

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
Высшего образования  
«Самарский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра хирургических болезней №1

СОГЛАСОВАНО

Проректор по учебно –  
методической работе и связи с  
общественностью  
профессор Т.А. Федорина

«15» 10 2016 г.

УТВЕРЖДАЮ

Председатель ЦКМС

Первый проректор - проректор по  
научно-исследовательской и социальной  
работе профессор Ю.В. Жуков



«19» 09 2016 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА  
ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Б.1.Б.42

Рекомендуется для направления подготовки

«Педиатрия» 31.05.02

Уровень высшего образования *Специалитет*

*Квалификация (степень) выпускника Врач-педиатр общей практики.*

Факультет педиатрический

Форма обучения очная

СОГЛАСОВАНО

Декан педиатрического  
факультета, профессор  
И.В. Макаров

«10» сентября 2016 г.

СОГЛАСОВАНО

Председатель  
методической комиссии по  
педиатрии, профессор Е.С.  
Гасилина

«10 сентября 2016 г.

Программа рассмотрена и  
одобрена на заседании  
кафедры протокол №  
33/129 от 10 июля 2016 г.  
Заведующий кафедрой,  
профессор И.В. Макаров  
«10 сентября 2016 г.

Самара 2016

Рабочая программа разработана и составлена в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.05.02 Педиатрия, утверждённым приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 853 от 17 августа 2015 г.

**Составители рабочей программы:**

И.В. Макаров, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой;

Р.А.Галкин, д.м.н., профессор кафедры;

А.Ю. Сидоров, к.м.н., доцент кафедры;

В.Я. Шибанов, к.м.н., доцент кафедры.

**Рецензенты:**

Заведующий кафедрой  
хирургических болезней с курсом урологии  
ГБОУ ВПО «Рязанский государственный  
медицинский университет» им. акад. И.П. Павлова  
Минздрава России,  
д.м.н., профессор

В.Г. Аристархов

Заведующий кафедрой Факультетской хирургии с курсами  
топографической анатомии и оперативной хирургии,  
урологии и детской хирургии Федерального  
государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Национальный исследовательский Мордовский  
государственный университет им. Н.П. Огарева»,  
медицинский институт  
д.м.н., профессор

А.П. Власов

Профессор кафедры общей хирургии  
им. А.И. Кожевникова  
ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России  
д.м.н.

А.В. Меньков

## 1. Цели и задачи освоения дисциплины

**Цель** освоения дисциплины «госпитальная хирургия» студентами педиатрического факультета является приобретение ими знаний и умений использования современных методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики острых и хронических хирургических заболеваний, особенностей их клинического проявления в зависимости от возраста и физиологического состояния больных, особенностей профилактики консервативного и оперативного лечения, а также реабилитации больных в рамках обязанностей врача общей практики.

При этом задачами изучения дисциплины являются:

- обучение студентов умению выявлять у больных основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах;
- формирование профессиональных навыков обследования больного с применением современных методов исследования для выявления симптомов и синдромов основных заболеваний и травм органов грудной и брюшной полостей, чтению и анализу гормонального, иммунологического и микробиологического исследования крови, цитологического исследования мокроты;
- обучению использованию алгоритма в дифференциальной диагностике заболевания, постановки окончательного диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ;
- выполнению основных диагностических и лечебных мероприятий при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях, способных вызывать тяжелые осложнения и летальный исход: заболевания нервной, эндокринной, иммунной сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой системы и крови;
- обучение студентов своевременному выявлению жизненно опасных нарушений (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), использованию методики их немедленного устранения, осуществлению противошоковых мероприятий;
- ведению больных в послеоперационном периоде, основным этапам реабилитации;
- обучение студентов работе в качестве помощника врача в хирургических стационарах выполнять типовые диагностические и лечебные процедуры;
- обучение студентов использованию нормативной документации, принятой в здравоохранении РФ ( законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминология международной системы единиц(СИ), действующие международные классификации).

**Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций:**

Коды формируемых компетенций	Части компетенции
ПК-№ ОПК8	<b>Профессиональные компетенции</b> Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ, и их комбинаций при решении профессиональных задач
ПК 6	а). Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней;

	б). Способность к определению у пациентов проблем, связанных со здоровьем – X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.
<b>ПК8</b>	Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами
<b>ПК 10</b>	Готовность к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.
<b>ПК 21</b>	Способность к участию в проведении научных исследований.

### **В результате изучения дисциплины студент должен**

#### ***Знать:***

- этиологию, патогенез, диагностику, показания для госпитализации при лечении основных острых и хронических хирургических заболеваний;
- современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных хирургического профиля;
- особенности оказания медицинской помощи при неотложных состояниях и методы проведения неотложных мероприятий;
- особенности проведения научных медицинских исследований;
- клинические проявления основных симптомов и синдромов, требующих хирургического лечения;
- виды, способы и методы профилактики, консервативного и оперативного лечения различных острых и хронических хирургических заболеваний;
- ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в хирургических отделениях и кабинетах лечебно-профилактических учреждений;

#### ***Уметь:***

- интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз;
- провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.), направить его на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам;
- разработать план лечения с учетом течения болезни, в том числе с определением показаний к оперативному лечению, определением различных способов и методик хирургических вмешательств, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
- собрать полный медицинский анамнез пациента, провести опрос больного, его родственников (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию);
- выявлять жизнеопасные нарушения и оказывать при неотложных состояниях первую помощь пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях;
- проводить с больными и их родственниками профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды; пропагандировать здоровый образ жизни;

- использовать полученные теоретические знания при оказании скорой и неотложной помощи хирургическим больным;

***Владеть:***

- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и других методов диагностики у пациентов разного возраста;
- алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным;
- методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях;
- алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам и при необходимости планом дальнейшего обследования;
- алгоритмом выполнения основных лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи пострадавшим при неотложных и угрожающих жизни состояниях.
- методами диагностики острой хирургической патологии на догоспитальном этапе, в том числе диагностикой ранений, повреждений, раневой инфекции, травматического шока, массивной кровопотери;

**2. Место дисциплины в структуре образовательной программы**

Дисциплина «Госпитальная хирургия» **Б.1. Б.42.** реализуется в рамках базовой части Блока 1 «Дисциплины (модули)».

Предшествующими, на которых непосредственно базируется дисциплина «Госпитальная хирургия», являются анатомия, нормальная физиология, гистология, эмбриология, цитология, общая хирургия, факультетская хирургия прохождением производственной практики в качестве помощника палатной медицинской сестры. Параллельно изучаются: медицинская реабилитация, неврология, медицинская генетика, факультетская педиатрия, общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения, госпитальная терапия, акушерство и гинекология, детская хирургия, офтальмология, детская эндокринология, поликлиническая и неотложная педиатрия.

Дисциплина «Госпитальная хирургия» является основополагающей для изучения следующих дисциплин: онкологии и травматологии.

Освоение компетенций в процессе изучения дисциплины способствует формированию знаний, умений и навыков позволяющих осуществлять эффективную работу по следующим видам профессиональной деятельности: медицинская и организационно-управленческая.

**3. Объём дисциплины и виды учебной работы:**

Общая трудоёмкость дисциплины составляет 3 зачётные единицы.

Вид учебной работы	Всего часов / зачётных единиц	Объём по семестрам	
		8	9
<b>Аудиторные занятия (всего)</b>	72	36	36
В том числе:			
Лекции	21	10	11
Практические занятия (ПЗ)	51	26	25
<b>Самостоятельная работа (всего)</b>	36	18	18
<i>Написание истории болезни,</i>	18	9	9

<i>подготовка к практическому занятию</i>	18	9	9
Вид промежуточной аттестации ( <b>Зачет</b> )	Зачет		Зачет
<b>Общая трудоёмкость:</b>			
Часов	<b>108</b>	<b>54</b>	<b>54</b>
Зачётных единиц	<b>3</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>

**4. Содержание дисциплины, структурированное по разделам (темам) с указанием количества часов и видов занятий:**

**4.1. Содержание разделов дисциплины**

№ раздела	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела	Коды компетенций
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1	Абдоминальная хирургия	Ошибки в диагностике и лечении аппендицита Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний желчевыводящих путей. Механическая желтуха Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний желудка, ДПК и поджелудочной железы. Дифференциальная диагностика перитонитов. Заболевания тонкой и толстой кишок Спаечная болезнь. Острая инвагинационная и мезентериальная кишечная непроходимость.	ОПК 8; ПК 6; ПК8; ПК 10; ПК 21;
2	Хирургия повреждений	Открытые и закрытые повреждения живота Открытые и закрытые повреждения груди	ОПК 8; ПК 6; ПК8; ПК 10; ПК 21;
3	Хирургия гипертензий	Симптоматическая артериальная гипертензия. Портальная гипертензия (синдром ПГ)	ОПК 8; ПК 6; ПК8; ПК 10; ПК 21;

**4.2 . Разделы дисциплины и трудоемкость по видам учебных занятий**

№ раздела	Наименование раздела дисциплины	Виды учебной работы			Всего Час.
		аудиторная		внеаудиторная	
		Лекц.	Практ. Зан.	СРС	
1	Абдоминальная хирургия	13	30	22	65
2	Хирургия повреждений	4	10	7	21
3	Хирургия гипертензий	4	11	7	22
<b>Всего:</b>		<b>21</b>	<b>51</b>	<b>36</b>	<b>108</b>

## 5. Тематический план лекций

№ раздела	Раздел дисциплины	Тематика лекций	Трудоёмкость (час.)
1	Абдоминальная хирургия	<i>Л1. Ошибки в диагностике и лечении аппендицита</i>	2
		<i>Л2. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний желчевыводящих путей. Механическая желтуха</i>	2
		<i>Л3. Дифференциальная диагностика желудочно-кишечных кровотечений.</i>	2
		<i>Л4. Дифференциальная диагностика перитонитов.</i>	2
		<i>Л5. Спаечная болезнь. Острая инвагинационная и мезентериальная кишечная непроходимость.</i>	2,5
		<i>Л6. Заболевания тонкой и толстой кишок</i>	2,5
2	Хирургия повреждений	<i>Л7. Открытые и закрытые повреждения живота</i>	2
		<i>Л8. Открытые и закрытые повреждения груди</i>	2
3	Хирургия гипертензий	<i>Л9. Симптоматическая артериальная гипертензия.</i>	2
		<i>Л10. Портальная гипертензия (синдром ПГ)</i>	2
<b>ВСЕГО:</b>			<b>21</b>

## 6. Тематический план практических занятий

№ раздела	Раздел дисциплины	Тематика практических занятий	Формы контроля		Трудоёмкость (час.)
			Текущего	Рубежного	
1	Абдоминальная хирургия	<i>ПЗ1. Ошибки в диагностике и лечении аппендицита</i>	Опрос, тестирование решение ситуационных задач		5
		<i>ПЗ2. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний желчевыводящих путей. Механическая желтуха</i>	Опрос, тестирование решение ситуационных задач		5
		<i>ПЗ3. Дифференциальная диагностика желудочно-кишечных кровотечений.</i>	Опрос, тестирование решение ситуационных задач		5

		<i>ПЗ4. Дифференциальная диагностика перитонитов.</i>	Опрос, тестирование решение ситуационных задач		5
		<i>ПЗ5. Заболевания тонкой и толстой кишок</i>	Опрос, тестирование решение ситуационных задач		5
		<i>ПЗ6. Спаечная болезнь. Острая инвагинационная и мезентериальная кишечная непроходимость.</i>	Опрос, тестирование	Решение ситуационных задач, проверка практических навыков,	5
2	Хирургия повреждений	<i>ПЗ7. Открытые и закрытые повреждения живота</i>	Опрос, тестирование решение ситуационных задач		5
		<i>ПЗ8. Открытые и закрытые повреждения груди</i>	Опрос, тестирование	Решение ситуационных задач, проверка практических навыков,	5
3	Хирургия гипертензий	<i>ПЗ9. Симптоматические артериальные гипертензии.</i>	Опрос, тестирование решение ситуационных задач		4
		<i>ПЗ10. Портальная гипертензия (синдром ПГ).</i>	Опрос, тестирование	Решение ситуационных задач, проверка практических навыков,	4
		<i>ПЗ -11. Итоговое занятие (зачет)</i>			3
<b>ВСЕГО:</b>					<b>51</b>

**7. Лабораторный практикум – не предусмотрен**

**8. Учебно-методическое обеспечение для самостоятельной работы обучающегося**



### 8.1. Содержание самостоятельной работы

№ раздела	Раздел дисциплины	Наименование работ	Трудоёмкость (час.)
1	Абдоминальная хирургия	<i>Подготовка к практическому занятию:</i> работа с конспектом лекции, текстами учебников, учебных пособий, справочниками, материалами интернет-ресурсов, подготовка ответов на контрольные вопросы, написание истории болезни.	22
2	Хирургия повреждений	<i>Подготовка к практическому занятию:</i> работа с конспектом лекции, текстами учебников, учебных пособий, справочниками, материалами интернет-ресурсов, подготовка ответов на контрольные вопросы, написание истории болезни.	7
3	Хирургия гипертензий	<i>Подготовка к практическому занятию:</i> работа с конспектом лекции, текстами учебников, учебных пособий, справочниками, материалами интернет-ресурсов, подготовка ответов на контрольные вопросы, написание истории болезни.	7
<b>ВСЕГО:</b>			<b>36</b>

### 8.2. Тематика курсовых проектов (работ) и/или реферативных работ – не предусмотрено.

### 8.3. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.

Данный раздел рабочей программы разрабатывается в качестве самостоятельного документа «Методические рекомендации для студента» в составе УМКД

## 9. Ресурсное обеспечение

### 9.1. Основная литература.

№ п/п	Наименование	Авторы	Год, Место издания	Кол-во экземпляров	
				В библиотеке	На кафедре
1	2	3	4	5	6
1	Хирургические болезни в 2 томах	Под редакцией академика РАМН В.С. Савельева	ГЭОТАР Медиа, Москва, 2008 г.	100	5
2.	Хирургические болезни: учебник + CD.	Под редакцией академика РАМН А.Ф. Черноусова	Москва, 2010 г.	100	2
3.	Хирургические болезни.	Под редакцией академика РАМН М.И. Кузина	Москва. Медицина 2011 г.	100	100

## 9.2. Дополнительная литература.

№ п/п	Наименование	Авторы	Год, Место издания	Кол-во экземпляров	
				В библиотеке	На кафедре
1	2	3	4	5	6
1.	Обследование хирургического больного	Макаров И.В. и др.	Самара 2013	10	200
2.	Ошибки в хирургической практике и их предупреждение	Галкин Р.А., Лещенко И.Г.	ГЭОТАР Медиа, Москва, 2013 г.	10	100
3.	Гиперпаратиреоз	Макаров И.В.	ГЭОТАР Медиа, Москва, 2014 г.	10	100
4.	Практические навыки	Макаров И.В. и др.	Самара 2013	10	100

## 9.3. Программное обеспечение:

Операционные системы Windows XP, Windows Vista Home;

## 9.4. Ресурсы информационно-телекоммуникативной сети «Интернет»:

Каталог медицинских ресурсов русскоязычной сети МЕДИЦИНА 2000:

<http://www.med2000.ru/catalog.htm>

Путеводитель по медицинским ресурсам Интернета:

<http://www/nlr.ru/res/inv/icmed/index.php>

Русский медицинский Сервер:

<http://www.rusmedserv.com/>

Научная электронная библиотека:

<http://www.elibrary.ru/>

Обзоры мировых медицинских журналов на русском языке:

<http://www.medmir.com/>

Сайт с медицинскими лекциями:

<http://varles.narod.ru>

## 9.5. Материально-техническое обеспечение дисциплины

*Для проведения лекций и практических занятий:*

1. Наглядные пособия в виде таблиц (по отдельным темам).
2. Муляжи и фантомы (по сердечно-лёгочной реанимации).
3. Тесты на бумажных и электронных носителях.
4. Хирургический инструментарий и шовный материал.
5. Слайдотека по основным темам дисциплины.
6. Архив рентгенограмм по переломам, вывихам, сосудистой патологии.
7. Набор транспортных шин и предметов ухода за больным.
8. Негатоскопы, компьютеры, сканер, принтер, мультимедийный проектор, экран.

*Самостоятельная работа студента:*

читальные залы библиотеки, Интернет-центр.

## 10. Использование современных образовательных технологий

Используемые активные методы обучения при изучении данной дисциплины составляют 5% от объема аудиторных занятий

№ п/п	Наименование раздела (перечислить те разделы, в которых используются активные или интерактивные образовательные технологии)	Форма занятий с использованием активных и интерактивных образовательных технологий	Трудоёмкость (час)
1.	Абдоминальная хирургия	<i>Л3. Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний желудка, ДПК и поджелудочной железы. Лекция-визуализация.</i>	2
2.	Хирургия повреждений	<i>Л7. Открытые и закрытые повреждения живота. Лекция-визуализация.</i>	2
<b>Итого:</b>			<b>4</b>

**11. Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации: примеры оценочных средств для промежуточной аттестации, процедуры и критерии оценивания. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации.**

Фонд оценочных средств разрабатывается в форме самостоятельного документа (в составе УМКД).

### **Процедура проведения промежуточной аттестации**

#### **Форма промежуточной аттестации – зачет.**

Проверка уровня освоения практическими умениями и навыками осуществляется на этапе рубежного контроля. Зачет по дисциплине «Госпитальная хирургия» проводится в форме собеседования по вопросам на последнем занятии.

### **Перечень вопросов для подготовки к зачету**

1. Инвагинация кишечника. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Острый аппендицит у беременных. Особенности клиники, диагностика, лечение
3. Гастродуоденальные кровотечения. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Аппендикулярный инфильтрат. Аппендикулярный абсцесс. Клиника. Хирургическая тактика
5. Острый аппендицит у детей и пожилых. Особенности клиники. Диагностика и лечение.
6. НЯК. Определение. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
7. Острый аппендицит. Особенности течения острого аппендицита с ретроцекальным и тазовым расположением червеобразного отростка. Дифференциальная

диагностика с заболеваниями органов брюшной полости, забрюшинного пространства, кишечными инфекциями, заболеваниями органов грудной клетки. Лечение.

8. Закрытые повреждения живота. Классификация. Понятия «одномоментного» и «двухмоментного» разрыва паренхиматозных органов. Тактика хирурга. Показания к оперативному лечению. Методики операций

9. Дивертикулярная болезнь. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

10. Закрытые повреждения паренхиматозных органов. Диагностика, лечение

11. Острый аппендицит у беременных. Клиника, дифференциальная диагностика. Лечение.

12. Закрытые повреждения полых органов брюшной полости. Диагностика, лечение.

13. Закрытые повреждения грудной клетки. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.

14. Гастродуоденальные кровотечения. Клиника. Диагностика. Определение степени тяжести кровопотери. Консервативное и оперативное лечение.

15. Синдром портальной гипертензии. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение

16. Феохромоцитома. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

17. Перитонит. Принципы хирургического лечения. Интенсивная терапия послеоперационного периода: борьба с парезом желудочно-кишечного тракта, борьба с инфекцией, борьба с интоксикацией, внутривенная коррекция обменных нарушений и восполнение энергетических потерь.

18. Тупая травма живота. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение.

19. Перитонит. Классификация. Принципы лечения.

20. Острая мезентериальная кишечная непроходимость. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, лечение

21. Механическая желтуха злокачественного генеза. Рак головки поджелудочной железы. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.

22. Гастродуоденальные кровотечения. Клиника. Диагностика. Гемостатическая терапия и эндоскопический гемостаз. Особенности хирургической тактики при продолжающемся гастродуоденальном кровотечении

23. Болезнь Крона. Этиология, патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.

24. Открытые повреждения грудной клетки. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.

25. Классификация гастродуоденальных кровотечений. Клиника. Диагностика. Методы консервативного лечения.

26. Синдром портальной гипертензии. Методы консервативного и оперативного лечения.

27. Функция толстой кишки. Клинические симптомы заболеваний толстой кишки. Диффузный полипоз толстой кишки. Этиология, патогенез, клиническая картина.

28. Спаечная болезнь брюшной полости. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Методы хирургического лечения

29. Осложнения острого аппендицита. Диагностика и лечение. Аппендикулярный инфильтрат и абсцесс.

30. Закрытая травма живота с повреждением полых органов. Клиника, диагностика, тактика хирургического лечения. Методика выполнения операций

31. Механическая желтуха доброкачественного генеза. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

32. Дивертикул Меккеля. Его роль в патологии органов брюшной полости. Диагностика. Лечение.

33. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение
34. Дивертикулез толстой кишки. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения
35. Перитониты. Классификация, этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
36. Лечение перитонита. Принципы хирургического вмешательства при местном отграниченном и распространенном неотграниченном перитонитах. Показания к дренированию брюшной полости, перитонеальному диализу. Способы закрытия брюшной полости при перитоните
37. Особенности течения острого аппендицита у детей и пожилых. Тактика лечения
38. Желчнокаменная болезнь и холецистит. Клиника, диагностика, лечение. Тактика хирурга при механической желтухе доброкачественного генеза
39. Виды острых нарушений мезентериального кровообращения. Клиника, диагностика, лечение.
40. Дивертикулы толстой кишки. Клиника, диагностика. Осложнения. Лечение
41. Закрытая травма живота. Классификация повреждений. Повреждение полых органов. Клиника, диагностика. Хирургическая тактика.
42. Синдром Кона (первичный гиперальдостеронизм). Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, лечение
43. Механическая желтуха опухоловой этиологии. Причины возникновения. Дифференциальная диагностика. Методы обследования больных. Хирургическая тактика
44. Инвагинационная кишечная непроходимость. Особенности патогенеза. Клиника, диагностика, лечение. Признаки нежизнеспособности кишки
45. Дифференциальная диагностика желтух (надпеченочная, печеночная, подпеченочная). Тактика хирурга при механической желтухе.
46. Классификация симптоматической гипертензии. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Клиника, диагностика, лечение.
47. Особенности клинической картины острого аппендицита в зависимости от расположения червеобразного отростка. Хирургические доступы при остром аппендиците, осложненном и неосложненном.
48. Анатомия надпочечников. Функции слоев и зон, особенности гормонального обследования при заболевании надпочечников
49. Спаечная болезнь брюшной полости. Классификация. Особенности клинической картины и диагностики.
50. Межкишечные абсцессы. Причины их возникновения. Клиника, лечение. Профилактика развития спаек
51. Синдром портальной гипертензии. Клинические проявления, диагностика. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода – клиника, диагностика, лечение  
Болезнь Крона. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
52. Острый холецистит, как причина механической желтухи. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Показания к операции и виды оперативных вмешательств при остром холецистите, осложненном механической желтухой
53. Коарктация аорты. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника, диагностика.
54. Болезнь Крона. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
55. Холелитиаз, клиника, диагностика, лечение. Показания и виды дренирования общего желчного протока Крона. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
56. Реноваскулярная симптоматическая гипертензия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечебная тактика

57. Неязвенные гастродуоденальные кровотечения. Клиника, диагностика и лечение.
58. Коарктация аорты. Классификация. Диагностическая и лечебная тактика.
59. НЯК и болезнь Крона. Дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика лечения.
60. Дифференциальная диагностика симптоматической артериальной гипертензии. Диагностический алгоритм при симптоме артериальной гипертензии.
61. Синдром Кона. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение
62. Особенности портальной гипертензии у детей. Эндоскопические методы лечения портальной гипертензии
63. Спаечная кишечная непроходимость. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
64. Феохромоцитома. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
65. Открытая травма живота. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение.
66. Инвагинационная кишечная непроходимость. Клиника. Диагностика. Лечение
67. Реноваскулярная артериальная гипертензия. Этиология, патогенез, клиника заболевания
68. Синдром портальной гипертензии. Классификация. Способы декомпрессии портальной системы.
69. Открытые повреждения живота. Классификация, клиника, диагностика, лечение при повреждении паренхиматозных органов.
70. Закрытые повреждения грудной клетки. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
71. Коарктация аорты. Классификация. Клиника, диагностика, профилактика. Принципы лечения.
72. Гастродуоденальные кровотечения. Классификация. Гемостатическая терапия и эндоскопический гемостаз.
73. Открытые повреждения живота. Классификация, клиника, диагностика, лечение при повреждении паренхиматозных органов.
74. Вазоренальная гипертензия. Клиника, диагностика, лечение. Диагностический алгоритм при симптоматической артериальной гипертензии
75. Закрытые травмы грудной клетки. Клиника. Диагностика, лечебная тактика. Показания к операции.
76. Закрытая травма живота. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к оперативному вмешательству.
77. Закрытая травма живота. Диагностика и лечение повреждений полых органов. Показания к операции.
78. Дифференциальная диагностика острого аппендицита. Ошибки в лечении острого аппендицита
79. Гастродуоденальные кровотечения. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Хирургическая тактика. Консервативное и хирургическое лечение
80. Синдром и болезнь Иценко - Кушинга. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

### **Критерии оценивания**

**«Отлично»** – если студент глубоко и прочно усвоил весь программный материал, исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно его излагает, не затрудняется с ответом при видоизменении задания, свободно справляется с задачами и практическими заданиями, правильно обосновывает принятые решения, умеет самостоятельно обобщать и излагать материал, не допуская ошибок.

**«Хорошо»** – если студент твердо знает программный материал, грамотно излагает его, не допускает существенных неточностей в ответе на вопрос, может правильно применять теоретические положения и владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении практических заданий.

**«Удовлетворительно»** – если студент усвоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении программного материала и испытывает затруднения в выполнении практических заданий.

**«Неудовлетворительно»** – если студент не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, с большими затруднениями выполняет практические задания, задачи.

## **12. Методическое обеспечение дисциплины**

Методическое обеспечение дисциплины разрабатывается в форме отдельного комплекса документов: «Методические рекомендации к лекциям», «Методические рекомендации к практическим занятиям», «Фонд оценочных средств», «Методические рекомендации для студента» (в составе УМКД).

### **Примеры оценочных средств рубежного контроля успеваемости**

#### **1 Раздел «Абдоминальная хирургия»**

##### ***Ситуационные задачи***

1. Больной 35 лет обратился по «скорой помощи» в дежурный хирургический стационар с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, задержку стула и газов. В анамнезе три операции на органах брюшной полости: по поводу прободной язвы желудка, резекции желудка и послеоперационной вентральной грыжи. Болеет около двух часов. Состояние средней тяжести. Язык суховат, живот вздут, ассиметричен. Положительны симптомы Склярова, Кивуля, Шланге, Обуховской больницы. Ваш диагноз и тактика?

2. У больной 76 лет с диагнозом: гипертоническая болезнь, мерцательная аритмия, три часа назад появились резкие боли в животе не связанные с приемом пищи. Отмечался подъем АД до 200 и 120 мм рт. ст. При обследовании: состояние средней тяжести, стонет, кожа слизистые бледноватые, кожа покрыта холодным потом, АД 110 и 80 ммрт.ст. (без медикаментозного лечения), тоны сердца аритмичные 132 в одну минуту, пульс слабого наполнения аритмичный 95 в одну минуту. Язык суховат, обложен желтоватым налетом по спинке, живот вздут, перистальтика резко ослаблена. Положительны симптомы Склярова и Кивуля. Ваш предварительный диагноз, дальнейшая диагностика и тактика лечения?

3. Больная тучная женщина, 78 лет, поступила на третий день от начала приступа острого холецистита. Калькулезным холециститом страдает более 20 лет. Приступы частые и протекают тяжело, однако учитывая почтенный возраст больной, а главное, наличие таких противопоказаний, как тяжелая легочная недостаточность, недостаточность кровообращения II Б., хроническая почечная недостаточность и ожирение, операцию раньше больной не предлагали. Несмотря на энергичное консервативное лечение, воспалительный процесс явно прогрессировал и возникала угроза перфорации желчного пузыря. Какова должна быть тактика хирурга?

4. Больной, 72 лет, по поводу острого флегмонозного холецистита произведена операция холецистостомии. Состояние больной после операции стало быстро улучшаться, и через 5-7 дней она себя чувствовала вполне удовлетворительно. Беспокоило ее лишь наличие дренажной трубки в пузыре и истечение желчи. Какие показатели необходимо учесть для

определения сроков удаления трубки? Как удаляется трубка? Требуется ли имеющийся наружный желчный свищ специального закрытия?

### **Эталон ответа**

**Задача 1.** У больного спаечная болезнь брюшной полости, острая кишечная непроходимость. Госпитализировать после лабораторной диагностики, ультразвуковой и рентген-диагностики органов брюшной полости, провести пробу Напалкова-Шварца. Начать лечение с сифонной клизмы, консервативной медикаментозной терапией и эпидуральной анестезии. При их неэффективности показано оперативное лечение.

**Задача 2.** У больной больше данных за мезентериальную кишечную непроходимость (если исключить гастралгическую форму инфаркта миокарда). После стандартной диагностики ОКН показана предоперационная медикаментозная подготовка и диагностическая лапароскопия. При диагностике мезентериальной кишечной непроходимости показана срединная лапаротомия и удаление тромботических масс из артерий кишечника с последующей патогенетической терапией.

**Задача 3.** Больной показано минимальное хирургическое вмешательство – холецистостомия.

**Задача 4.** Перед удалением трубки необходимо убедиться в отсутствии желтушности склер, обычной окраске стула, нормальном содержании билирубина в крови. Перед удалением трубки необходимо ее пережать на несколько часов, убедиться в отсутствии болей в правом подреберье. Наружный желчный свищ специального закрытия не требуется.

### **Критерии оценивания.**

**ОТЛИЧНО** – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей; полный ответ на вопрос к иллюстративному материалу, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмом действий;

**ХОРОШО** – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; неполный ответ на вопрос к иллюстративному материалу, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмом действий;

**УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО** – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, в том числе на вопрос к иллюстративному материалу, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией, возможен при наводящих вопросах педагога, правильное, последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмом действий;

**НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО** – неверная оценка ситуации; неправильный ответ на вопрос к иллюстративному материалу; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала; неумение оказать неотложную помощь.

### **Перечень практических навыков**

1. Симптом Аарона.
2. Симптом Склярера.
3. Симптом Кивуля.
4. Наложить узловый шов на рану.



5. Наложить непрерывный (внутрикожный) шов на рану.
6. Завязать простые хирургически е узлы на время.
7. Завязать три узловых швов в глубине раны.
8. Наложение кожного шва (связать трубки на тренажере).
9. Провести сердечно - легочную реанимацию.
10. Создать инструменты для плевральной пункции. Техника плевральной пункции при пневмотораксе.
11. Собрать инструменты для лапароцентеза. Техника проведения. Диагностическое исследование методом «шарящего катетера».

***Алгоритм выполнения практического навыка (пример):***

***Симптом Аарона.*** При надавливании в точке Мак- Бурнея, возникает болезненность в надчревной или левой подреберной области (симптом характерен для острого аппендицита).

***Симптом Склярова.*** В растянутой и раздутой сигмовидной кишке определяется шум плеска при легком сотрясении живота (симптом острой кишечной непроходимости).

***Симптом Кивуля.*** Над растянутой петлей кишки отмечается тимпанический звук с металлическим оттенком (симптом острой кишечной непроходимости).

***Наложить узловый шов на рану.*** Наложение узлового шва на рану производят при сшивании кожи и подкожной клетчатки, апоневрозов широких мышц. Первый вкол иглы производят с поверхностной стороны ткани, после чего производят выкол и второй вкол с внутренней стороны второй сшиваемой кромки. При этом расстояние первого вкола и второго вкола от кромки сшиваемых тканей должно быть равным. После наложения шва нити завязывают одним из узлов. \*При наложении узлового шва возможной ошибкой является несовпадение сшиваемых кромок тканей и их подворачивание. Происходит это вследствие неодинакового расстояния между вколом иглы и выколом от сшиваемых кромок и происходящего из-за этого напоздания тканей друг на друга при затягивании узла.

***Критерии оценивания:***

**Оценка «отлично»** выставляется студенту, если безошибочно выполняет практический навык. Правильно определяет понятия и категории, свободно ориентируется в практическом материале.

**Оценка «хорошо»** выставляется студенту, если при выполнении практического навыка допущены отдельные несущественные ошибки;

**Оценка «удовлетворительно»** выставляется студенту, если студент не полностью демонстрирует практический навык, при наличии ошибок и пробелов в знании практического навыка;

**Оценка «неудовлетворительно»** выставляется в случае отсутствия знаний по практическому навыку. Практический навык не выполняется.

## Примеры оценочных средств для текущего контроля успеваемости

### 1 Раздел дисциплины «Абдоминальная хирургия»

#### *ПЗ-6 Тема «Спаечная болезнь. Острая инвагинационная и мезентериальная кишечная непроходимость»*

#### *Тест*

*Выберите правильные ответы*

№	Тесты	Эталон
1.	Можно ли считать наличие спаек в брюшной полости спаечной болезнью? а) да; б) нет.	б
2.	Спайки, между какими органами вызывают спаечную болезнь? а) между желудком и поджелудочной железой; б) между петлями кишок и париетальной брюшиной; в) между петлями кишок; г) между маткой и мочевым пузырем.	б, в
3.	Какие вещества способствуют образованию спаек в брюшной полости? а) спиртовой раствор хлоргексидина; б) сухие антибиотики; в) раствор фурацилина; г) спиртовая настойка йода; д) раствор новокаина.	а, б, г
4.	Какие симптомы характерны для острой кишечной непроходимости? а) Щеткина-Блюмберга; б) Шимана-Данса; в) Шланге; г) Кивуля; д) Вильямса-Спасокукоцкого; е) Менделя; ж) симптом Обуховской больницы; з) Цеге-Монтейфеля.	б, в, г, д, ж, з
5.	Как называются рентгенологические признаки кишечной непроходимости? а) симптом Де Кервена; б) «чаши» Клойбера; в) «растянутые пружины» Керклинга.	б, в
6.	Кто авторы пробы с бариевой взвесью при диагностике кишечной непроходимости? а) Оппель; б) Шварц; в) Юдин; г) Напалков.	б, г
7.	Какой вид местной анестезии используется при консервативном лечении спаечной кишечной непроходимости? а) терминальная; б) спинальная; в) эпидуральная.	в

8.	К каким видам непроходимости относится инвагинация кишечника? а) динамическая; б) обтурационная; в) странгуляционная.	б, в
9.	Основными признаками инвагинации кишечника являются: а) симптом Воскресенского; б) сильные схваткообразные боли в животе; в) симптом Бернштейна; г) пальпация опухолевидного образования в брюшной полости; д) кровянистые выделения из прямой кишки	б, г, д
10.	Какие стадии отмечаются при мезентериальной кишечной непроходимости? а) стадия ишемии; б) стадия инфильтрации; в) стадия инфаркта кишки, г) стадия перитонита.	а, в, г

**Критерии оценки выполнения теста:** 60%-74% – «удовлетворительно»; 75%-84% - «хорошо»; 85%-100% - «отлично».

***ПЗ-2 Тема: «Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний желчевыводящих путей. Механическая желтуха»***

**Ситуационная задача**

1. Больная, 50 лет, оперирована по поводу острого холецистита. Операция прошла гладко. Пузырь удален субсерозно от шейки. Хорошо перевязаны пузырная артерия и проток. Культия пузыря и ложе надежно перитонизированы. Общий желчный проток проходим. Как вы закроете брюшную полость?
2. Больная, 45 лет, оперирована по поводу острого холецистита. Проведена холецистэктомия. Удаление пузыря протекало со значительными техническими трудностями. В области шейки пузыря была значительная инфильтрация тканей. Пузырный проток короткий, но его удалось перевязать двумя лигатурами. Однако хорошо перитонизировать ложе пузыря и культю его не удалось. Как вы закроете брюшную полость?
3. Больная, 38 лет, третий раз за 2 последних года доставляется в клинику с приступом острого холецистита. Поступила с явлениями раздражения брюшины, которые постепенно нарастают. Выражена и становится интенсивнее желтушность кожных покровов; Билирубин крови 2,7 мг%. В моче уробилина нет. Кал частично обесцвеченный, К концу вторых суток решено больную оперировать. Какая операция в данном случае будет выполнена? К какой интраоперационной диагностике следует обязательно прибегнуть?
4. У больного, страдающего периодическими болями в правом подреберье на протяжении 5 лет, в порядке обследования проведено дуоденальное зондирование. При этом порция А оказалась без особенностей. Порцию В получить не удалось, в порции С оказалось до 25 лейкоцитов в поле зрения, большое количество кристаллов холестерина и слизи. Как вы трактуете данные дуоденального зондирования? Ваш диагноз и дальнейший план обследования больной?
5. Во время операции больного по поводу острого калькулезного холецистита после холецистэктомии через культю пузырного протока произведена холангиография. На рентгенограмме определяются расширенные печеночные и общий желчный проток. В

начале общего желчного протока виден как бы обрыв контрастного вещества, дальше общий желчный проток не контрастируется и в двенадцатиперстную кишку контрастное вещество не поступает. Как вы расцениваете данные холангиограммы? Каковы ваши дальнейшие действия? Как вы закончите операцию?

б. У больной, 48 лет, во время операции по поводу острого холецистита обнаружен больших размеров напряженный флегмонозно измененный желчный пузырь. Он удален. Общий желчный проток расширен до 3 см в диаметре. При холедохотомии удалены 2 камня 1X1 см и большое количество темной замазкообразной массы с наличием множества мелких камней и песка. Каким образом хирург должен закончить операцию?

*Эталон ответа.*

*Задача 1.* Брюшную полость можно ушить наглухо.

*Задача 2.* Брюшную полость следует дренировать.

*Задача 3* У больной острый холецистит с наличием камней в общем желчном протоке. Показана операция – холецистэктомия, интраоперационная холангиография, удаление камней из общего желчного протока и дренировании е холедоха.

*Задача 4.* У больного холангит, который требует консервативного лечения.

*Задача 5* В области дуоденального сосочка имеется камень, который следует удалить. Либо дренировать общий желчный проток и после операции путем ЭРХПГ и ЭПСТ удалить камень.

*Задача 6* Операцию следует закончить дренированием общего желчного протока по Керу или по Вишневскому.

### **Критерии оценки ситуационной задачи**

**ОТЛИЧНО** – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей; полный ответ на вопрос к иллюстративному материалу, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмом действий;

**ХОРОШО** – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; неполный ответ на вопрос к иллюстративному материалу, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмом действий;

**УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО** – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, в том числе на вопрос к иллюстративному материалу, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией, возможен при наводящих вопросах педагога, правильное, последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмом действий;

**НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО** – неверная оценка ситуации; неправильный ответ на вопрос к иллюстративному материалу; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала; неумение оказать неотложную помощь.

**ПЗ-2 Тема: «Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний желчевыводящих путей. Механическая желтуха»**

**Вопросы для проведения опроса**

1. На чем основывается дифференциальная диагностика острого холецистита с желчной коликой, дискинезией желчных путей и другими заболеваниями органов брюшной полости? Как дифференцировать калькулезный холецистит от бескаменного холецистита по клиническим проявлениям, по рентгенологическим признакам?
2. Как дифференцировать желтуху при желчнокаменной болезни от таковой при опухоли головки поджелудочной железы?
3. Что означает положительный и отрицательный симптом Курвуазье при желчнокаменной болезни?
4. Показания к холецистостомии, холецистэктомии, холедохотомии.
5. Холецисто-панкреатит: обоснование диагноза, методы лечения.
6. Современные достижения в развитии хирургии желчного пузыря и желчных путей в нашей стране.
7. В чем заключается методы лечения хронического холецистита?
8. Холелитиаз (желчнокаменная болезнь) у детей.
9. Санитарно-курортное лечение при желчнокаменной болезни.

**Система критериев оценки ответа на теоретические вопросы:**

**а) «отлично»:**

- полнота и содержательность ответа,
- точность в изложении материала,
- логичность и последовательность в раскрытии вопросов и формулировке выводов,
- умение отобрать существенный материал для раскрытия вопроса,
- умение приводить примеры, аргументировать;

**б) «хорошо»:**

- полный содержательный ответ,
- точность в изложении материала,
- логичность и последовательность в раскрытии вопросов и формулировке выводов,
- примеры, аргументы не всегда убедительны и отражают суть вопроса;

**в) «удовлетворительно»:**

- ответ не полный,
- для раскрытия вопроса отобран существенный материал,
- допущены незначительные ошибки в трактовке материала,
- в раскрытии вопросов и формулировке выводов нарушена логическая последовательность
- примеры, аргументы не всегда убедительны и в отдельных случаях отражают суть вопроса;

**г) «неудовлетворительно»:**

- ответ неполный,
- для раскрытия вопроса отобран несущественный материал,
- допущены грубые фактические ошибки в раскрытии и трактовке материала,
- в раскрытии вопросов и формулировке выводов нарушена логическая последовательность.
- примеры, аргументы не убедительны и не отражают суть вопроса.

### ***Критерии оценки истории болезни.***

**«5» (отлично)** – студент подробно описывает состояние больного, демонстрирует методы обследования, обосновывает и формулирует клинический диагноз. Обосновывает методы интенсивной терапии в соответствии с современными стандартами оказания медицинской помощи и данными доказательной медицины.

**«4» (хорошо)** – студент в целом справляется с оценкой состояния больного (не акцентирует внимание на деталях и особенностях течения заболевания или синдрома). Делает несущественные ошибки при обследовании больного и формулировке диагноза. Обосновывает лечение, не акцентируя его на данных доказательной медицины.

**«3» (удовлетворительно)** – поверхностно описывает состояние больного, допускает существенные ошибки в обследовании и формулировке диагноза. Назначенное лечение не является комплексным и скорее всего малоэффективным.

**«2» (неудовлетворительно)** – не может описать объективное состояние больного, делает грубые ошибки в обосновании обследования и формулировке диагноза.

