятным запахом. Симптомов раздражения брюшины нет.

Какое осложнение возникло у больного?

Какими дополнительными методами возможно уточнить диагноз?

Больной, 67 лет. По поводу язвенной болезни 12–перстной кишки (хроническая пенетрирующая в поджелудочную железу большая язва, осложненная профузным кровотечением) выполнена экстренная резекция желудка по Бильрот–II. На 5-е сутки после операции появились боли в правом подреберье; по дренажу (полихлорвиниловая трубка и резиновая перчатка) выделяется большое количество жидкости зеленоватого цвета без запаха. Живот при этом остается мягким, симптомов раздражения брюшины нет.

В течение суток повязки обильно промокают зеленоватым отделяемым; повязки приходится менять более 10 раз в сутки.

Какое осложнение возникло?

Какие причины для возникновения данного осложнения?

Перечислите возможные мероприятия профилактики данного осложнения.

Больная, 55 лет. Оперирована по поводу острой обтурационной кишечной непроходимости. Выполнена операция Гартмана. На 5-е сутки после операции у больной появились сильные боли в нижних отделах живота. При объективном исследовании: умеренное вздутие живота и болезненность в нижних отделах; сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга; шумы кишечной перистальтики единичные. Стома с уровня кожи серого цвета,

брюшина тусклая; стенка дряблая. Слизистая оболочка черно-багрового цвета.

Какое осложнение возникло после операции?

Каковы вероятные причины данного осложнения?

Какую лечебную тактику Вы предпримите?

Больной, 52 лет. Поступил в хирургическое отделение с жалобами на тошноту, боли в животе схваткообразного характера, отсутствие стула в течение трех суток. Газы отходят плохо. При осмотре состояние средней степени тяжести. Язык суховат, обложен у корня белым налетом. Пульс 88 уд/мин, ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст. Живот равномерно умеренно вздут, при пальпации болезненный во всех отделах; определяется «шум плеска»; шумы кишечной перистальтики вялые, единичные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. В левой боковой области живота пальпаторно определяется плотное образование 5×4 см, малоподвижное, болезненное.

Ваш предварительный диагноз?

Какими методами диагностики Вы его подтвердите?

Если показано оперативное вмешательство, то в каком объеме?

Больная, 32 лет. Доставлена бригадой ССМП в хирургическое отделение с жалобами на тошноту, многократную рвоту; боли в животе схваткообразного характера. Больна в течении суток.

В анамнезе: оперирована 2 года назад по поводу перфоративной язвы 12-перстной кишки. При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Язык сухой, у корня обложен коричневым налетом. Пульс 92 уд/мин, ритмичный. АД 90/70 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации болезненный, напряженный во всех отделах. Шумы кишечной перистальтики

усилены. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. На обзорной рентгенограмме брюшной полости тонкокишечные чаши Клойбера.

Ваш предварительный диагноз?

Какими методами диагностики Вы его подтвердите?

Если показано оперативное вмешательство, то в каком объеме?

Больная, 79 лет. В анамнезе ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет. В экстренном порядке по поводу острой кишечной непроходимости выполнена средне-срединная лапаротомия. При ревизии обнаружены раздутые петли тонкого и толстого кишечника до средней трети сигмовидной кишки. В брюшной полости мутный серозно-геморрагический выпот.

В средней 1/3 сигмовидной кишки пальпаторно определяется бугристое образование 6×5×3 см, циркулярно охватывающее все слои стенки кишки. Ниже образования кишечник спавшийся. Имеются плотные белесоватые узлы в правой доле печени размерами 1,0-1,5 см в диаметре.

О каком виде кишечной непроходимости идет речь?

Выберите оптимальный метод интра- и послеоперационной декомпрессии кишечника.

Какой объем оперативного вмешательства возможен в данной ситуации?

Больная, 42 лет. Доставлена в дежурное хирургическое отделение спустя 6 часов с момента заболевания. Оперирована в экстренном порядке по поводу острой кишечной непроходимости. При лапаротомии в брюшной полости обнаружен конгломерат, образованный петлями тонкого кишечника. При ревизии конгломерата петли темно-вишневого цвета, брыжейка тонкого кишечника перекручена вокруг своей оси.

О каком виде кишечной непроходимости идет речь?

Какими методами Вы оцените жизнеспособность кишки?

Объем операции при жизнеспособной кишке?

Объем операции при некрозе кишки?

Больная, 35 лет. Три месяца назад оперирована в общехирургическом стационаре по поводу опухоли сигмовидной кишки (низкодифференцированная аденокарцинома с прорастанием всех слоев стенки кишки и метастазами в региональные лимфоузлы), осложненной острой кишечной непроходимостью. Выполнена операция Гартмана. В последующем у онколога не наблюдалась. Обратилась в поликлинику к хирургу с просьбой дать направление на восстановительную операцию.

Ваша лечебная тактика?

План обследования пациентки, и в каком ЛПУ его целесообразнее реализовать?

Мужчина во время драки получил удар ножом в левую половину грудной клетки. В приемном покое дежурной хирургии обращает на себя внимание бледность кожных покровов, напряженные вены шеи, тахикардия. При аускультации в левой половине грудной клетки дыхание ослаблено, тоны сердца глухие. Рана в 4-м межреберье по срединноключичной линии; длиной 2,5 см; наружное кровотечение остановившееся.

Ваш предположительный диагноз?

Какие исследования необходимо провести больному?

Какое лечение Вы предложите этому больному?

У больного 44 лет после переохлаждения поднялась температура до 38-39° С, появились боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при

дыхании; непродуктивный кашель. Температура держалась 8 дней, несмотря на противовоспалительное лечение. Затем у больного стала отделяться гнойная мокрота с неприятным запахом в количестве 200 мл/сут. После этого температура снизилась до 37,3-37,1; улучшилось общее состояние.

Какой предположительный диагноз?

Предложите свой план обследования

У кормящей женщины через 4 недели после родов появились боли в левой молочной железе. Железа увеличилась в объеме. На следующий день температура тела поднялась до 39° С, появилась головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит. Кормление левой грудью стало болезненным. При обследовании обнаружено, что левая молочная железа увеличена в объеме, имеется лимфангоит. При пальпации железа диффузно болезненна; локальных инфильтратов и флюктации не определяется.

Предположите заболевание, укажите форму воспаления.

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.

Обоснуйте план лечения

Больной 43 лет, страдает язвенной болезнью желудка (язва до 1,5 см в диаметре в нижней 1/3 тела желудка) около 3 лет. Консервативное лечение включало в себя прием антисекреторных препаратов; наступало рубцевание язвы. Был эпизод желудочно-кишечного кровотечения с госпитализацией в хирургическое отделение. Неоднократно выполнялась биопсия с язвенного дефекта. Морфологически подтверждена доброкачественная природа изъязвления.

Предложите пациенту план обследования и схему лечения.

Находите ли Вы ошибки в лечении и тактике?

Есть ли показания к операции, какой объем предпочтительнее?

Больная 38 лет получает консервативное лечение (антибиотики, физиопроцедуры) по поводу предполагаемого периаппендикулярного инфильтрата. Местные проявления воспалительного процесса несколько стихли, но держится субфебрильная температура, повышена СОЭ. Размеры инфильтрата в течение месяца не уменьшились.

Что должен заподозрить лечащий врач?

Какими методами исследования возможно уточнить диагноз?

Больная 43 лет. Год назад оперирована по поводу узлового зоба левой доли щитовидной железы (выполнена энуклеация). Гистологические препараты не сохранились. Месяц назад обнаружила плотный лимфатический узел в проекции сосудисто-нервного пучка слева, который постепенно увеличивается в размерах и на момент осмотра достигает 2 см в диаметре. В левой доле щитовидной железе пальпаторно определяется плохо контурируемое нечеткое уплотнение до 1 см в диаметре.

1. Между какими заболеваниями Вы будете проводить дифференциальную диагностику?

Наиболее вероятный диагноз?

Предложите план обследования.

Больная 26 лет. В течение многих лет отмечает наличие пигментного образования на грудной стенке. В последнее время заметила изменение окраски: из коричневого оно стало розово-фиолетовым. В последние 2 недели «родинка» стала кровоточить при незначительной травме, что и послужило поводом для обращения к врачу. При осмотре: на коже грудной стенки справа имеется бляшковидное образование вытянутой формы,

возвышающееся над поверхностью, с волнистыми контурами, коричневых тонов по периферии и розовых в центре, размером 4,5×2,0 см, в центре – экзофитное образование 0,8 см в диаметре с изъятием.

Между какими заболеваниями Вы будете проводить дифференциальную диагностику?

Консультация какого специалиста необходима?

Наиболее вероятный диагноз?

Больная 65 лет. Заболела 3 дня назад, когда стали беспокоить умеренные приступообразные боли в животе, тошнота. Затем боли усилились, появился неоформленный стул «с кровью». Состояние больной средней степени тяжести. Температура тела 37,5° С. Пульс 100 уд/мин, ритмичный. Живот несколько увеличен в объеме; мягкий, болезненный в левом фланке и эпигастрии. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Положительный симптом Мондора. В связи с отсутствием эффекта от консервативной терапии произведена лапароскопия, при которой обнаружено: в брюшной полости в большом количестве геморрагический выпот, петли тонкой кишки багрово-цианотичны, стенка кишки и брыжейка ее резко отечны.

О каком заболевании можно думать?

Какова хирургическая тактика?

Какой объем операции при данной патологии наиболее рационален?

Назовите критерии жизнеспособности кишки

Больной 34 лет. Последние 5 лет отмечает боли в левой стопе и голени при ходьбе, может пройти без остановки лишь 50-60 м. Локальный статус: кожные покровы левой стопы и голени до средней трети бледные, на ощупь холоднее симметричных участков правой нижней конечности. Активные движения в суставах пораженной конечности в полном объеме,

чувствительность на стопе снижена. Пульсация бедренной и подколенной артерии отчетливая, на артериях стопы не определяется.

О каком заболевании можно думать?

Предложите схему обследования для уточнения диагноза.

Какое лечение показано больному?

У больной 62 лет на 4-е сутки после экстренной холецистэктомии внезапно появилось удушье, боли за грудиной, потеря сознания. При осмотре: цианоз лица и верхней половины туловища. Пульс 120 уд/мин, АД 80/50 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, ослаблены; акцент 2-го тона на легочной артерии. Выявлен умеренный отек правой нижней конечности, усиление сосудистого рисунка в паховой области.

Что осложнило течение послеоперационного периода?

Оптимальный план обследования?

Укажите профилактику данного осложнения.

Больному 52 лет, поступившему в дежурный хирургический стационар с клиникой «острого живота» произведена диагностическая лапароскопия. При осмотре брюшной полости обнаружено большое количество гемморрагической жидкости; на большом сальнике, брыжейке кишечника – пятна жирового некроза. Желчный пузырь напряжен, увеличен в размере.

Ваш диагноз?

Возможно ли перевести лапароскопию диагностическую в лечебную?

Предложите наиболее рациональный объем операции.

Больная 58 лет. Поступила в хирургическую клинику на 3 день от начала заболевания с жалобами на боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту,

многократную рвоту. Страдает бронхиальной астмой. Состояние тяжелое, акроцианоз. ЧДД 25/мин. Пульс 110 уд/мин, АД 140/90 мм рт. ст., температура тела 38,5°C. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при поверхностной пальпации резко болезненный и напряженный в правом подреберье. Положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Гергиевского-Мюсси. Лейкоцитов крови $18 \times 10^9/\text{л}$.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?

3. Определите лечебную тактику.

Пациентка 52 лет, в плановом порядке оперирована по поводу хронического калькулезного холецистита. Выполнена холецистэктомия из минидоступа. Через 5 дней после операции развилась клиника прогрессирующей механической желтухи, с ультразвуковой картиной полного блока гепатикохоледоха на уровне ворот печени. Во время релапаротомии выявлена лигатура на пересеченном гепатикохоледохе в области ворот печени. Дистальный отдел общего печеночного протока не найден.

Сформулируйте диагноз на основании интраоперационных данных.

Перечислите наиболее вероятные причины данного осложнения.

Возможные объемы операции при возникновении данного осложнения.

Больной 26 лет. Поступил на 4 день от начала заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывает сомнения в том, что у больного острый аппендицит. Но в правой подвздошной области пальпируется плотное неподвижное образование размерами 10×12 см, умеренно болезненное при пальпации. Лейкоцитоз 12×10^9 , сдвиг формулы влево. Температура тела 37,5°C.

Ваш предположительный диагноз?

Какие дополнительные методы исследования целесообразны для уточнения диагноза и определения хирургической тактики?

У больного с четко ограниченным перпендикулярным инфильтратом, субфебрильной температурой и удовлетворительным состоянием на 4 сутки после поступления и 9 сутки от начала заболевания появились боли внизу живота, повысилась температура до 39°С. Живот не вздут, участвует в акте дыхания; мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, кроме правой подвздошной области, где определяется резкая болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При пальцевом ректальном исследовании нависания передней стенки прямой кишки и болезненности нет.

Ваш предварительный диагноз?

Как подтвердить диагноз?

Сформулируйте показания к операции и обоснуйте объем.

У больного 20 лет, оперированного 8 часов назад по поводу острого гангренозного аппендицита появилась слабость, головокружение и повязка в области дренажа умеренно промокла кровью. Кожные покровы бледные, пульс на лучевой артерии слабых качеств, ЧСС – 102 в минуту; артериальное давление 80 и 40 мм рт. ст. Оперировавший хирург назначил экстренно контроль количества эритроцитов и гемоглобина и гемостатическую терапию.

Какое осложнение после аппендэктомии развилось у больного?

Прокомментируйте действия хирурга в данной ситуации;

Оптимальная лечебная тактика?

У больного 71 года в правой паховой области пальпаторно определяется образование выше паховой связки размером 6x5 см, мягко-эластической консистенции, безболезненное, не опускающееся в мошонку. Элементы семенного канатика не утолщены, пульсация нижней эпигастральной артерии снаружи от образования. Симптом «кашлевого толчка» положителен; образование легко вправляется в брюшную полость.

Сформулируйте клинический диагноз.

Сформулируйте показания к операции.

Назначьте план обследования, необходимые анализы для операции, предоперационную подготовку.

Порекомендуйте оптимальные методы операции.

Больная оперирована по поводу ущемленной правосторонней бедренной грыжи. Во время операции хирурги с целью ликвидации ущемляющего кольца рассекли рубцово-измененные ткани снаружи от грыжевого мешка, что привело к обильному кровотечению, которое удалось остановить. В процессе осуществления гемостаза ущемленная петля кишки соскользнула в брюшную полость. Операция закончена пластикой бедренного канала по Бассини.

В чем состояли технические и тактические ошибки хирурга?

Перечислите признаки жизнеспособности кишки.

У больного 24 лет диагностирована язвенная болезнь 12-перстной кишки. При фиброгастроскопии подтверждена хроническая язва диаметром 0,4 см с локализацией ее на задней стенке луковицы ДПК. По данным анализа желудочного сока натощак имеется гиперсекреция, после стимуляции

гистамином цифры кислотности высокие. Моторно–эвакуаторная функция желудка и двенадцатиперстной кишки не нарушена.

Определите оптимальную лечебную тактику.

Назначьте схему противоязвенного лечения.

Есть ли показания к оперативному лечению?

У больного 53 лет во время фиброгастроскопического и рентгенологического исследований подтверждена хроническая язва на малой кривизне в средней тела желудка диаметром 1,5 см. Язвенный анамнез составляет 20 лет, обострения заболевания 2-3 раза в год. Результат биопсии с язвенного поражения – хроническая язва.

Определите оптимальную лечебную тактику.

Назначьте схему противоязвенного лечения.

Есть ли показания к оперативному лечению?

Пациентка 19 лет в течение 4 дней отмечает повышение температуры тела и боли в затылочной области. С 10-летнего возраста страдает сахарным диабетом и постоянно получает инсулин. Состояние при поступлении тяжелое, отмечается беспокойное поведение; кожные покровы холодные, выражен цианоз губ. Число дыхательных движений 36 в мин. Пульс 116 уд/мин. АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный; печень, селезенка не увеличены.

Локальный статус: в затылочной области и на задней поверхности шеи определяется плотный, неподвижный инфильтрат, резко болезненный при пальпации, размерами 7×8 см. В центре его намечаются мелкие гнойнички и некроз кожи.

Сформулируйте клинический диагноз.

Назначьте план обследования.

Ваша лечебная тактика, объем операции?

Критерии постановки оценки «зачет» по итогам учебного семестра:

1. Отсутствие пропусков на лекциях и практических занятиях
2. Активная работа на занятиях.
3. Подготовка сообщения и выступление с докладом по предложенной теме
4. Зачет по контрольному тестированию

Критерии оценки устного ответа, коллоквиумов

«5 баллов» выставляется студенту, если он на обсуждаемые вопросы дает правильные ответы, которые отличаются глубиной и полнотой раскрытия темы, умеет делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, которые логичны и последовательны.

«4 балла» выставляется студенту, если он на обсуждаемые вопросы дает правильные ответы, которые отличаются глубиной и полнотой раскрытия темы, умеет делать выводы и обобщения, однако допускает одну - две ошибки в ответах.

«3 балла» выставляется студенту, если он на обсуждаемые вопросы дает ответы, которые недостаточно полно его раскрывают, отсутствует логическое построение ответа, допускает несколько ошибок.

«2 балла» выставляется студенту, если он на обсуждаемые вопросы дает ответы, которые показывают, что не владеет материалом темы, не может дать аргументированные ответы, допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

Оценочные средства для текущей аттестации

Контрольные тесты предназначены для студентов, изучающих курс «Безопасность жизнедеятельности».

Тесты необходимы как для контроля знаний в процессе текущей промежуточной аттестации, так и для оценки знаний, результатом которой может быть выставление зачета.

При работе с тестами студенту предлагается выбрать один вариант ответа из трех – четырех предложенных. В то же время тесты по своей сложности неодинаковы. Среди предложенных имеются тесты, которые содержат несколько вариантов правильных ответов. Обучающемуся необходимо указать все правильные ответы.

Тесты рассчитаны как на индивидуальное, так и на коллективное их решение. Они могут быть использованы в процессе и аудиторных занятий, и самостоятельной работы. Отбор тестов, необходимых для контроля знаний в процессе промежуточной аттестации производится каждым преподавателем индивидуально.

Результаты выполнения тестовых заданий оцениваются преподавателем по пятибалльной шкале для выставления аттестации или по системе «зачет» – «не зачет». Оценка «отлично» выставляется при правильном ответе на более чем 90% предложенных преподавателем тестов. Оценка «хорошо» – при правильном ответе на более чем 70% тестов. Оценка «удовлетворительно» – при правильном ответе на 50% предложенных магистранту тестов.

Примеры тестовых заданий.

1. Синдром Лериша — это

- а) брахиоцефальный неспецифический артериит
- б). атеросклеротическая окклюзия бифуркации брюшной аорты
- в). капилляропатия дистальных отделов конечности
- г). мигрирующий тромбангиит
- д). окклюзия нижней полой вены

2. Наличие у больного с острой артериальной недостаточностью конечности онемения, похолодания и боли соответствует

- а). И 1 а
- б). И 1 б
- в). И 2 а
- г). И 2 б
- д). И 3 а

3. Наиболее тяжелые формы гнойного артрита вызываются

- а). стафилококком
- б). пневмококком
- в). протеем
- г). синегнойной палочкой
- д). гемолитическим стрептококком

4. Причиной тромбоза легочной артерии наиболее часто является тромбоз

- а). лицевых вен
- б). глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза
- в). глубоких вен верхних конечностей
- г). поверхностных вен нижних конечностей
- д). поверхностных вен верхних конечностей

5. Пилефлебит — это тромбоз

- а). селезеночной вены
- б). нижней брыжечной вены
- в). вен брыжейки червеобразного отростка
- г). воротной вены
- д). печеночной вены

6. С перемещением камня из желчного пузыря в холедох не развивается:

- а). печеночная колика
- б). желтуха
- в). гнойный холангит
- г). стенозирующий папиллит

д). портальная гипертензия

7. Постхолецистэктомический синдром может быть обусловлен:

а). рубцовым стенозом холедоха

б). не найденным во время операции камнем холедоха

в). стенозом большого дуоденального сосочка

г). дуоденостазом

д). всем перечисленным

8. К интраоперационным методам исследования внепеченочных желчных путей относят:

а). пальпация холедоха

б). холедохоскопия

в). интраоперационная холангиография

г). зондирование холедоха

д). все перечисленное

9. При раке прямой кишки 2 стадии на 15 см от ануса показана

а). операция Гартмана

б). брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, колостомия

в). передняя резекция прямой кишки

г). промежностная ампутация прямой кишки

д). двуствольная колостомия

10.К облигатным предракам ободочной кишки относят

а). ювенильные полипы

б). одиночный полип ободочной кишки

в). регионарный энтерит

г). терминальный илеит

д). диффузный семейный полипоз

11.Симптомами аппендикулярного инфильтрата являются все, кроме:

а). субфебрильной температуры

б). симптома Ровзинга

- в). профузных поносов
- г). лейкоцитоза
- д). пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области

12. Невозможность определения пульсации брюшного отдела аорты в эпигастрии при остром панкреатите носит название симптома:

- а). Мейо-Робсона
- б). Мондора
- в). Кера
- г). Куллена
- д). Воскресенского

13. Выявление при лапароскопии серозного выпота и бляшек стеатонекроза соответствует:

- а). отечному панкреатиту
- б). жировому панкреонекрозу
- в). геморрагическому панкреонекрозу
- г). гнойному панкреатиту
- д). такие изменения не характерны для острого панкреатита

14. Лучшим способом вскрытия поддиафрагмального абсцесса является:

- а). тораколапаротомия
- б). люмботомия
- в). двухмоментный чрезплевральный доступ
- г). лапаротомия по Федорову
- д). внеплевральный внебрюшинный способ

15. При абсцессе дугласова пространства показано:

- а). пункция через брюшную стенку
- б). лечебные клизмы
- в). вскрытие через брюшную стенку
- г). пункция, вскрытие и дренирование через прямую кишку

д). консервативное лечение

16. Для диагностики рака прямой кишки в первую очередь необходимо произвести

- а). пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию
- б). анализ кала на скрытую кровь
- в). лапароскопию
- г). ультразвуковое исследование органов малого таза

17. Паллиативной операцией при локализации рака в пилороантральном отделе является

- а). гастростомия
- б). пилоропластика
- в). гастроэнтероанастомоз
- г). гастродуоденоанастомоз
- д). проксимальная резекция желудка

18. Радикальными операциями при раке желудка являются

- а). дистальная субтотальная резекция желудка
- б). проксимальная субтотальная резекция желудка
- в). гастрэктомия
- г). расширенные комбинированные операции
- д). все перечисленные операции

19. Симптомами варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей являются все нижеперечисленное, кроме

- а). отеков дистальных отделов конечностей по вечерам
- б). перемежающейся хромоты
- в). признаков трофических расстройств кожи голени
- г). судорог по ночам
- д). видимого расширения подкожных вен

20. При несостоятельности коммуникативных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию

- а). Бебкока
- б). Нарата
- в). Маделунга
- г). Троянова — Тренделенберга
- д). Линтона

21. Основными методами лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса является

- а). торакотомия
- б). плевральная пункция и аспирация воздуха
- в). торакоскопия с последующим дренированием плевральной полости
- г). дренирование плевральной полости с активной аспирацией
- д). наблюдение

22. Спонтанный пневмоторакс чаще всего возникает

- а). при абсцессе легкого
- б). при эхинококке легкого
- в). при центральном раке легкого с ателектазом и распадом в зоне ателектаза
- г). при кавернозном туберкулезе легких
- д). при буллезной болезни легких

23. У больного 15 дней назад повысилась температура до 39°C, появились боли в первой половине грудной клетки. Диагностирована нижнедолевая пневмония. 7 дней назад начал откашливать плевки гнойной мокроты, 2 дня назад — внезапные сильные боли в грудной клетке, одышка. Дыхание над правым легким плохо выслушивается, в нижних отделах правого легкого укорочение перкуторного звука. Наиболее вероятным осложнением пневмонии является

- а). экссудативный плеврит
- б). спонтанный пневмоторакс
- в). фиброзный плеврит
- г). пиопневмоторакс

д). абсцедирование

24. Осложнением не характерным для операций на щитовидной железе является

а). кровотечение

б). воздушная эмболия

в). жировая эмболия

г). повреждение трахеи

д). поражение возвратного нерва

25. Первым клиническим признаком острой ожоговой токсемии является

а). анемия

б). нормализация диуреза

в). повышение температуры тела

г). диспротеинемия