

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ПРАКТИКЕ
ПРОИЗВОДСВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА 3**

Специальность 31.08.67 Хирургия
код, наименование

Кафедра: госпитальной хирургии им. Б.А. Королёва

Форма обучения очная

Нижний Новгород
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 3» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая) практика 3». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике «Производственная (клиническая) практика 3» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Кейс-задания	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задания

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Текущий	Раздел 1. Экстренная хирургия Раздел 2. Плановая хирургия: хирургия грыж, варикозной болезни, желудка, щитовидной железы Раздел 3. Плановая хирургия: хирургия желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы Раздел 4. Плановая хирургия: колопроктология Раздел 5. Плановая хирургия: травматология Раздел 6. Освоение работы хирурга на амбулаторном приеме в поликлинике Раздел 7. Плановая хирургия: урология Раздел 8. Плановая хирургия: торакальная хирургия Раздел 9. Экстренная хирургия Раздел 10. Самостоятельный амбулаторный прием в	Кейс-задания

		поликлинике с оформлением медицинской документации	
	Промежуточный	Разделы дисциплины	Кейс-задания

4. Содержание оценочных средств промежуточного, текущего контроля, экзамена

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	011
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 П. 47 лет отмечает ухудшение общего состояния, быструю утомляемость, слабость. В течение 20 лет имеет узловой эутиреоидный зоб, размером 2 x 2 см. Все эти годы образование не беспокоило, за последние полгода увеличилось в размерах до 3,5 x 3,5 см в диаметре. При пальпации образование плотное, малоподвижное, поверхность неровная. Лимфатические узлы по наружному краю правой кивательной мышцы увеличены, малоподвижные, плотные.
В	1	Ваш предположительный диагноз?
Э	-	Рак щитовидной железы? Метастазы в л/у шеи?
В	2	План обследования?
Э	-	УЗИ, тонкоигольная аспирационная биопсия (возможно с применением онкомаркеров), определение уровня тиреоглобулина в крови, ФЛГ
В	3	Какую документацию Вы заполните при установлении диагноза?
Э	-	При подтверждении диагноза рака щитовидной железы заполняется извещение о впервые выявленном онкологическом заболевании. При выявлении 4 клинической группы заболевания заполняется протокол запущенности онкозаболевания. При выписке из стационара заполняется онковыписка. Все эти документы направляются в онкодиспансер
В	4	Назовите врачебные ошибки предшествующего наблюдения?
Э	-	Не была выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия (показана при узлах щитовидной железы более 1 см). Необходима диспансеризация больных узловым зобом
В	5	Определите лечебную тактику?

Э	-	Срочное оперативное лечение. В послеоперационном периоде супрессивная терапия тироксином. При выявлении очагов опухоли на сцинтиграфии – лечение радиоактивным йодом
В	6	Какую операцию следует выполнить в случае необходимости?
Э	-	Экстрафасциальная тиреоидэктомия, при наличии метастазов в л/у шеи потребуются фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	012
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 У. 63 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток. Заболевание развивалось постепенно, больная страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы. Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс 68 в мин., язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.
В	1	Ваш предположительный диагноз?
Э	-	Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, кишечная непроходимость
В	2	План обследования, методы верификации диагноза?
Э	-	Обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца. Колоноскопия, биопсия, УЗИ брюшной полости при отсутствии явлений непроходимости.
В	3	Какие местные и общие критерии заболевания необходимо определить?
Э	-	Необходимо учитывать распространенность процесса, тип опухоли, соматическое состояние больной
В	4	Назовите возможные радикальные операции?
Э	-	В условиях кишечной непроходимости в данном случае показана операция Гартмана
В	5	Методы паллиативного лечения?

Э	-	Выведение двухствольной сигмостомы, химиотерапия
В	6	Задачи диспансерного наблюдения?
Э	-	Выявление рецидива

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	013
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	-	Пациент 68 лет оперирован по поводу рака прямой кишки. Выполнена брюшно - промежностная экстирпация прямой кишки. На четвертые сутки после операции у больного внезапно возникла одышка, появилась боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле и глубоком дыхании. Объективно: кожные покровы лица, шеи и плечевого пояса синюшны, яремные вены резко контурируются, тахикардия - 110 в минуту, артериальное давление 110/90 мм рт ст. На ЭКГ - признаки перегрузки правых отделов сердца. По данным рентгенографии легких, выполненной вскоре после ухудшения состояния - повышенная прозрачность легочного поля и укорочение корней легких.
В	1	О каком осложнении следует думать в этом случае?
Э	-	У больного развился острый глубокий тромбофлебит в нижних конечностях, что может привести к тромбэмболии легочной артерии
В	2	Какие лечебные мероприятия необходимо применить?
Э	-	Антикоагулянты, ГБО, сердечно-сосудистая терапия.
В	3	Какой объем мер неспецифической профилактики этого осложнения необходимо проводить таким больным?
Э	-	Неспецифическая профилактика – проведение мероприятий, ускоряющих венозный кровоток в нижних конечностях: ранняя активизация пациентов в послеоперационном периоде; эластическая компрессия н/конечностей; прерывистая пневмокомпрессия ног; применение «ножной педали», полноценное обезболивание.
В	4	В какой специфической (медикаментозной) профилактике нуждаются такие больные?
Э	-	Специфическая профилактика: применение 1) прямых антикоагулянтов (нефракционированный гепарин, низкомолекулярные гепарины); 2) низкомолекулярные декстраны в/в; 3) дезагреганты.

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

Н	-	014
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 32 лет 5 дней назад был оперирован по поводу прободной язвы желудка через 7 часов с момента перфорации. Произведено ушивание прободной язвы. На момент осмотра его беспокоят боли в нижних отделах живота, болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Гипертермия носит гектический характер. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. В области раны воспалительной реакции нет. Со стороны легких патологии нет. Лейкоциты – 18 тыс.
В	1	О каком осложнении следует думать в данном случае?
Э	-	Тазовый абсцесс. (абсцесс Дугласова пространства).
В	2	Какие следует применить методы обследования для уточнения диагноза?
Э	-	Ректальное исследование, УЗИ, КТ малого таза, диагностическая пункция полости абсцесса через переднюю стенку прямой кишки.
В	3	Причины развития подобного осложнения и меры профилактики его при подобных операциях?
Э	-	Возникновение гнойников в малом тазу связано с плохой санацией брюшной полости и неадекватным дренированием полости малого таза во время операции. Меры профилактики - интраоперационная эффективная санация брюшной полости при местном перитоните путем осушивания марлевыми салфетками, при микробном диффузном перитоните промывание брюшной полости асептическими растворами (фурациллин, 0,3 %, 0,06 % раствор гипохлорита натрия) не менее 6 - 8 литров; адекватное дренирование отложившихся мест брюшной полости, обоснованная антибактериальная терапия.
В	4	Тактика в лечении этой патологии?
Э	-	В стадию плотного инфильтрата малого таза тактика консервативная, при абсцедировании – срочное оперативное вмешательство.
В	5	Объем и особенности пособия при этом осложнении?
Э	-	Вскрытие абсцесса под наркозом внебрюшинным доступом через переднюю стенку прямой кишки после поисковой пункции с последующим промыванием и дренированием полости гнойника трубкой.
В	6	Сделайте назначения в послеоперационном периоде.
Э	-	Бесшлаковая диета, полупостельный режим, антибактериальная

		терапия с учетом посева экссудата на флору и чувствительность к антибиотикам, противовоспалительная терапия, ежедневные перевязки с промыванием полости абсцесса растворами антисептиков, удаление дренажной трубки на 2-3 сутки.
--	--	---

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	015
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	-	Женщина 34 лет пришла на амбулаторный прием к хирургу. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5 °С, стала затруднительной ходьба. При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет.
В	1	О каком осложнении следует думать в данном случае?
Э	-	Варикозная болезнь вен левой нижней конечности, осложненная острым восходящим поверхностным тромбофлебитом (варикотромбофлебитом) в бассейне большой подкожной вены.
В	2	Этиология и патогенез заболевания?
Э	-	Триада Virхова - изменение реологии крови (состояние гиперкоагуляции), травма стенки сосуда (повреждение эндотелия) и замедление тока крови (стаз). Способствующие факторы - возраст, ожирение, операции и травмы, длительная иммобилизация, беременность и роды, онкологические заболевания, тромбофилические состояния (генетические изменения факторов коагуляции) и др. В большинстве случаев осложняет течение варикозной болезни, реже возникает при посттромбофлебитической болезни.
В	3	Классификация заболевания?
Э	-	по распространенности: сегментарный (локальный), восходящий; -по локализации: в бассейне большой или малой подкожных вен; -по характеру воспаления: асептический (негнойный), гнойный.
В	4	С каким заболеванием необходимо дифференцировать эту патологию?
Э	-	С лимфангоитом, рожистым воспалением и аллергическим дерматитом, с ущемленной бедренной грыжей при локализации процесса в варикозной аневризме терминального отдела большой

		подкожной вены.
В	5	Осложнения при данном заболевании?
Э	-	Тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии (при восходящем тромбофлебите).
В	6	Тактика лечения в зависимости от вариантов течения заболевания и объем пособия?
Э	-	При сегментарном тромбофлебите на голени – консервативное лечение амбулаторно, при первичной локализации тромбоза на бедре консервативное лечение и наблюдение в стационаре, при восходящем тромбофлебите – операция Троянова-Тренделенбурга (разобщение сафено-фemorального соустья, кроссэктомия) в экстренном порядке с возможным одномоментным удалением ствола тромбированной вены и последующим решением вопроса об устранении варикозного синдрома.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	016
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	-	В областную больницу из района авиатранспортом доставлен больной тракторист 28 лет с жалобами на боль в правой стопе, подергивание мышц стопы, боль в спине, обильное потоотделение, затруднение при открывании рта, повышение температуры. Из анамнеза выяснено, что 5 дней назад наступил на острый металлический предмет, за медпомощью не обращался, рану промыл водой и смазал края раны настойкой йода. Спустя 3 суток появились подергивания в стопе, потливость, высокая температура. Через 5 суток после травмы - затруднение при открывании рта. Объективно: состояние больного тяжелое. Пульс 108 в 1 минуту. АД-120/80 мм Hg, тоны сердца ясные, кожа влажная, бледная, температура 38,9 С. Местный статус: на подошвенной поверхности правой стопы в области III плюсневой кости рана 0,5х0,5 см, края неровные, отечные, из раны выделяется гной, вокруг раны инфильтрат 3х3 см, резкая болезненность при пальпации.
В	1	Диагноз?
Э	-	Столбняк.
В	2	В каком отделении должен лечиться данный больной?
Э	-	Показано лечение в условиях отдельной палаты интенсивной терапии с привлечением хирургов. Серотерапия. Противосудорожная терапия (феннотиозиновый ряд). Поддерживающая терапия.
В	3	Какое лечение показано данному пациенту?

Э	-	Затемненная палата. Хирургическая обработка раны. Синдромная терапия.
В	4	Какие осложнения возможны при данном заболевании?
Э	-	Остановка дыхания в связи с повреждением в системе сосудов малого круга кровообращения. (60 – 80%). Паралич сердечной деятельности.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	017
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	-	Пациент 43 лет находится на лечении по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии, осложненной абсцессом. 2 часа назад больной отметил внезапное ухудшение состояния – появились интенсивные боли в правой половине груди, затруднение дыхания. Общее состояние тяжелое. Т – 39,2 С. Цианоз кожи, слизистых оболочек. Частота дыханий 30 в 1 минуту, дыхание поверхностное. Отмечается укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания справа на уровне середины лопатки. Выше уровня укорочения перкуторного звука выслушивается шум трения плевры.
В	1	О каком осложнении следует думать в данном случае?
Э	-	Пиопневмоторакс. Легочно – плевральный свищ.
В	2	Что может явиться причиной внезапного ухудшения состояния?
Э	-	Прорыв гнойного содержимого из полости абсцесса в плевральную полость..
В	3	Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать?
Э	-	Рентгенологические. УЗИ. Плевральная пункция. Бронхоскопия. Торакоскопия. Посев экссудата. Цитологическое исследование экссудата.
В	4	Какова тактика лечения больного?
Э	-	Антибактериальная терапия. Лечебная бронхоскопия. Торакопластика.
В	5	Осложнения при данном заболевании?
Э	-	Эмпиема плевры. Легочно – плевральный свищ. Лечение сепсиса.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	018
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, 38 лет, обратился к врачу с жалобами на увеличение в объеме правой половины мошонки. Заболевание началось 1 год назад с появления опухолевидного образования у корня мошонки. Со временем образование увеличилось, спустилось в мошонку. Стали возникать боли при физической нагрузке. Общее состояние больного без особенностей. Правая половина мошонки увеличена в размерах до 12 x 8 x 6 см. Образование определяется как стоя, так и в положении лежа, в брюшную полость не вправляется. Консистенция плотноэластическая. Перкуторно - тимпанит. Наружное кольцо пахового канала слева - не расширено, справа - четко не определяется. Семенной канатик не пальпируется.
В	1	О каком осложнении следует думать в данном случае?
Э	-	Невправимая пахово-мошоночная грыжа
В	2	Классификация заболевания?
Э	-	Паховая грыжа: косая, прямая; вправимая, невправимая, ущемленная; врожденная, приобретенная; неполная, полная, скользящая.
В	3	Анатомические особенности, определяющие возникновение данного заболевания?
Э	-	Наличие пахового канала
В	4	Предрасполагающие и производящие факторы возникновения данного заболевания?
Э	-	Предрасполагающие факторы: наличие врожденных дефектов или расширение существующих в норме отверстий брюшной стенки в результате истончения и утраты эластичности тканей (при беременности, истощении и пр.), а также операционную или иную травму брюшной стенки. Производящими являются факторы, способствующие повышению внутрибрюшного давления или его резким колебаниям, например, подъем тяжестей, продолжительные запоры или затруднение мочеиспускания, роды, кашель при хронических заболеваниях легких и пр.
В	5	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
Э	-	Водянка, опухоль, воспаление яичка, киста семенного канатика
В	6	Тактика лечения?
Э	-	Оперативное лечение в плановом порядке (учитывая трудоспособный возраст)

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	019

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	-	Мужчина 25 лет на проселочной дороге сбит легковым автомобилем, получил прямой удар в область правого бедра. Почувствовал сильную боль в средней трети бедра, подняться, опереться на правую ногу не смог. Этой же машиной, лежа на заднем сиденье без иммобилизации через 30 минут был доставлен в приемное отделение районной больницы. Вы дежурный врач ЦРБ. При осмотре пострадавший бледный, слегка заторможен. АД – 100/60 мм.рт.ст., пульс – 92 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧДД – 22 в минуту. Жалуется на сильную боль в правом бедре, невозможность пользоваться конечностью. Правая нога короче левой на 8 см за счет бедра. Кожа на бедре синюшно-бледная, синюшно-багровая в средней трети, здесь мягкие ткани напряжены, имбибированы кровью. Целостность кожных покровов не нарушена. Деформация правого бедра в средней трети с углом, открытым кпереди. При перекладывании пациента отмечалась выраженная патологическая подвижность и крепитация в средней трети бедра. Пульсация подколенной, задней большеберцовой и тыльной артерии стопы справа отчетливая. Движения и чувствительность в пальцах стопы сохранена.
В	1	Предварительный диагноз?
Э	-	Закрытый неосложненный перелом правого бедра в средней трети, со смещением. Шок I.
В	2	Дополнительные методы обследования?
Э	-	Р-графия правого бедра в двух проекциях, ЭКГ, клинический и биохимический анализ крови, мочи, УЗИ сосудов правой ноги.
В	3	Клинический диагноз?
Э	-	Закрытый неосложненный поперечный перелом правого бедра в средней трети со смещением.
В	4	Лечебная тактика в ЦРБ?
Э	-	Обезболивание, наложение шины Дитерихса (как варианты – скелетное вытяжение за пяточную кость и гребень большеберцовой, шина Бёлера с «бортиками»), инфузионная терапия шока, обследование для оперативного лечения.
В	5	План лечения?
Э	-	По стабилизации больного и обследования (через 5-10 дней) в шине Дитерихса транспортировать на этап специализированной помощи (для Ярославской области – отделение изолированной травмы конечности б-цы им. Н.В. Соловьева) для оперативного лечения.
В	6	Методики оперативного лечения?
Э	-	Ретро-, антеградный остеосинтез бедра титановыми стержнями прямоугольного и поперечного сечения, блокированными

		стержнями и пластинами обеспечивает надежную фиксацию отломков кости и не требует дополнительной внешней иммобилизации (гипс, ортезы).
--	--	--

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	020
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, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодическими болями в правом подреберье, 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота, t до 38 С. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность и умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Пульс - 96 в 1 минуту. Лейкоцитоз - 12 тыс.
В	1	Предварительный диагноз?
Э	-	ЖКБ, Обострение хронического калькулезного холецистита
В	2	Этиология и патогенез данного заболевания?
Э	-	Изменение химического состава желчи, камнеобразование, вклинение камня в область шейки желчного пузыря, спазм шейки (болевой синдром), обтурация его просвета в этом месте, инфицирование пузырной желчи с переходом инфекции на стенку желчного пузыря (интоксикационный синдром), дальнейшее распространение воспаления, развитие осложнений
В	3	Классификация заболевания?
Э	-	Классификация по стадиям развития: физико-химическая, латентное бессимптомное камненосительство, клиническая. Острый и хронический холецистит. Неосложненный (катаральный, флегмонозный, гангренозный) и осложненный (эмпиема, водянка, инфильтрат, абсцесс, холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха, панкреатит, свищи и др.)
В	4	С какой патологией следует проводить дифференциальную диагностику?
Э	-	Дифференциальный диагноз: язвенная болезнь желудка и 12п. кишки, гепатит, дуоденит, аппендицит с подпеченочным расположением червеобразного отростка и аппендицит у беременных на поздних сроках, заболевание печеночного угла ободочной кишки, самостоятельный панкреатит, пилефлебит
В	5	Возможные осложнения данного заболевания?
Э	-	Перивезикулярный инфильтрат, паравезикулярный абсцесс, перфорация желчного пузыря, водянка и эмпиема желчного пузыря,

		холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит, стриктуры холедоха, панкреатит, билиодигестивные свищи, желчный перитонит
В	6	Объем обследования пациентки?
Э	-	Лабораторные общеклинические методы, УЗИ, биохимический анализ крови на билирубин и соотношение прямого и непрямого, ЭФГДС с осмотром зоны БДС.
В	7	Варианты тактики лечения при данной патологии?
Э	-	Госпитализация, консервативная терапия с последующей холецистэктомией вне острого периода заболевания, либо операция по срочным показаниям в виду неэффективности консервативного лечения и развития осложнений Консервативная терапия: Диета, инфузионная спазмолитическая терапия, обезболивающая, противовоспалительная и антибактериальная терапия При данной патологии показана холецистэктомия. Экстренное и срочное оперативное лечение показано при деструктивной стадии воспаления желчного пузыря, при развитии осложнений ЖКБ и неэффективности консервативной терапии. Благоприятные сроки выполнения плановой холецистэктомии – после стихания воспаления (через 1 месяц после выписки из стационара)

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: кейс- задания по разделам практики.

5.1.1 Кейс- задания к зачету по практике «Производственная (клиническая) практика 3»:

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	021
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 38 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, рвоту. Заболевание связывает с употреблением алкоголя. В анамнезе гиперацидный гастрит. - Объективно: Состояние средней тяжести, тревожен, отмечены микроциркуляторные нарушения. Желтухи нет. Число дыханий 18 – 20. В легких хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен, влажный. Живот равномерно вздут, дышит. При пальпации болезненность в эпигастрии, где определяется резистентность

		брюшной стенки, распространяющаяся на правое подреберье. Перкуторно: раздутая поперечно-ободочная кишка. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Желчный пузырь не пальпируется. Несколько увеличена печень. Перистальтика выслушивается, но вялая. Перитонеальных симптомов нет. Дизурических расстройств нет. Лейкоцитоз – 13 тыс. Диастаза мочи – 1024 ед. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа нет. УЗИ – желчной гипертензии нет. Желчный пузырь 8 x 2 см, стенка 0,3 см, конкрементов не содержит. Имеется увеличение поджелудочной железы, особенно в области головки и тела с размытостью контуров и жидкостью в сальниковой сумке в виде щели 2,5 x 8 см. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. ■ Больному проводилась консервативная терапия с положительной клинической и лабораторной динамикой, однако при контрольном УЗИ через 7 дней отмечено сохранение жидкостного образования в области тела поджелудочной железы 3 x 6 см.
В	1	Какой основной диагноз заболевания?
Э	-	Острый панкреатит. Асептический панкреонекроз. Оментобурсит.
В	2	■ Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить больному?
Э	-	Общий анализ крови, билирубин, печеночные пробы, амилаза, липаза, сахар крови, ПТИ, фибриноген.
В	3	■ Какие основные направления лечения основного заболевания?
Э	-	Борьба с шоком (болью), нормализация объема циркулирующей крови, и нейровегетативных функций; воздействие на местный патологический очаг; Уменьшение эндоинтоксикации; коррекция тромбгеморрагического синдрома; иммунокоррекция; нутритивная поддержка; энерготропная терапия;
В	4	■ Ваша тактика относительно образования сальниковой сумки?
Э	-	Пункция при асептическом воспалении, наружное дренирование при инфицировании.
В	5	■ Какое оперативное лечение показано больному?
Э	-	Малоинвазивное вмешательство.
В	6	Исход данного осложнения?
Э	-	Рассасывание образований кисты, инфицирование.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	022
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	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	■ Больной 40 лет обратился с жалобами на дефект кожи по медиальной поверхности нижней трети левой голени, существующий более 3 лет. При осмотре левая голень толще правой. Имеется отек в области стопы, нижней и средней третей голени. Кожа нижней трети голени блестящая, коричневого цвета, лишена волос, сухая, плотная, в складку не берется. Имеется варикозное расширение вен по передней и медиальной поверхности голени. Над медиальной лодыжкой округлый дефект кожи диаметром около 3 см, дно покрыто фибрином, некротическими тканями.
В	1	Предварительный диагноз заболевания?
Э	-	Варикозная болезнь вен левой нижней конечности, хроническая венозная недостаточность III степени, открытая венозная трофическая язва левой голени.
В	2	■ Клиническая классификация данной патологии?
Э	-	Классификация варикозной болезни (Москва, 2000г.) учитывает форму заболевания, степень ХВН и её осложнения: - Формы варикозной болезни: 1. Внутрикожный и подкожный сегментарный варикоз без патологического вено-венозного сброса (рефлюкса). 2. Сегментарный варикоз с рефлюксом по поверхностным или перфорантным венам. 3. Распространенный варикоз с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам. 4. Варикозное расширение при наличии рефлюкса по глубоким венам. - Хроническая венозная недостаточность: 0 – III степень. 0 Признаки отсутствуют I Синдром «тяжелых ног», преходящий отёк II Стойкий отёк, гипер- или гипопигментация, липодерматосклероз, экзема III Венозная трофическая язва (открытая или зажившая) - Осложнения: кровотечение, тромбоз, трофическая язва
В	3	■ Дифференциальная диагностика причин возникновения дефекта кожи?
Э	-	Дифференцировать трофические язвы при варикозной болезни, посттромбофлебитической болезни, хронической артериальной недостаточности, сахарном диабете, нейротрофических расстройствах.
В	4	■ План обследования больного?
Э	-	Функциональные пробы на клиническом этапе обследования. -Инструментальная диагностика: ультразвуковая доплерография, ультразвуковое дуплексное сканирование вен, радионуклидная флебосцинтиграфия, посев с язвы на флору и чувствительность к антибиотикам

В	5	Возможности инструментальных методов исследования?
Э	-	Ультразвуковая доплерография, как метод скрининговой диагностики признаков варикозной болезни. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование и радионуклидная флебосцинтиграфия дают исчерпывающую информацию о состоянии подкожных, глубоких и перфорантных вен.
В	6	Консервативное и оперативное лечение?
Э	-	Компрессионная терапия (эластичные бинты, компрессионный трикотаж), медикаментозное лечение (флеботоники, дезагреганты, НПВС, антибиотики, стимуляторы репаративных процессов, местное лечение). Первый этап – ликвидация рефлюкса по несостоятельным перфорантным венам (эндоскопическая субфасциальная диссекция, эндовазальная лазерная коагуляция, склерозирование). Второй этап – венэктомия, (кроссэктомия, удаление стволов подкожных вен и притоков) после восстановления трофики или заживления язвы.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	023
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	-	Женщина, 46 лет, 20 лет назад оперирована по поводу грыжи белой линии живота, 15 лет назад рецидив грыжи. В настоящее время при вертикальном положении больной отмечается выпячивание 10 x 8 см, не вправляющееся в брюшную полость. Периодически отмечает запоры. Предполагалась повторная операция, но больная отказывалась. Грыжевое выпячивание имеет тенденцию к увеличению, грыжевые ворота до 5 – 7 см в диаметре. Сегодня, ввиду ухудшения погоды и понижения атмосферного давления, появились боли в грыжевом выпячивании. Боли постоянные, усиливаются при движениях. В прошлом подобные боли имели место, особенно после физической нагрузки. Объективно: Язык влажный. Пульс 88 в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. АД – 130/80 мм.рт.ст. Тошноты, рвоты нет. Больная обратилась к Вам на прием.
В	1	Предварительный диагноз заболевания?
Э	-	Рецидивная невправимая грыжа белой линии живота. Копростаз?
В	2	Классификация заболевания?
Э	-	Вправимая, невправимая, ущемленная; осложненная, неосложненная; по локализации: пупочная, белой линии живота, спигелиевой линии, мечевидного отростка, поясничные,

		промежностные, седалищные.
В	3	■ Дополнительные методы обследования?
Э	-	Обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ
В	4	■ С чем следует проводить дифференциальную диагностику?
Э	-	Ущемление, спаечная болезнь брюшной полости, спаечная кишечная непроходимость, невраивимость
В	5	■ Варианты лечения?
Э	-	Фасциально-апоневротическая, Мышечно-апоневротическая, Мышечная Пластика с применением биологических (аллопластика) и синтетических (эксплантация) материалов (onlay, sublay, inlay), Комбинированная пластика
В	6	Возможные осложнения послеоперационного периода и их профилактика.
Э	-	Послеоперационные осложнения: дыхательная недостаточность, ранняя спаечная кишечная непроходимость, нагноение, кровотечение в рану или брюшную полость, инфильтрат, лигатурные свищи Профилактика: Оперативное лечение выполняют в плановом порядке после предоперационной подготовки, включающей профилактику возможных кардиореспираторных осложнений, связанных с одномоментным повышением внутрибрюшного давления после герниопластики. Грыжесечение дополняют разделением сращений, дефект брюшной стенки замещают различными видами ауто- или аллотрансплантатов. Наиболее часто применяют полипропиленовый сетчатый трансплантат. В зависимости от способа размещения эндопротеза различают методику герниопластики onlay (сетка подшивается на апоневроз) и sublay (трансплантат помещается под апоневроз в предбрюшинное пространство). При больших размерах грыжевых ворот показана ненатяжная пластика, когда дефект в апоневрозе замещается сетчатым трансплантатом в виде "заплаты" (методика inlay). При рецидивных грыжах в послеоперационном периоде назначаются антибактериальные препараты.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	024
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, 52 лет, обратилась к врачу с жалобами на высокую температуру тела до 39⁰С, покраснение, отек правой стопы и голени, наличие пузырей на коже правой голени. ■ Из анамнеза: год назад находилась на стационарном лечении

		по поводу идентичной патологии. ■ При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. PS – 96 в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Стул регулярный, оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное. ■ Status localis: правая голень резко отечна, с переходом на стопу, кожные покровы ярко гиперемизированы с четкими границами, имеются множественные пузыри с серозным содержимым и участки диэпителизации. ■ В области I межпальцевого промежутка правой стопы – инфицированная трещина
В	1	Клинический диагноз заболевания?
Э	-	Рожистое воспаление голени.
В	2	■ Этиопатогенез данного заболевания.
Э	-	Чаще стрептококковая инфекция. Входные ворота обычно острые травматические повреждения, либо трещины в зоне межпальцевых промежутков, возможно грибковые повреждения пальцев и ногтей.
В	3	■ Клиническая классификация данного заболевания?
Э	-	Стадии: эритематозная, булезная, гангренозная.
В	4	■ Основные принципы лечения данной патологии?
Э	-	Антибактериальная, детоксикационная терапия, местно повязки с антисептическими средствами. Специфическое лечение первичного очага инфекции.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	025
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., 45 лет строитель, обратился в поликлинику с жалобами на сильные боли в области правой кисти, усиливающиеся при движениях, отек кисти, слабость, повышение температуры тела до 39 С. Из анамнеза установлено, что несколько дней назад уколоч проволочкой проксимальную фалангу первого пальца правой кисти. ■ Через сутки появился отек, гиперемия, пульсирующие боли в области пальца, затруднения при его разгибании. Самостоятельно не лечился. Спустя 3 дня боли в кисти резко усилились, отек распространился на всю кисть, появилась слабость, головные боли, температура тела поднялась до 39 С. ■ При осмотре: Состояние больного средней тяжести, температура тела 38.8 С, пульс 100 в минуту. Правая кисть резко

		отечна, багрово- синюшного цвета. При пальпации, на ладонной поверхности резкая болезненность, особенно в проекции сухожилий сгибателей 1 и 5 пальцев. Активные движения в кисти отсутствуют, пальцы несколько приведены к ладони, при попытке их пассивного разгибания больной кричит от боли. Также имеется гиперемия, болезненность в дистальной части правого предплечья. Подмышечные ■ лимфоузлы справа увеличены и болезненны при пальпации.
В	1	Предварительный диагноз заболевания?
Э	-	Поверхностная флегмона правой кисти.
В	2	■ Тактика лечения?
Э	-	Иммобилизация. В/в введение антибиотиков по Фишману. Общая антибактериальная и детоксикационная терапия. Иммунизация. При прогрессировании оперативное вмешательство.
В	3	■ Особенности хирургического пособия при этом заболевании?
Э	-	Избежать повреждения зоны Конавелла и отводящего нерва
В	4	■ Варианты обезболивания?
Э	-	Местное, в/венное и наркоз

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	026
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	-	■ Больному 42 лет 8 дней назад выполнена резекция 2/3 желудка по поводу язвы тела желудка в модификации Бильрот I. Начиная с третьих суток послеоперационного периода появились жалобы на тяжесть в эпигастрии, тошноту, периодически возникающую рвоту, приносящую облегчение. С шестых суток рвоты участились, больной сам опорожняет желудок, искусственно вызывая рвоту. За последние сутки по постоянному желудочному зонду выделилось более 1 литра застойного содержимого. Больной худеет. Объективно: пульс 88 в минуту, артериальное давление 120/80 мм рт ст., температура 36,6 - 37,1 °С, язык влажный, живот не вздут, мягкий, болезненный в области раны, участвует в акте дыхания, перистальтика отчетливая, газы отходят. Стул был дважды.
В	1	■ О каком послеоперационном осложнении следует думать?
Э	-	Анастомозит
В	2	■ Как уточнить причину осложнения?
Э	-	ФГДС с прицельной биопсией из области гастроэнтероанастомоза,

		Рентгеногастроскопия, Проба Шварца (пассаж бария по ЖКТ)
В	3	■ Какое лечение необходимо назначить больному?
Э	-	Диета, полный спектр противоязвенной эрадикационной терапии, препараты, улучшающие моторику желудка
В	4	■ Когда возникают показания к хирургическому лечению?
Э	-	Показаниями к оперативному лечению являются: выраженный анастомозит с декомпенсированным сужением просвета гастроэнтероанастомоза, стеноз анастомоза рубцового характера, несостоятельность анастомоза, образование свищей, перфорации стенки желудка в этой области, осложненное течение язв анастомоза
В	5	Каков объем операции при данной патологии?
Э	-	Наложение дополнительного гастроэнтероанастомоза
В	6	В чем заключается профилактика данного послеоперационного осложнения?
Э	-	Профилактика заключается в предупреждении технических ошибок во время операции, продолжение противоязвенной и противоязвенной терапии в послеоперационном периоде, динамическое наблюдение посредством ЭФГДС, строгий режим питания в послеоперационном периоде (поэтапное расширение диеты, дробность принятия пищи и т.д.)

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	027
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	-	■ В приемное отделение машиной скорой помощи доставлен мужчина 52 лет с жалобами на боль за грудиной, усиливающуюся при глотании и запрокидывании головы назад, дисфагию, жажду, сухость во рту. Из анамнеза известно, что он проглотил мясную кость, которая была с техническими трудностями удалена при эзофагоскопии в амбулаторных условиях. Больной был отпущен домой, где состояние его ухудшилось и он вызвал скорую помощь. ■ При осмотре состояние больного тяжелое, отмечается бледность кожного покрова с цианотическим оттенком, одышка до 30 в минуту, холодный пот, тахикардия до 120 ударов в минуту, повышение температуры тела до 38 градусов, определяется крепитация в области шеи и верхней половине груди.
В	1	■ Ваш диагноз?
Э	-	Перфорация шейного отдела пищевода инородным телом (рыбья кость). Глубокая флегмона шеи. Гнойный медиастинит.
В	2	■ Какие методы диагностики могут быть использованы для уточнения диагноза?

Э	-	Ультразвуковое исследование тканей шеи, средостения; рентгенография грудной клетки, эзофагоскопия, компьютерная томография, спиральная КТ, пункция плевры и средостения.
В	3	■ Какова тактика лечения больного в стационаре?
Э	-	Шейная боковая и трандиафрагмальная медиастинотомия, дренирование средостения, гастростомия, мощная детоксикация, массивная антибактериальная терапия, лечение полиорганых нарушений, иммунотерапия, исключение питания через рот.
В	4	■ Оцените тактику, предпринятую при лечении больного в амбулаторных условиях.
Э	-	При технических трудностях во время эзофагоскопии, подозрении на флегмону пищевода, перфорацию его инородным телом необходима госпитализация больного, динамическое наблюдение, при необходимости – дополнительное обследование.
В	5	Виды оперативных доступов?
Э	-	Оперативные доступы к средостению: надгрудный предплевральный по Разумовскому, шейная боковая медиастинотомия, внеплевральная задняя медиастинотомия по Насилову, парастеральный доступ по Маделунгу, нижняя трансабдоминальная медиастинотомия по Савиных, торакотомный чрезплевральный доступ. Наиболее эффективный метод дренирования средостения – проточно-промывная система по Н.Н. Каншину и М.М. Абакумову.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	028
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, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 3 суток от начала заболевания с жалобами: на постоянные боли во всех отделах живота, многократную рвоту, задержку стула и неотхождение газов; на наличие в правой паховой области болезненного, опухолевидного выпячивания; на подъем t тела до 38о С. ■ Заболевания началось с появления в правой паховой области опухолевидного, болезненного выпячивания. В последующем развился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала. ■ Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД - 110/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут,

		болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется «шум плеска». Стула не было 2 дня, газы не отходят. ■ В правой паховой области определяется опухолевидное образование до 5 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна, повышена кожная t o. При пальпации образование резко болезненное, плотно-элластической консистенции, с размягчением в центре.
В	1	■ Ваш диагноз?
Э	-	Ущемленная паховая грыжа. Флегмона грыжевого мешка
В	2	■ Этиопатогенез данной патологии?
Э	-	При небольших грыжевых воротах как правило развивается эластическое ущемление в связи с внезапным повышением внутрибрюшного давления, которое сопровождается перерастяжением грыжевых ворот и проникновением в грыжевой мешок большего, чем обычно, количества органов.
В	3	■ Классификация заболевания?
Э	-	Виды ущемления: эластичное, каловое и смешанное Формы ущемления: типичное, ретроградное (грыжа Майдля) и пристеночное (грыжа Рихтера)
В	4	■ Объем обследования больной в данном случае?
Э	-	Классическая картина ущемленной грыжи как правило не требует дополнительного обследования. Для диагностики явлений кишечной непроходимости (как в данном случае) выполняется обзорная рентгенография органов брюшной полости
В	5	■ Тактика лечения данного заболевания?
Э	-	Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, рассечение ущемляющего кольца, определение жизнеспособности ущемленных органов, резекция нежизнеспособных органов, пластика грыжевых ворот. Концы ущемленной кишки лигируют и перитонизируют. Вторым этапом вскрывают грыжевой мешок, удаляют гнойный экссудат, ущемленную петлю кишки и грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот не выполняют, рану дренируют.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	029
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 М., 64 лет поступила в приемный покой

		хирургического отделения с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, обесцвеченный стул, повышение Т тела до 39 градусов, сопровождающееся ознобами. ■ Больна в течение трех недель. Заболевание началось с приступа боли в правом подреберье. На следующий день отметила потемнение цвета мочи, «как пиво». Вскоре появились желтушность склер и кожи. За медицинской помощью не обращалась. За последние 4 суток состояние ухудшилось, появилась Т тела до 39, сопровождающаяся ознобами. ■ Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс 98 в минуту, удовлетворительных качеств. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, симптом Щеткина – Блюмберга слабopоложительный.
В	1	■ О какой патологии у больной можно думать?
Э	-	ЖКБ: Острый калькулезный холецистит, осложненный холедохолитиазом, гнойным холангитом и механической желтухой
В	2	■ Лечебно-диагностическая тактика?
Э	-	После подтверждения диагноза на УЗИ выполняется эндоскопическая папиллосфинктеротомия, промывание холедоха и литэкстракция под в\в наркозом
В	3	■ Какие методы исследования необходимо выполнить дополнительно?
Э	-	УЗИ, ЭФГДС с осмотром БДС, Холедохоскопия, Холангиография
В	4	■ Имеются ли показания к оперативному лечению? Если «да», то какие? Сроки операции?
Э	-	При неэффективности консервативной инфузионной спазмолитической терапии и эндоскопических малоинвазивных методов удаления камней из желчных протоков показано оперативное лечение по срочным показаниям в виду прогрессирования желтухи и интоксикации. Показана: лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха и брюшной полости
В	5	■ Особенности ведения послеоперационного лечения?
Э	-	Начиная с 5-х суток периодически все с большим интервалом перекрывается дренаж холедоха с целью формирования нормального тока желчи в 12п.кишку. Дренаж удаляется на 8 – 10 сутки.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	030
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 У. 63 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток. ■ Заболевание развивалось постепенно, больная страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы. ■ Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс 68 в мин, язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.
В	1	■ Предварительный диагноз?
Э	-	Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, кишечная непроходимость
В	2	■ План обследования, методы верификации диагноза?
Э	-	Обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца, ФКС
В	3	■ Какие местные и общие критерии заболевания необходимо определить?
Э	-	Необходимо учитывать распространенность процесса, тип опухоли, соматическое состояние больной
В	4	■ Назовите возможные радикальные операции?
Э	-	В условиях кишечной непроходимости в данном случае показана операция Гартмана
В	5	■ Методы паллиативного лечения?
Э	-	Выведение двухствольной сигмостомы, химиотерапия

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.

Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Разработчик(и):

Заведующий кафедрой госпитальной хирургии им. Б.А. Королёва д.м.н., профессор Мухин А.С.,

доцент кафедры госпитальной хирургии им. Б.А. Королёва, к.м.н. Отдельнов Л.А.

Дата « »

2023г.