

1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине Хирургия
по специальности 31.08.70 Эндоскопия

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1.	Раздел 1. Общие вопросы диагностики и лечения хирургической патологии Раздел 2. Частные вопросы диагностики и лечения хирургической патологии	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9	<p><u>Знать:</u> методологию абстрактного мышления для систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов</p> <ul style="list-style-type: none"> • принципы анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) в результате обследования пациента на основе данных физикального обследования, лабораторных и инструментальных данных. • причины и условия возникновения, развития острой хирургической патологии • клиническую анатомию груди и живота • законодательство РФ с сфере оказания медицинской помощи населению • семиотику хирургической патологии • закономерности течения острой хирургической патологии • диагностические возможности и показания к применению методов лабораторной и инструментальной диагностики у хирургических больных • более распространенные ошибки, допускаемых при оказании первой помощи хирургическим больным • тактику лечения острой хирургической патологии, особенности ведения периоперационного периода у 	тесты	30
				Ситуационные задачи	10

			<p>больных с патологией, требующей оперативного вмешательства</p> <p><u>Уметь:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • систематизировать патологические процессы, выявленные при обследовании пациента • анализировать выявленные в результате комплексного обследования пациента симптомы, синдромы, патологические изменения выявлять хирургическую патологию на основании комплексного обследования • проводить коррекцию расстройств гомеостаза при тяжелой хирургической патологии • выявлять хирургическую патологию по результатам комплексного обследования и оценить степень расстройств гомеостаза • оказать первую помощь при ургентной хирургической патологии • оценить степень нарушения гомеостаза и создать план его коррекции на всех этапах периоперационного периода <p><u>Владеть:</u></p> <p>и абстрактного мышления для постановки диагноза путем систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) в результате обследования пациента</p> <ul style="list-style-type: none"> • методологией синтеза полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) для постановки диагноза и выбора тактики 		
--	--	--	--	--	--

		<p>оперативного лечения</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами выявления хирургической патологии и навыками оказания первой помощи и специализированной анестезиологической помощи хирургическим больным - методами физикального обследования хирургического больного • методами лабораторного исследования для постановки хирургического диагноза и оценки степени его тяжести • определения степени тяжести состояния хирургического больного с применением шкал оценки тяжести (SOFA, APACHE и др) <p>казания первой помощи, в т.ч. первичной хирургической обработки при ранах различной локализации и степени бактериальной контаминации</p>		
--	--	--	--	--

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

2.1 Тестовые задания по дисциплине

Раздел 1. Общие вопросы диагностики и лечения хирургической патологии

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>1. Перфорация любого полого органа брюшной полости характеризуется: 1. Появлением резкой боли 2. Напряжением мышц передней брюшной стенки 3. Брадикардией 4. Френикус-симптомом 5. Симптомом Мейо-Робсона</p> <p>А. Верно 1,2,3,4,5 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 1,2,4,5 Д. Верно 1,2,3,4</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>2. Для флегмоны характерно все перечисленное: 1. Общее недомогание 2. Повышение температуры тела 3. Локальная болезненность 4. Локальная гиперемии кожи 5. Полость с гноем, окруженная капсулой</p> <p>А. Верно 1,2,3,4,5 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 1,2,4,5</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>

Д. Верно 1,2,3,4	
3. Наиболее характерным симптомом нагноительных заболеваний легких является: А. Боли в грудной клетке, слабость, потливость и другие явления интоксикации Б. Кашель с большим количеством гнойной мокроты В. Высокая температура Г. Кровохарканье Д. Симптом «барабанных палочек»	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
4. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются: А. Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей Б. Первичная несостоятельность культи бронхе В. Внутривнеплевральное кровотечение Г. Ателектаз легкого Д. Напряженный пневмоторакс	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
5. При рентгенологическом исследовании больного был обнаружен коллапс легкого на половину объема. Лечение его необходимо начинать: А. С плевральной пункции с аспирацией воздуха Б. С дренирования плевральной полости В. С торакоскопии Г. С немедленной торакотомии Д. С симптоматического лечения	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
6. Повышение внутрикишечного давления при острой кишечной непроходимости приводит к: 1. Ухудшению вентиляции легких 2. Дополнительной потере жидкости 3. Дополнительной потере белков и эритроцитов 4. Возникновению мезентеральных тромбозов 5. Развитию функциональной кишечной непроходимости А. Верно 1,2,3,4 Б. Верно 1,2,3,4,5 В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 1,2,3,5 Д. Верно 1,3,4,5	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
7. Рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости являются: 1. Жидкость в кишечных петлях преобладает над газом 2. Вздутие кишечника нерезко выражено и, как правило, относится к той его части, в которой имеется препятствие 3. Значительное скопление жидкости и газа в желудке в связи с его расширением 4. Чаши Клойбера четко контурируются и, как правило, определяется в большом количестве 5. Диафрагма расположена на обычном уровне и хорошо подвижна А. Верно 1,2,3,4 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 1,2,4,5 Г. Верно 2,3,4,5 Д. Верно 1,2,3,4,5	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
8. Для определения жизнеспособности цианотичной неперестальтирующей, потерявшей тонус кишки при острой кишечной недостаточности, прибегают к следующим приемам: 1. Обогреванию кишки салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжиданию в течение 5 минут 2. Введению в брыжейку тонкой кишки 50-60 мм 0,25% раствора	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>новокаина 3. Нанесение на серозный покров кишки кристаллов поваренной соли 4. Легкое поглаживание и перемещение кишки</p> <p>А. Верно 1,2,4 Б. Верно 1,3,4 В. Верно 2,3,4 Г. Верно 1,2,3 Д. Верно 2,3</p>	
<p>9. Оптимальным для промывания брюшной полости тосле удаления источника перитонита является объем жидкости:</p> <p>А. 1-2 литров Б. 4-6 литров В. 8-12 литров Г. 14-16 литров Д. 18-20 литров</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>10. Факторами риска, способствующими появлению госпитальной инфекции в дооперационном периоде, являются: 1. Сахарный диабет 2. Предшествующие инфекционные заболевания 3. Ожирение 4. Авитаминоз</p> <p>А. Верно 1,3 Б. Верно 1,4 В. Верно 2,3 Г. Верно 3,4 Д. Верно 1,2</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>11. К средствам специфической иммунотерапии при сепсисе вызванном стафилококком относятся:</p> <p>А. Т-активин Б. Левамизол В. Антистафилококковая плазма и стафилококковый анатоксин Г. Лейкомасса Д. Тромбоцитарная масса</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>12. Существующее внутрплевральное давление:</p> <p>А. Ниже атмосферного Б. Не зависит от давления в воздушных путях В. Не изменяется в процессе дыхательного цикла Г. Одинаково во всех отделах плеврального пространства Д. Увеличивается при глотании</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>13. Наиболее глубокие расстройтва газообмена наблюдаются: 1. При повреждениях груди с открытым пневмотораксом 2. При повреждении груди с клапанным пневмотораксом 3. При массивном гемотораксе 4. При подкожной эмфиземе</p> <p>А. Верно 1,2 Б. Верно 1,3 В. Верно 3,4 Г. Верно 2,4 Д. Верно 2,3</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>14. Во время анестезии при механической вентиляции при наличии одного легкого:</p> <p>А. Перфузия в нижнем легком уменьшается Б. Вентиляция в нижнем легком уменьшается В. Соотношение вентиляция перфузия нарушено больше перед спадением пораженного легкого, чем после</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>

Г. Физиологическое мертвое пространство увеличивается Д. Среднее давление в легочной артерии уменьшается	
15. Уменьшение торакалегочной подвижности (compliance) обычно наблюдается при: 1. Эмфиземе 2. Фиброзе легких 3. Астме 4. Раке легкого А. Верно 1,2 Б. Верно 2,3 В. Верно 2,3,4 Г. Верно 1,2,3 Д. Верно 1,2,4	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
16. Сильная девиация трахеи может быть вызвана: А. Правосторонним пневмотораксом Б. Зобом В. Коллапсом левого легкого Г. Левосторонней эмпиемой Д. Левосторонней пневмонэктомией	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

Раздел 2. Частные вопросы диагностики и лечения хирургической патологии

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
17. Из рентгенологических методов исследования наиболее информативным при бронхоэктатической болезни является: А. Бронхография Б. Рентгенография В. Рентгеноскопия Г. Томография Д. Компьютерная томография	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
18. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются: А. Рвота Б. Желудочное кровотечение В. Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости Г. Частый жидкий стул Д. Икота	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
19. У больного после нижней лобэктомии развился ателектаз оставшихся сегментов верхней доли. Наиболее эффективным методом лечения у него является: А. Плевральная пункция Б. Назотрахеальная катетеризация В. Микротрахеостома Г. Лечебная бронхоскопия Д. Дренирование плевральной полости	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9
20. При спонтанном пневмотораксе с полным коллапсом легкого дренирование плевральной полости целесообразно: А. По средней аксиллярной линии в 6 межреберье Б. Во 2-м межреберье по среднеключичной линии	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

<p>В. В 7-м межреберье по задней аксиллярной линии Г. В 8-м межреберье по задней аксиллярной линии Д. 2 дренажа: во 2-м межреберье средне-ключичной линии и в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии</p>	
<p>21. У больного, поступившего с двусторонним переломом ребер, имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Необходимо предпринять:</p> <p>А. Дренирование плевральной полости справа Б. Дренирование обеих плевральных полостей В. Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки Г. Насечки на коже грудной клетки и шеи Д. Динамическое наблюдение</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>22. Наиболее частым местом кровотечения после типичной резекции желудка является:</p> <p>А. Малая кривизна желудка Б. Гастроэнтероанастомоз В. Оставленная язва в культе желудка Г. Эрозивный гастрит Д. Дуоденальная культя</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>23. У больного 75 лет с продолжающимся желудочным кровотечением, а также тяжелыми сопутствующими заболеваниями показано:</p> <p>А. Резекция желудка Б. Прошивание кровоточащего сосуда В. Клиновидное иссечение язвы желудка Г. Термокоагуляция кровоточащего сосуда с помощью фиброгастроскопа Д. Консервативное лечение</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>24. При ущемленной гигантской послеоперационной грыже необходимо:</p> <p>А. Ликвидировать ущемление, произвести пластику грыжевых ворот с помощью листков грыжевого мешка Б. Ликвидировать ущемление, резецировать грыжевой мешок, произвести пластику грыжевых ворот, используя пластические материалы В. Ликвидировать ущемление, пластику грыжевых ворот не производить Г. Ликвидировать ущемление, произвести пластику грыжевых ворот классическими методами</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>25. При септикопиемическом осложнении острого гематогенного остеомиелита гнойные очаги чаще локализуются:</p> <p>А. В печени Б. В легких В. В селезенке Г. В головном мозгу Д. В сердце</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>26. Риск возникновения бронхиального свища вследствие несостоятельности швов в наибольшей степени выражен при выполнении:</p> <p>А. Типичной пневмонэктомии</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>

<p>Б. Расширенной пневмонэктомии В. Пневмонэктомии с резекцией перикарда или грудной стенки Г. Пневмонэктомии с резекцией бифуркаций трахеи Д. Лобэктомии</p>	
<p>27. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются: А. Рвота Б. Желудочное кровотечение В. Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости Г. Частый жидкий стул Д. Икота</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>28. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают: А. Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки Б. Постбульбарные язвы В. Язвы малой кривизны желудка Г. Язвы большой кривизны желудка Д. Язвы всех указанных локализаций</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>29. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются: 1. Перфорация 2. Кровотечение, не останавливаемое консервативными методами 3. Малигнизация 4. Большая глубина «ниши» пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании 5. Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка А. Верно 1,2,3,4 Б. Верно 1,2,3,4,5 В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 1,2,3,5 Д. Верно 1,3,4,5</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>
<p>30. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить: А. Доскообразный живот Б. Сильные боли в эпигастрии В. Боли в поясничной области Г. Повышение лейкоцитоза до 15000 Д. Легкая желтуха склер и кожных покровов</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9</p>

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1.	Д
2.	Д
3.	В
4.	В
5.	А
6.	Г
7.	А
8.	Г
9.	В
10.	А
11.	В
12.	А
13.	Д
14.	В

15.	Г
16.	Б
17.	Д
18.	В
19.	Г
20.	Д
21.	Б
22.	А
23.	Г
24.	В
25.	Б
26.	Г
27.	Г
28.	В
29.	Г
30.	А

2.2. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	А/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная М., 52 лет, доставлена в клинику бригадой скорой медицинской помощи через 12 часов с момента заболевания. Жалобы при поступлении на резкую слабость, головокружение, жидкий стул калом черного цвета. Считает себя больной около 12 часов, когда появилась слабость, была рвота кофейной гущей с последующим 2-х кратным, обильным стулом жидким калом черного цвета. Язвенного анамнеза нет. Объективно: больная заторможена, сонлива. Кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета. АД 90/40 мм.рт.ст., пульс 120 /мин. слабого наполнения. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, аускультативно — усиленные перистальтические шумы. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.
В	1	Диагноз и дополнительные методы исследования.
Э	-	Острое ЖК кровотечение. ФГС, общий анализ крови
В	2	Определение степени острой кровопотери.
Э	-	По Алговеру (индекс шока PS/cAD) если < 1 – лёгкая кровопотеря, 1 – средней тяжести, > 1 – тяжёлая (в норме 0,5). По ЦВД в норме 5-10 мм в столба, снижается при кровопотере 15-20% ОЦК. Клинически по пульсу, АД, клинике, по лабораторным показателям Ht, Hb удельный вес крови. У данного больного тяжёлая кровопотеря около 1,5 л

В	3	Методы определения групповой принадлежности крови.
Э	-	Стандартными изогемагглютинирующими сыворотками, цоликлоны.
В	4	Тактика, лечения
Э	-	Консервативная – гемостатическая терапия, ФГС в приёмном покое
В	5	Объем инфузионно-трансфузионной терапии
Э	-	На догоспитальном этапе 0,5 л полигюкина, 0,5 л лактосола, 0,5 физ рас-твор, (10 мл эр массы на кг и 10 мл плазмы на кг, коллоидов 20 мл на кг, кристаллоидов 10 мл на кг). На госпитальном 4 л: 1 л полигюкина, 2 л кристаллоидов, 1 л крови.
В	6	Возможные осложнения при гемотрансфузии
Э	-	Совместимость по АВ0, совместимость по Rh, биологическая проба
В	7	Возможные осложнения при гемотрансфузии
Э	-	Тромбоэмболия, воздушная эмболия, посттрансфузионные реакции (пиро-генные, антигенные, аллергические), собственно осложнения гемотрансфузии (гемотрансфузионный шок, синдром массивных гемотрансфузий, цит-ратная и калиевая интоксикация), инфекционные осложнения (СПИД, гепа-титы)

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	002
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Р., 37 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, плохой аппетит, похудание на 10 кг. Больна в течение 6 месяцев, когда впервые появились боли в животе, которые постепенно нарастали. При обследовании поместу жительства на УЗИ в пра-вой доле печени выявлены образования, подозрительные на метастазы. Больная направлена в онкодиспансер. При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура 37,40С. Пониженного питания. В надключичной области справа пальпируется плотный малоподвижный лимфатический узел 2 см. в диаметре. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, где пальпируется плотный край печени, выступающий из-под реберных дуг на 5 см. В пунктате из лимфоузла - элементы эпителиальной злокачественной опухоли. При обследовании: рентгенография органов грудной клетки - без патологии, УЗИ брюшной полости – в правой доле печени множественные гетерогенные образования до 30 мм в диаметре. Выставлен диагноз: Метастазы в надключичный лимфоузел справа, печень без выявленного первичного очага.
В	1	Опухоли каких локализаций могут метастазировать в правый

		надключичный лимфоузел?
Э	-	Рак желудка, молочной железы, пищевода, щитовидной железы, яичников
В	2	Какие методы дополнительной инструментальной диагностики следует использовать для уточнения природы опухоли и локализации первичного очага?
Э	-	ФГДС, Rg с барием, УЗИ органов брюшной полости, малого таза, щитовидной железы.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	003
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У женщины 35 лет, страдающей митральным пороком сердца с мерцательной аритмией, внезапно возникли сильные боли в правой руке. Осмотрена через час дома. Объективно: Правая рука бледная в области кисти и предплечья, холодная на ощупь. Пальпация этих отделов руки резко болезненная, мышцы умеренно напряжены. Активные движения в пальцах правой руки снижены в объеме, пассивные движения в полном объеме. Тактильная и болевая чувствительность резко снижена. Пульсация магистральных артерий правой руки определяется только на уровне подмышечной артерии, дистальнее она отсутствует.
В	1	Этиология и патогенез развития данного заболевания. Ваш диагноз.
Э	-	Диагноз – митральный порок сердца, мерцательная аритмия. Осложнение – эмболия правой подмышечной артерии, острая ишемия 2-а ст.
В	2	Клиническая классификация этого заболевания.
Э	-	доплерографическая оценка состояния сосудов.
В	3	План обследования пациентки.
Э	-	1) - общепринятый объем; анализ крови, мочи, ЭКГ; 2) доплерографическая оценка состояния сосудов.
В	4	С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
Э	-	Тромбоз подключичной вены; острый неврит, острый миозит
В	5	Какова должна быть лечебная тактика, в зависимости от стадии заболевания?
Э	-	Лечебная тактика – экстренная операция – эмболэктомия.
В	6	Объем медицинской помощи.
Э	-	Объем операции: при компенсированной ишемии – эмболэктомия с удалением продолженного тромба; при декомпенсированной ишемии тоже самое плюс детоксикационные мероприятия

В	7	Возможные осложнения в послеоперационном периоде
Э	-	Возможные осложнения после операции: тромбоз артерии, некроз части мышц конечности; гангрена конечности; осложнения со стороны сердца, легких, почек.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	004
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной К., 60 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался.</p> <p>Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты – $16,2 \times 10^9/\text{л}$, Эр – $3,4 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 24 мм/ч.</p>
В	1	Предположительный диагноз.
Э	-	Острая толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или ректосигмоидного отдела толстой кишки.
В	2	Какие дополнительные методы обследования можно использовать?
Э	-	Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, проба фон Монтейфеля, экстренная ирригография, колоноскопия
В	3	С чем следует провести дифференциальную диагностику?
Э	-	Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим атоническим колитом, копростазом, псевдообструкцией толстой кишки, различными формами мегалоколон, заворотом сигмы, неспецифическим язвенным колитом.
В	4	Алгоритм Ваших действий
Э	-	Инфузионно-спазмолитическая терапия, очистительные клизмы, лечебная колоноскопия, дренирование желудка, толстой кишки (попытка консервативной или колоноскопической декомпрессии толстой кишки). В случае неэффективности – не позднее чем через 6

		– 12 часов после поступления – экстренная лапаротомия.
В	5	Принципы консервативной терапии
Э	-	В зависимости от интраоперационной находки используют одно-двух- и трехмоментные методы операций. Во всех случаях главным моментом оперативного пособия является ликвидация кишечной непроходимости и сохранение жизни больного.
В	6	Показания к операции и возможные варианты оперативных вмешательств.
Э	-	На современном этапе при опухолях правого фланга толстой кишки используется правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом и, в случае необходимости, – проксимальной разгрузочной илеостомией. При обтурационном раке левого фланга толстой кишки рекомендуется выполнять первичную радикальную резекцию с терминальной колостомией (типа Гартмана). В случае неоперабельности – наложение перманентной колостомы проксимальнее обструкции.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	005
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К., 47 лет доставлен в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Больной длительное время злоупотреблял алкоголем. Ухудшение после очередного запоя. Ранее неоднократно лечился в хирургических отделениях по поводу панкреатита. Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 10 x 15 см, плотно-эластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет. В анализе крови: Лейкоциты 14,1 x 10 ⁹ /л, диастаза мочи – 512 ЕД.
В	1	О каком заболевании может идти речь?
Э	-	Обострение хронического рецидивирующего панкреатита. Киста поджелудочной железы.
В	2	Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
Э	-	ФГДС, УЗИ, компьютерная томография.
В	3	Какая лечебно-диагностическая программа?
Э	-	Общий анализ крови, диастаза мочи. Консервативное лечение по основным направлениям ОП:

		- борьба с болью, восполнение ОЦК. - воздействие на местный патологический очаг, - уменьшение эндоинтоксикации, - коррекция тромбгеморрагических осложнений, - иммунокоррекция, - нутритивная и энергетическая поддержка.
В	4	Показания к оперативному лечению. Виды операций.
Э	-	При осложнениях кист – оперативное: - дренирующие операции, - резекция ПЖ.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	006
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У больного 38 лет после приема алкоголя появились выраженные боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота. Состояние тяжелое. Кожа лица гиперемирована, сухая. В легких жесткое дыхание, ослабленное слева. Пульс 120 в минуту, АД 150/90 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен. Живот увеличен в объеме, участвует в акте дыхания ограниченно в верхних отделах, болезненный в эпигастрии, где определяется ригидность и положительный симптом раздражения брюшины. Перистальтика отсутствует. Стула не было. При ультрасонографии установлено, что поджелудочная железа увеличена в размерах, контуры ее неровные, с очагами повышенного отражения. В сальниковой сумке скудное количество жидкости. Желчный пузырь не изменен. Холедох обычных размеров. В брюшной полости определяется свободная жидкость.
В	1	Ваш диагноз?
Э	-	Острый деструктивный панкреатит (панкреонекроз). Ферментативный перитонит.
В	2	Классификация?
Э	-	Классификация Atlanta, с изменениями согласно Acute pancreatitis working group 2012
В	3	Необходимые методы обследования для подтверждения диагноза.
Э	-	Клинический анализ крови, биохимия крови, амилаза, диастаза мочи. УЗИ, КТ, ФГДС.
В	4	Ваша тактика: • основные направления консервативной терапии. • показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.

Э	-	По основным направлениям консервативной терапии острого панкреатита. Оперативное лечение (малоинвазивное, традиционное): - неэффективность полноценной консервативной терапии, не позволяющей купировать гемодинамические нарушения и ПОН, - инфицированный ПН и /или панкреатогенный абсцесс, гнойный перитонит.
---	---	--

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	007
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У больной 68 лет, страдающей желчно-каменной болезнью, после погрешности в диете внезапно возникли боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота желчью, гипертермия до 37,6, озноб. После приема но-шпы, боли купировались. Через сутки появилась желтушность кожных покровов, боли в животе оставались. Объективно: Состояние средней тяжести. Кожа и склеры желтушны. Пульс 90 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Лейкоциты 10,2 x 10 ⁹ /л, билирубин крови 60мкмоль/л. Диастаза мочи 1024 ЕД.
В	1	Ваш диагноз?
Э	-	Острый холецистит. Механическая желтуха (холедохолитиаз).
В	2	Классификация?
Э	-	Клинико-морфологическая, согласно НКР
В	3	Необходимые методы обследования для подтверждения диагноза.
Э	-	Клинический анализ крови, билирубин, печеночные пробы, фибриноген, ПТИ, амилаза, общий анализ мочи, диастаза мочи. ФГДС, УЗИ.
В	4	4. Ваша тактика: • основные направления консервативной терапии. • Показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.
Э	-	Купирование болевого синдрома (блокада, спазмолитики, в/в капельницы, анальгетики) при неэффективности операция по срочным показаниям (холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха – малоинвазивными или обычными технологиями).

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
-----	-----	--

Н	-	008
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной 16 лет доставлен в отделение спустя 3 часа с момента аварии с жалобами на резкую слабость, головокружение, боли в правой половине живота, правой поясничной области.</p> <p>При осмотре состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, пульс учащен до 110 уд. в мин., АД 90/60 мм рт. ст. На коже поясничной области, больше справа, имеются множественные ссадины. Визуально и пальпаторно определяется нарастающая припухлость, спускающаяся из подреберья по правому боковому каналу, выраженное напряжение мышц справа. Левые отделы живота спокойные, без выраженной болезненности. Симптом Пастернацкого резко положителен справа. При мочеиспускании моча обильно окрашена свежей кровью с червеобразными сгустками.</p> <p>В общем анализе крови - анемия, эритроц. до $3,0 \cdot 10^{12}/л$.</p>
В	1	Проведите топическую диагностику источника макрогематурии.
Э	-	Источником кровотечения (макрогематурии) является травмированная правая почка
В	2	О повреждении какого органа можно предполагать?
Э	-	Отрыв, надрыв или разрыв правой почки
В	3	Какие диагностические методики необходимо применить для уточнения диагноза?
Э	-	Общеклинические лабораторные методы, исследование мочи, УЗИ МПС, диагностическая лапароскопия, КТ правой почки
В	4	Метод лечения?
Э	-	Метод лечения – только оперативный, оценка повреждения почки, ушивание, либо резекции ее в зависимости от вида травмы и степени повреждения.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	009
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У женщины 45 лет длительное время наблюдались боли в поясничной области, больше справа, усиливающиеся при ходьбе,

		физической нагрузке. Лечилась у невропатолога по поводу остеохондроза. Вчера, после лыжной прогулки, боли в поясничной области усилились, иррадиировали вниз живота. Больная приняла 2 таблетки анальгина, после чего боли утихли, но появилась примесь крови в моче. Сегодня утром моча была чистая, и женщина обратилась к врачу. При лабораторном исследовании в анализе мочи протеинурия (белок 0,15 г/л), лейкоцитурия 8-12 лейкоцитов в п/зр., ми-крогематурия до 60 эритроцитов в п/зр. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости в проекции правой почки контрастная тень размером 2,5х2 см.
В	1	Какова последовательность болей в пояснице и гематурии при раке почки и мочекаменной болезни?
Э	-	При МКБ сначала боли, затем гематурия, при раке почки вначале безболевая гематурия, затем боли на фоне обтурации мочеточника сгустка крови.
В	2	Каков диапазон дифференциальной диагностики почечной колики?
Э	-	Печеночная колика, кишечная колика, воспаление придатков, нижнедолевая пневмония, герпес
В	3	Что явилось причиной почечной колики у данной больной?
Э	-	Травмирование камнем почки при физической нагрузке, ведущее к нарушению уродинамики.
В	4	Чем можно объяснить наличие эритроцитов и лейкоцитов в моче?
Э	-	Травма почки камнем. - камень почки является постоянным источником воспаления и лейкоцитурии.
В	5	Какие дополнительные методы исследования следует применить?
Э	-	УЗИ почек, экскреторная урография.
В	6	Варианты лечения данной пациентки?
Э	-	Дистанционная литотрипсия. - нефролапексия, - пиелокистотомия

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	010
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Н. 28 лет обратилась к врачу с жалобами на уплотнение в левой паховой области. Из анамнеза выяснили, что 6 месяцев назад оперирована амбулаторно: удалена небольших размеров опухоль розово-коричневого цвета на левой голени. Гистологического исследования не производилось. При осмотре голени виден послеоперационный рубец на передней поверхности длиной 3 см, мягкий, без признаков воспаления.

		Паховые лимфатические узлы слева плотные, малоподвижные, безболезненные. Кожа над ними не изменена. В других органах и тканях патологических изменений при клиническом обследовании не обнаружено.
В	1	Ваш предположительный диагноз?
Э	-	Пигментный невус? Меланома?
В	2	Какой метод морфологической верификации диагноза целесообразно применить?
Э	-	Пункционная или эксцизионная биопсия паховых лимфатических узлов.
В	3	План уточняющей диагностики?
Э	-	Морфологическая верификация опухоли и метастазов (лимфоузлов).
В	4	Возможности хирургического лечения: название и объем операции?
Э	-	Операция Дюкена.
В	5	Дополнительные методы лечения?
Э	-	Лучевая и химиотерапия.
В	6	Укажите диагностические и тактические ошибки предшествующего лечения?
Э	-	Амбулаторное удаление опухоли без консультации онколога и проведение гистологического исследования.

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1, УК- , ПК-1, ПК-5, ПК-9	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике,	Твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических

	свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	заданий
--	--	---	--	---------

3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.