



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Хирургические болезни»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело
Квалификация	Врач по общей гигиене, по эпидемиологии
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра урологии с курсом хирургических болезней

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Р.В. Васин	канд. мед. наук, доц.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой урологии с курсом хирургических болезней
Р.В. Аристархов	к.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доц. кафедры
С.В. Леонченко	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доц. кафедры
М.Л. Ставцев	к.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	асс. кафедры
Д.А. Пузин	к.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	асс. кафедры
А.А. Натальский	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	проф. кафедры

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
С.В. Тарасенко	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав. кафедрой госпитальной хирургии
А.В. Федосеев	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав. кафедрой общей хирургии, травматологии и ортопедии

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Медико-профилактическое дело

Протокол № 12 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.

Протокол № 10 от 27.06.2023г.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме:

1. Термин "антисептика" впервые ввел: А. Земмельвейс; Б. Прингл; В. Листер
Правильный ответ – Б.
2. Комплекс мероприятий, направленный на борьбу с хирургической инфекцией называется: А. антисептикой; Б. асептикой
Правильный ответ - А.
3. Какая форма кишечной непроходимости протекает стремительно, бурно и может быстро привести к летальному исходу: А. Обтурационная; Б. Паретическая; В. Странгуляционная.
Правильный ответ – В.

Критерии оценки тестового контроля:

Для стандартизированного контроля (тестовые задания с эталоном ответа):

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Какие виды антисептики вы знаете?
2. Показания для переливания эритроцитарной массы?
3. Классификация ожогов по глубине поражения?
4. Какие осложнения острого аппендицита вы знаете?
5. Формы механической кишечной непроходимости?

Критерии оценки при собеседовании: Оценивается полнота ответа студента на поставленный вопрос.

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач:

1. У больного 44 лет во время операции по поводу язвы желудка, дополнительно, выявлена опухоль желудка, при срочном гистологическом исследовании рак – какую операцию Вы сделаете? Ответ: согласно последним клиническим рекомендациям, при выявлении рака желудка проводится гастрэктомия, объём лимфодиссекции определяется отделом желудка, а также видимыми метастазами.
2. Больная 48 лет, поступила в хирургическое отделение с приступом печёночной колики, которая у неё уже 4 по счёту, в желчном пузыре множественные конкременты и признаки воспаления стенки пузыря, Ваша тактика? Ответ: назначение консервативной терапии, включая спазмолитики, антибиотики, инфузионную терапию – динамическое наблюдение, при нарастании клинической картины – оперативное лечение; при купировании колики – оперативное лечение в плановом порядке в сроки от 2-х недель, до 2-х месяцев.
3. Во время операции по поводу узлового зоба подозрение на высококодифференцированный рак щитовидной железы, интраоперационная гистология – папиллярный рак без прорастания капсулы, какой объём операции Вы сделаете? Ответ: при высококодифференцированном раке щитовидной железы, без прорастания капсулы железы и метастазирования, возможно проведение гемитиреоидэктомии со стороны поражения, в дальнейшем динамическое наблюдение больного в течение 5-ти лет.

Критерии оценки при решении ситуационных задач: Оценивается полнота и обоснованность предполагаемых действий студента.

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы.

Примеры тем рефератов:

1. Клиническая картина и диагностика острого аппендицита.
2. Типы пластических операций при кривой и прямой паховой грыже.
3. Современные методы физической антисептики.

Критерии оценки реферата:

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует

логика изложения материала.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему недостаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Примеры тем презентаций:

1. Устройство отделений хирургического профиля стационара и операционного блока.
2. Десмургия, как наука о повязках.
3. Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки.
4. Оперативные вмешательства при язвенной болезни желудка и ДПК.

Критерии оценки презентаций:

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 4,5 семестре – зачёт, в 6 семестре – экзамен.

Зачет – результат промежуточной аттестации за 4 и 5 семестр, не являющийся завершающим изучение дисциплины «*Хирургические болезни*», оценивается как средний балл, рассчитанный как среднее арифметическое значение за все рубежные контроли семестра (учитываются только положительные результаты).

Процедура проведения и оценивания экзамена

Экзамен проводится по билетам в форме устного собеседования. Студенту достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут.

Экзаменационный билет содержит три вопроса (два теоретических и практический – ситуационная задача).

Критерии выставления оценок:

– Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

– Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

– Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

– Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций) для промежуточной аттестации

В результате изучения дисциплин происходит комплексное освоение компетенций:

Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач (ОПК-5).

Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач (ОПК-6).

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты): 1. Остеомиелит. Классификация. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

2. Заболевания щитовидной железы. Классификация. Этиопатогенез.

3. Причины желудочно-кишечных кровотечений. Тактика хирурга. Показания к операции

4. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Диагностика. Лечение

5. Диффузный токсический зоб. Методы лечения.

6. Осложнения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки

7. Рак головки поджелудочной железы. Механическая желтуха. Тактика хирурга

8. Острый гематогенный остеомиелит. Этиопатогенез. Диагностика. Лечение.

9. Заболевания щитовидной железы. Современные методы их диагностики
10. Тромбозы. Причины и профилактика.
11. Опухоли толстого кишечника. Диагностика. Тактика лечения.
12. Абсцесс легкого. Причины. Диагностика
13. Механическая желтуха. Причины. Тактика лечения
14. Облитерирующий эндартериит. Этиопатогенез. Диагностика. Лечение
15. Механическая желтуха. Причины. Методы диагностики
16. Пневмоторакс. Диагностика. Тактика ведения больного
17. Перитонит. Причины. Диагностика. Тактика ведения больного
18. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника, тактика хирурга
19. Заболевания щитовидной железы. Роль экологических факторов в этиопатогенезе
20. Гемопневмоторакс. Причины. Диагностика. Лечение
21. Язва желудка, осложненная кровотечением. Клиника. Диагностика. Тактика хирурга
22. Напряженный пневмоторакс
23. Осложнения острого аппендицита
24. Экстракорпоральные методы детоксикации
25. Острый аппендицит. Классификация, клиника, лечение
26. Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки. Диагностика. Лечение
27. Ущемленные грыжи. Виды ущемления. Клиника, диагностика, лечение
28. Панкреонекроз. Этиология. Диагностика. Лечение. Показания к операции
29. Острый аппендицит у лиц пожилого возраста. Дифференциальная диагностика
30. Нагноительные заболевания легких. Клиника. Диагностика. Лечение
31. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Современная теория этиопатогенеза. Вопросы профилактики.
32. Механическая желтуха. Этиопатогенез. Диагностика
33. Пупочные грыжи. Этиология. Клиника. Лечение
34. Закрытые травмы живота. Внутрибрюшинные кровотечения. Диагностика. Тактика хирурга
35. Грыжи белой линии живота. Этиология, клиника, лечение
36. Желчнокаменная болезнь. Показания к операции. Лапароскопическая холецистэктомия
37. Острый холецистит. Классификация. Диагностика. Тактика ведения больного
38. Узловой зоб. Классификация. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению
39. Заболевания прямой кишки. Диагностика. Лечение
40. Острый перитонит. Причины. Лечение
41. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология. Диагностика. Тактика ведения больного
42. Заболевания толстого кишечника. Клиника. Диагностика

43. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Клиника, диагностика, лечение
44. Заболевания вен нижних конечностей. Клиника. Диагностика. Лечение
45. Динамическая кишечная непроходимость. Диагностика. Лечение. Профилактика
46. Острая артериальная непроходимость нижних конечностей. Клиника. Диагностика. Степени ишемии
47. Прямые паховые грыжи. Методы оперативного лечения
48. Рак легкого. Диагностика. Объем хирургического вмешательства
49. Послеоперационные и рецидивные грыжи. Причины их возникновения. Хирургическое лечение
50. Периферический рак легкого. Первичные признаки. Объем хирургического вмешательства
51. Аппендикулярный инфильтрат. Тактика хирурга
52. Аутоиммунный тиреоидит. Диагностика, лечение, показания к операции.
53. Нарушение функции щитовидной железы. Этиопатогенез. Клиника
54. Язвенный энтероколит. Диагностика. Осложнения. Показания к операции
55. Современные методы экстракорпоральной детоксикации. Показания
56. Желчнокаменная болезнь. Клиника. Показания к хирургическому лечению
Понятие о лапароскопической холецистэктомии
57. Бедренные грыжи. Анатомо-топографические данные. Клиника. Лечение
58. Закрытые травмы брюшной полости. Диагностика. Лечение
59. Современный ингаляционный наркоз. Механизм. Стадии. Техника проведения
60. Разрыв желудка. Диагностика. Тактика хирурга
61. Острый панкреатит. Клиника, лечение, профилактика
62. Диффузный токсический зоб. Показания к хирургическому лечению. Осложнения
63. Инвагинация, как причина непроходимости. Диагностика. Тактика ведения. Лечение
64. Гангрена легкого. Диагностика. Лечение
65. Острый аппендицит. Классификация. Клиника. Лечение
66. Абсцесс и гангрена легкого. Этиология. Тактика ведения.
67. Ущемленные грыжи. Виды ущемления. Клиника, диагностика, лечение
68. Пиопневмоторакс. Причины. Хирургическое лечение
69. Острый аппендицит у детей. Диагностика. Тактика хирурга
70. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Диагностика. Лечение. Профилактика
71. Острый гнойный перитонит. Причины. Классификация
72. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Осложнения
73. Тромбофлебит и флеботромбоз. Понятие о посттромбофлебитическом синдроме. Диагностика. Лечение
74. Гемоторакс. Диагностика. Тактика ведения

75. Скользящие грыжи. Клиника. Диагностика. Лечение
76. Тромбофлебит вен нижних конечностей. Классификация. Лечение
77. Механическая кишечная непроходимость.
78. Аппендикулярный абсцесс. Диагностика. Лечение
79. Осложнения острого аппендицита. Тазовый абсцесс. Диагностика
80. Рак щитовидной железы. Классификация. Дифференциальная диагностика. Лечение
81. Грыжи брюшной полости. Этиопатогенез. Классификация. Понятие о врожденной и приобретенной паховой грыже
82. Рак легкого. Ранние признаки. Классификация
83. Острый аппендицит. Особенности клинического течения у детей, стариков и беременных женщин
84. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Клиника, диагностика. Современные методы хирургического лечения
85. Варикозное расширение поверхностных вен нижних конечностей. Лечение
86. Перитонит. Стадии течения
87. Желчнокаменная болезнь. Диагностика. Показания к операции
88. Тиреоидиты. Классификация. Лечение
89. Косые паховые грыжи. Определение, клиника, диагностика, лечение
90. Варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей. Профилактика. Причины возникновения. Хирургическое лечение. Показания к операции.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения): № 1. Во время профилактического осмотра у больной Ш., 46 лет обнаружено на бедре, ниже паховой складки, опухолевидное образование 3x4 см, овальной формы, мягко-эластичной консистенции, практически безболезненное. В положении лежа вправимо в брюшную полость.

Ваш предположительный диагноз и рекомендации?

№ 2. Во время операции по поводу узлового зоба, срочное гистологическое исследование показало, что у больной 42 лет обнаружен фолликулярный рак. Размер опухоли до 2 см, опухоль не прорастает капсулу железы. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Какой объем операции целесообразно выполнить?

№ 3. В хирургическое отделение в экстренном порядке поступил больной К., 36 лет с ущемленной пахово-мошоночной грыжей. Давность ущемления около 2 часов. При осмотре больного в приемном отделении грыжа вправилась.

Ваша дальнейшая тактика?

№ 4. К Вам обратился пациент Ч., 36 лет с паховой грыжей с целью получить консультацию по возможным современным способам лечения данной патологии.

Какие рекомендации Вы можете дать больному?

№ 5. У больной Р., 40 лет во время субтотальной резекции доли щитовидной железы по поводу узлового зоба, при срочном гистологическом исследовании, выявлен папиллярный рак с опухолью менее 2 см, не прорастающей капсулу железы. Следует ли изменить ли объем операции? Какие дополнительные методы диагностики следовало применить до операции. Правильно ли выбран изначально объем операции?

№ 6. У больного И., 36 лет, который находится в хирургическом отделении по поводу аппендикулярного инфильтрата, на 6-е сутки появился озноб, подъем температуры до

38,5° и боли в правой подвздошной области. Образование в правой подвздошной области увеличилось и стало более болезненным. Количество лейкоцитов в крови увеличилось до $19,0 \times 10^9/\text{л}$.

О каком осложнении можно думать? В чем состоит лечебно-диагностическая тактика?

№ 7. У больного Т., 28 лет 4 часа назад внезапно появились острые «кинжальные» боли в эпигастрии, позже локализовавшиеся в правой подвздошной области. С направительным диагнозом "острый аппендицит" поступил в хирургический стационар. Состояние больного средней тяжести, боли в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Отчетливо выражены симптомы раздражения брюшины там же. Пульс 65 уд/мин. Температура 37,8°. Количество лейкоцитов в крови $16,0 \times 10^9/\text{л}$. Выполнена лапаротомия по Волковичу-Дьяконову с диагнозом "деструктивный аппендицит". При вскрытии брюшной полости выявлен мутноватый выпот с примесью кусочков пищи.

Ваш диагноз? Какие дополнительные методы диагностики не использованы до операции? В чем заключалась ошибка хирурга? Дальнейшая тактика?

№ 8. Больная М., 64 лет, страдает желчно-каменной болезнью более 10 лет. В анамнезе сахарный диабет, ожирение 3 степени. 3-4 раза в год бывают приступы болей в правом подреберье. Операцию предлагали, но больная отказывалась.

Поступила в очередной раз на 4 день с болями в правом подреберье. Состояние средней тяжести. Отмечается тахикардия, АД 100/70 мм.рт.ст. Язык сухой, живот несколько вздут. Отмечается напряжение мышц в правой половине живота, более выражено в правом подреберье. Количество лейкоцитов $18,0 \times 10^9/\text{л}$. Диастаза мочи 128 ед.

Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

№ 9. Больной П., 55 лет поступил в клинику с картиной «острого живота». Страдает болями в эпигастрии, особенно после нарушения диеты, не первый год. Диагноз неясен. Проведенная внутривенная инфузия отчетливо не улучшила состояния больного. Диастаза в пределах нормы, в крови умеренный лейкоцитоз. Учитывая картину "острого живота" решено больного оперировать. В брюшной полости выявлено большое количество геморрагической жидкости. На брюшине пятна жирового некроза. Желчный пузырь напряжен.

Какова методика исследования брюшной полости? Ваш предположительный диагноз? Какова дальнейшая лечебная тактика?

№ 10. В хирургическое отделение поступил больной И., 40 лет с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. В анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. Общее состояние средней тяжести. Пульс 110 уд/мин., ритмичный, достаточного наполнения, АД 110/70 мм. рт.ст. Признаков явно продолжавшегося кровотечения нет. На ФГС - язва передней стенки 12-перстной кишки (Forrest IIb). Начата активная консервативная терапия. Настоящее кровотечение третье.

Ваша дальнейшая лечебная тактика? Классификация язвенных источников кровотечений по Forrest.

№ 11. У больной В., 32 лет при профилактическом осмотре в верхне-наружном квадранте левой молочной железы выявлено опухолевидное образование диаметром 2-3 см, плотное, бугристое, безболезненное, с достаточно четкими контурами. Регионарные узлы не пальпируются.

Ваш предположительный диагноз и дальнейшая лечебно-диагностическая тактика?

№ 12. Больной Н., 43 лет жалуется на боли в области шеи при глотании, повышенную температуру. В анамнезе 2 недели назад перенес ОРВИ.

Полость рта, зева - без особенностей, миндалины не увеличены. По передней поверхности шеи, в проекции щитовидной железы, пальпируется болезненное образование. При УЗИ щитовидной железы отмечается ее пониженная эхогенность.

Ваш предположительный диагноз и тактика лечения?

№ 13. При профилактическом осмотре у больной О., 25 лет выявлено умеренно выраженное расширение поверхностных вен правой нижней конечности по

магистральному типу. Больна в течение 5 лет. В последнее время появились боли по ходу расширенных вен, отеки стоп и голеней к вечеру. Ваши рекомендации больной?

№ 14. Больной П., 70 лет. Беспокоит мучительный кашель с прожилками крови в мокроте, одышка. Курит 1,5 пачки сигарет в день. Госпитализирован. На обзорной рентгенограмме выявлен ателектаз верхней доли правого легкого. Отмечается расширение тени в средостения.

О какой патологии можно подумать? Какие современные дополнительные методы исследования целесообразны для уточнения диагноза и выбора тактики лечения?

№ 15. В хирургическое отделение поступила больная Т., 68 лет с клиникой острой кишечной непроходимости, картиной перитонита. Состояние тяжелое. После предоперационной подготовки больную решено оперировать. На операции в брюшной полости выявлена геморрагическая жидкость и опухоль сигмовидной кишки полностью обтурирующая ее просвет. Приводящие отделы кишечника значительно расширены. Метастазы не обнаружены.

Ваш предположительный диагноз и дальнейшие действия хирурга? Расскажите о способах декомпрессии кишечника.

№ 16. Больной Л., 36 лет поступил из психиатрической больницы. За 5-6 часов до поступления проглотил металлические предметы (чайную ложку, кроватные крючки).

Ваши дальнейшие действия?

№ 17. У больного 42 лет на операции по поводу кривой паховой грыжи через 12 часов после ущемления при вскрытии напряженного грыжевого мешка выделилась геморрагическая жидкость с неприятным запахом. После рассечения ущемляющего кольца выделены две жизнеспособные петли кишки. Ревизии близлежащих петель кишечника не проводилось. Операция закончена пластикой пахового канала. Почти через сутки после операции у больного развилась клиника разлитого перитонита.

Какова причина появления перитонита? В чем ошибка хирурга?

№ 18. Больной М., 18 лет 3 дня назад преднамеренно проглотил часть гитарной струны. В хирургическое отделение поступил в связи с появившимися болями в животе.

Ваши дальнейшие действия?

№ 19. При пункционно-цитологическом исследовании узла щитовидной железы получен коллоид. При УЗИ - узел анэхогенный до 2 см в диаметре.

Диагноз и дальнейшая тактика лечения?

№ 20. Больная Р., 54 лет в течение длительного времени страдает диффузным токсическим зобом. После отмены мерказолила наступает рецидив заболевания.

Какой совет надо дать больной относительно дальнейшего лечения?

№ 21. Больная К., поступила на 4 день от начала заболевания с жалобами на небольшие боли в правой подвздошной области, которые ранее были в области эпигастрия. Лечилась самостоятельно от "отравления желудка". Общее состояние удовлетворительное, пульс 90 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Язык обложен белым налетом. Симптомов раздражения брюшины нет. Температура 37,8°. Лейкоцитов в крови 13,0 x 10⁹/л. В правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование 8x8 см, плотно-эластической консистенции, малоподвижное и малоболезненное, прилежит к гребню подвздошной кости.

О каком заболевании предположительно можно думать и ваша дальнейшая лечебная тактика?

№ 22. Во время операции по поводу многоузлового зоба, при срочном гистологическом исследовании ткани щитовидной железы, обнаружена сплошная лимфоидная ее инфильтрация, нормальной ткани железы практически нет (не более 10%).

Ваш диагноз и дальнейшие действия хирурга?

№ 23. Больной Ч., 35 лет поступил в хирургическое отделение из психиатрической больницы. Четыре дня назад проглотил три кроватных крючка и ложку. При динамическом клинико-рентгенологическом наблюдении из четырех металлических

предметов один остается в желудке и не продвигается в течение пяти дней наблюдения. Симптомов раздражения брюшины и кишечной непроходимости нет.

Ваша тактика?

№ 24. Вы оперируете молодую женщину по поводу острого аппендицита. На операции выявлен разрыв кисты яичника. Червеобразный отросток слегка гиперемирован, отмечается инъеция сосудов (вторично измененный отросток).

Целесообразна ли аппендэктомия?

№ 25. Больной П., 28 лет оперирован через сутки от начала заболевания по поводу перфоративного аппендицита, диффузного перитонита. Брюшная полость не дренировалась. На 5 сутки после операции появились жалобы на болезненность в конце акта мочеиспускания, частые ложные позывы на дефекацию. Пульс 100 уд/мин, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, мягкий, слегка болезненный в нижних отделах, перистальтика выслушивается. Подмышечная температура 37,4°, в прямой кишке 38,5°. При ректальном исследовании - болезненность и нависание передней стенки прямой кишки.

О каком осложнении можно думать? Ваша дальнейшая лечебная тактика? Какую ошибку допустил хирург во время операции?

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на

уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности): № 1. Больная Н., 64 г. жалуется на наличие "опухоли" (3x4см) по средней линии живота в надпупочной области. Образование появилось спустя год после лапароскопической холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита. Имеется тенденция к увеличению размеров образования. В лежачем положении выпячивание «уходит» в брюшную полость.

Ваш предполагаемый диагноз и рекомендации? Почему "выпячивание" исчезает в горизонтальном положении больной?

№ 2. Во время операции по поводу паховой грыжи у больного 18 лет после вскрытия грыжевого мешка, кроме его обычного содержимого (кишка, прядь большого сальника), находится яичко.

О каком виде паховой грыжи можно думать? Каковы особенности операции в данном случае?

№ 3. Во время плановой операции по поводу паховой грыжи после вскрытия грыжевого мешка в нем оказался не измененный червеобразный отросток.

Нужна ли аппендэктомия?

№ 4. У одного из допризывников в военкомате при осмотре хирурга выявлено выраженное варикозное расширение вен левого семенного канатика.

Ваша тактика? Целесообразна ли операция, если да, то почему?

№ 5. Во время работы у сапожника сорвался нож, и он ударил себя в нижнюю треть бедра с внутренней стороны. Появилось выраженное артериальное кровотечение.

Какие виды остановки артериальных кровотечений конечностей Вы знаете? Назовите наиболее подходящие и быстрые приемы до приезда скорой помощи?

№ 6. У больного Щ., 56 лет на операции выявлен рак антрального отдела желудка без видимых и пальпируемых метастазов. Опухоль подвижна.

Какую операцию Вы сделаете больному?

№ 7. У больного К., 54 лет диагностирован и клинически подтвержден хронический абсцесс верхней доли правого легкого. Выраженных изменений со стороны других органов не выявлено.

Какое лечение следует предложить больному в данном случае?

№ 8. В хирургическое отделение поступила больная Н., 66 лет через 12 часов от начала заболевания с клиникой острой кишечной непроходимости, перитонита.

При вскрытии брюшной полости обнаружена умеренное количество геморрагической жидкости и опухоль сигмовидной кишки, практически полностью обтурирующая ее просвет. Вышележащие отделы кишечника значительно расширены. Видимых метастазов не обнаружено.

Какова дальнейшая тактика хирурга?

№ 9. Больному Б., 38 лет, находящемуся в клинике по поводу острого тромбоза поверхностных вен левой голени, длительное время проводилось лечение антикоагулянтами прямого и непрямого действия.

По каким клиническим признакам и анализам можно заподозрить передозировку антикоагулянтов? Какие меры следует при этом принять?

№ 10. У больной К., 48 лет обнаружен плотный узел размерами 3x4 см в нижнем полюсе левой доли щитовидной железы. Шейные лимфатические узлы пальпаторно не увеличены. Пульс 70 уд/мин.

О каком заболевании можно думать? Какие исследования необходимо сделать для уточнения диагноза и возможного объема операции?

№ 11. Больная Б., 36 лет оперирована 7 дней назад по поводу деструктивного аппендицита, диффузного перитонита под комбинированной анестезией.

Стала отмечать вечерний озноб, боли в правой половине грудной клетки, усиливающихся на вздохе. Пульс 100 уд/мин, ритмичный, температура вечером 38,8°. При аускультации легких хрипов не обнаружено, но дыхание учащено до 22 уд/мин. Язык влажный. Живот мягкий. Отмечается легкая болезненность в области правого подреберья и в межреберных промежутках справа.

При рентгеноскопии и рентгенографии легочной ткани отчетливых изменений не выявлено. Найден выпот в правом синусе, высокое стояние правого купола диафрагмы, ограничение его подвижности. Лейкоцитоз в крови $24,0 \times 10^9/\text{л}$.

О каком осложнении острого деструктивного аппендицита можно думать? Какие нужны дополнительные методы исследования? Ваша дальнейшая лечебная тактика?

№ 12. Больная 66 лет поступила в хирургическое отделение на 2 день заболевания. Два дня назад нарушила диету (съела жирную, жареную пищу, солености).

Уже через сутки появились боли в области правого подреберья, была однократная рвота желчью. Подобные приступы после нарушения диеты уже 3-й или 4-й раз за последний год. УЗИ желчного пузыря в прошлом выявило наличие конкрементов в желчном пузыре.

Ваш диагноз и последующая тактика лечения?

№ 13. Больная Л., 65 лет поступила с картиной острого деструктивного холецистита и местного перитонита. Больна 3-е суток. Начата консервативная терапия, как мера подготовки к возможной операции.

Через 3 часа после поступления у больной появились резкие боли в животе, холодный пот, тахикардия. Живот напряжен, болезненный, практически во всех отделах. Отмечаются выраженные симптомы раздражения брюшины.

Какое осложнение наступило у больной и какова дальнейшая лечебная тактика хирурга?

№ 14. В хирургическое отделение поступила больная Н., 59 лет. После погрешностей в диете появились сильные опоясывающие боли в эпигастрии, многократная рвота, не облегчающая состояния больной. Доставлена через 4-5 час. после начала заболевания. Общее состояние средней тяжести. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот вздут, болезненный в эпигастрии. Пульсация на брюшной аорте (с-м Воскресенского) не определяется.

Пульс 110 уд/мин., ритмичный, АД в норме. Температура 38,2°, лейкоцитоз $13,0 \times 10^9/\text{л}$. Диастаза мочи 1024 ед.

Ваш предположительный диагноз? Дальнейшая лечебная тактика?

№ 15. В хирургическое отделение через 2 часа от начала заболевания доставлен больной 28 лет с прободной язвой желудка. Ранее считал себя здоровым. На операции - на

передней стенке в препилорическом отделе обнаружено перфорационное отверстие 0,4x0,5 см с мягкими краями округлой формы. Местный перитонит не выражен.

Какой объем операции Вы изберете? (обосновать). Какие рекомендации дадите больному на ближайший послеоперационный период?

№ 16. В приемное отделение доставили женщину 30 лет, у которой внезапно появилась сильная боль в правой подвздошной области, слабость, головокружение с кратковременной потерей сознания. Спустя некоторое время боль стала отдавать в правую ключицу. Больная в сознании, бледная. Пульс 120 уд/мин., АД 100/60 мм рт.ст., температура тела в норме. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, слегка болезненный в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. Дизурии нет.

Ваш предполагаемый диагноз и возможная лечебно-диагностическая тактика?

№ 17. Больная А., 25 лет поступила в хирургическое отделение на 4 день от момента начала заболевания. Анамнез и клиника во время осмотра не вызывает сомнений, что у больной острый аппендицит. В правой подвздошной области пальпируется плотное, практически неподвижное, образование размерами 10x12 см., прилегающее к гребешку подвздошной кости, болезненное при пальпации. Общее состояние удовлетворительное. Перитонеальных симптомов нет.

Ваш диагноз и тактика лечения больной?

№ 18. Больной П., 42 лет, длительно страдающий язвенной болезнью желудка, отметил, что в последние 2 дня боли в области эпигастрия стали менее интенсивными. Появилась слабость, головокружение. Утром, при попытке встать с постели, на несколько секунд потерял сознание. При обращении в хирургическое отделение больной в сознании, бледный. Пульс 120 уд/мин, АД 100/50 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот не вздут, мягкий. В эпигастрии небольшая болезненность. Симптомы раздражения брюшины нет. Стула за последние сутки не было.

Какое осложнение язвенной болезни наступило у больного? Ваша дальнейшая тактика?

№ 19. У больного 45 лет появилась кровавая рвота, которая за последние 2-3 года появлялась трижды. В анамнезе болезнь Боткина. При осмотре больной бледный, пульс 110 уд/мин., АД 100/60 мм рт.ст. На брюшной стенке отмечается выраженная венозная сеть. Спленомегалия. Плотный закругленный край печени выступает на 2-3 см из-под реберной дуги.

Ваш предполагаемый диагноз? Почему и откуда у больного кровотечение? Какова должна быть экстренная помощь больному?

№ 20. У больного Р., 40 лет 1,5 часа назад возникла острая боль в животе, слабость и холодный пот. Отмечает тошноту, рвоты не было. Утром был нормальный стул. Язык сухой, обложен белым налетом. Отмечается брадикардия - 60 уд/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот в акте дыхания не участвует, напряжен. Отмечаются симптомы раздражения брюшины. Печеночная тупость не определяется.

Ваш предположительный диагноз? Дальнейшая тактика ведения больного?

№ 21. Больную Т., 76 лет оперировали по поводу деструктивного холецистита. Произведена холецистэктомия. Послеоперационный период протекал гладко. Несколько беспокоила дренажная трубка в пузырном протоке и небольшое истечение желчи.

В какие сроки удаляется дренажная трубка? Какую манипуляцию необходимо сделать перед ее удалением? Какие советы дадите больной на ближайший послеоперационный период?

№ 22. У больной, оперированной по поводу диффузного токсического зоба, тиреотоксикоза тяжелой степени, через 6 часов после операции появилось возбуждение, тахикардия до 140 уд./мин, гипертермия до 41 градуса. О каком осложнении можно думать? Ваша лечебная тактика?

№ 23. У больного С., 50 лет правосторонняя пахово-мошоночная грыжа. Сутки назад грыжа ущемилась. Больной пробовал (безуспешно) вправить грыжу, после чего вызвал

бригаду СМП. При осмотре врач вправил грыжу в брюшную полость. Больной почувствовал себя значительно легче, боль исчезла, и врач не стал настаивать на госпитализации. Через 5 часов другая бригада СМП доставила больного в стационар с явлениями перитонита.

Можно ли вправлять ущемленную грыжу? В чем ошибка врача первой бригады СМП?

№ 24. Больная А., 56 лет поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке по поводу перитонита неясной этиологии. При вскрытии брюшной полости диагностирован деструктивный панкреатит.

По каким интраоперационным признакам поставлен диагноз?

№ 25. Больной Ф., 36 лет поступил в хирургическое отделение по поводу прободной язвы 12-перстной кишки через 12 часов от момента начала заболевания. При ревизии органов брюшной полости во время операции перфоративное отверстие значительных размеров. Края его плотные. Выявлен разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

Какой вид операции целесообразен больному?