

Приложение к рабочей программе

Владимирский филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ:

ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Специальность: 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

Квалификация (степень) выпускника: ВРАЧ-ЛЕЧЕБНИК

Факультет: ЛЕЧЕБНЫЙ

Форма обучения: ОЧНАЯ

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Госпитальная хирургия» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Госпитальная хирургия». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине используются следующие оценочные средства:

№ п / п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
5	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
6	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

3. Разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела в дидактических единицах
1.	УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-11; ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-17, ПК-22.	Хирургические заболевания органов пищеварения.	<i>Хирургические заболевания пищевода:</i> анатомо-физиологические сведения о пищеводе, методы исследования. Врожденные аномалии развития пищевода (атрезия, стеноз, врожденные бронхопищеводные и пищеводно-трахеальные свищи, врожденный короткий пищевод, врожденная ахалазия, удвоение пищевода). Инородные тела пищевода. Повреждения пищевода. Ожоги пищевода. Ожоговые стриктуры пищевода. Доброкачественные опухоли пищевода и дифференциальная диагностика со злокачественными новообразованиями. Гастростома. Рефлюкс-эзофагит, классификация, диагностика. Кисты пищевода. Дивертикулы пищевода. Кардиоспазм. Ахалазия кардии. Синдром Барсони-Тешендорфа. (особенности течения и диагностики у коморбидного пациента, дифференциальная диагностика, возможности амбулаторного лечения, показания к операции, реабилитация, осложнения и их профилактика). <i>Диафрагмальные грыжи:</i> Анатомо-физиологические предпосылки формирования, классификация, диагностика, оценка степени тяжести (особенности течения и диагностики у коморбидного пациента, возможности амбулаторного лечения, показания к операции, реабилитация, осложнения и их профилактика). <i>Грыжи передней брюшной стенки:</i> диагностика ущемленных грыж в зависимости от ущемленного органа (сальника, дивертикула Меккеля, червеобразного отростка, мочевого пузыря, придатков, матки, жировых подвесков и др.). Диагностические ошибки при ущемленных грыжах. «Ложное» ущемление. Тактические ошибки у больных с ущемленными грыжами. Варианты «мнимого» вправления. Методы оценки жизнеспособности и мероприятия по «реанимации» ущемленного органа (особенности течения и диагностики у коморбидного пациента, возможности амбулаторного лечения, показания к операции, реабилитация, осложнения и их профилактика). <i>Хирургические заболевания толстого кишечника:</i> Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона. Дивертикулез и дивертикулит. Полипы толстого кишечника (особенности течения и диагностики у коморбидного пациента, дифференциальная диагностика, возможности амбулаторного лечения, показания к операции, реабилитация, осложнения и их профилактика). <i>Хирургические заболевания прямой кишки:</i> геморрой, выпадение, трещина. Парапроктит (особенности течения и диагностики у коморбидного пациента, дифференциальная диагностика, возможности амбулаторного лечения, показания к операции, реабилитация, осложнения и их профилактика). <i>Острый аппендицит:</i> вариативность клинических проявлений острого аппендицита. Особенности клинической диагностики атипичных форм аппендицита. Варианты атипичной клиники острого аппендицита: 2-х этапное течение; токсическая форма; псевдоколитическая форма. Дифференциальная диагностика острого аппендицита и кишечных инфекций. Роль лапароскопических методов диагностики и лечения (осложнения и особенности ведения коморбидных пациентов на амбулаторном и стационарном этапах). <i>Острая кишечная непроходимость:</i> Классификация Декомпрессия кишечника в дооперационный период, во время операции, в послеоперационном периоде. Профилактика несостоятельности

			анастомозов. Временная лечебно-декомпрессионная У-образная тонко-, толстокишечная стома (особенности течения и диагностики у коморбидного пациента, дифференциальная диагностика, показания к операции, осложнения и их профилактика, ведение в послеоперационном периоде, реабилитация) <i>Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки:</i> Осложнения язвенной болезни: кровотечение, перфорация, пенетрация, пилоро-дуоденальный стеноз, малигнизация. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Болезни оперированного желудка. Пострезекционные синдромы: демпинг-синдром, пептическая язва, желудочно-тонко-толстокишечный свищ, синдром приводящей петли, рефлюкс-гастрит. Анемия. Пострезекционная астения. Щелочной рефлюкс-гастрит, рефлюкс-эзофагит. Незажившие или рецидивные язвы после ваготомии (диагностика, лечение, профилактика осложнений и рецидивов в амбулаторной практике, в том числе – у коморбидных пациентов). <i>Хирургические заболевания органов гепатобилиарной системы:</i> Острый холецистит. Осложнения желчекаменной болезни. Холедохолитиаз. Механическая желтуха и дифференциальная диагностика желтух, в том числе – при портальной гипертензии. Холангит. Холедоходуоденоанастомоз. Желчный свищ. Киста и абсцесс печени. Эхинококкоз, альвеококкоз (особенности течения и диагностики у коморбидного пациента, возможности амбулаторного лечения, показания к операции, реабилитация, осложнения и их профилактика). <i>Панкреатит, панкреонекроз:</i> анатомо-физиологические особенности, острый панкреатит, кисты поджелудочной железы (особенности течения и диагностики у коморбидного пациента, возможности амбулаторного лечения, показания к операции, реабилитация, осложнения и их профилактика). <i>Перитонит.</i> Компартмент-синдром. Сепсис: этиология, патогенез, антибиотикотерапия, (современная классификация, особенности диагностики и лечения у коморбидного пациента, реабилитация, осложнения и их профилактика).
2.	УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-11; ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-17, ПК-22.	Хирургические заболевания бронхолегочной системы и плевры	Нагноительные заболевания легких и плевры: Абсцесс легкого. Гангрена легкого. Бронхоэктатическая болезнь. Пиоторакс. Эмпиема плевры. Флегмона грудной стенки. Пункция и дренирование плевральной полости. Специфические воспалительные заболевания легких (туберкулез, сифилис, актиномикоз, пневмония на фоне СПИДа, инфекционного эндокардита у наркозависимых). Врожденные пороки развития легких: агенезия, аплазия, гипоплазия, врожденные стенозы бронхов, секвестрация, врожденная долевая эмфизема легких, артериовенозные аневризмы. Врожденные и приобретенные кисты легких: солитарные и множественные, осложненные и неосложненные, эхинококковые (особенности течения и диагностики у коморбидного пациента, дифференциальная диагностика и тактика в условиях риска новой коронавирусной инфекции, возможности амбулаторного лечения, показания к операции, реабилитация, осложнения и их профилактика).
3.	УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-11; ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-17, ПК-22.	Хирургические заболевания сердечно-сосудистой системы	Анатомо-физиологические сведения о сердечно-сосудистой системе. Семиотика и классификация сердечно-сосудистых заболеваний. Методы исследования: РВГ, капилляроскопия, функциональная диагностика, ультразвуковая доплерография, эхокардиография, рентгенография, компьютерная томография, ядерно-магнитный резонансная томография. Аорто- и артериография, венокава- и флебография, коронароангиография, вентрикулография. <i>Острые и хронические заболевания венозной и лимфатической систем:</i> Пороки развития периферических вен. Особенности анатомии вен нижних конечностей. Варикозное расширение вен

			нижних конечностей. Венозный тромбоз и тромбофлебит. Синдром
--	--	--	--

			Педжета-Шреттера. Синяя флегмозия. Посттромботическая болезнь. Тромбоэмболия легочных артерий. Лимфостаз. Лимфангит. Лимфаденит. Рожа. Элефантизм. <i>Острые и хронические заболевания аорты и периферических артерий:</i> Врожденные пороки артериальных сосудов. Артериальные тромбозы и эмболии. Классификация острой ишемии. ХОЗАНК: атеросклероз, облитерирующий тромбоангит, диабетическая ангиопатия. Синдром Такаясу. Ишемия головного мозга. Синдром лестничной мышцы, реберно-ключичный синдром, гиперабдукционный синдром. Синдром Лериша. Вазоренальная гипертензия. Хроническая ишемия органов брюшной полости. Аневризмы. Сосудистые протезы. <i>Ишемическая болезнь сердца; нарушения ритма и проводимости сердца:</i> (классификация, особенности течения и диагностики у коморбидного пациента, возможности амбулаторного лечения, показания к операции, рентгеноэндоваскулярная хирургия, пластика и стентирование коронарных артерий, имплантация электрокардиостимуляторов и дефибрилляторов, лечение тахикардий, реабилитация, осложнения и их профилактика). <i>Приобретенные пороки сердца; инфекционный эндокардит:</i> (классификация, особенности течения и диагностики у коморбидного пациента, возможности амбулаторного лечения, показания к операции, основные принципы хирургических вмешательств на сердце: гипотермия, искусственное кровообращение; протезы клапанов сердца и восходящей аорты, реабилитация, осложнения и их профилактика). <i>Врожденные пороки сердца:</i> Бледные» пороки: открытый артериальный проток, дефект межпредсердной перегородки, изолированный стеноз легочной артерии, дефект межжелудочковой перегородки, врожденный стеноз устья аорты. «Синие» пороки: пороки группы Фалло, транспозиция магистральных сосудов, аномалия Эбштейна.
4.	УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-11; ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-17, ПК-22.	Хирургические заболевания эндокринных органов	<i>Хирургические заболевания эндокринных органов:</i> Анатомо-физиологические особенности щитовидной железы. Врожденные аномалии щитовидной железы (аплазия и гипоплазия, эктопия, незаращение язычнощитовидного протока). Травмы щитовидной железы. Эндемический зоб. Спорадический зоб. Диффузный токсический зоб. Токсическая аденома. Гипотиреоз и микседема. Тиреоидная неоплазия аденома, тератома и дифференциальная диагностика со злокачественными опухолями. Воспалительные заболевания: тиреоидит Риделя де Кервена, Хашимото. Гнойный тиреоидит. Анатомо-физиологические особенности паращитовидных желез, их гипер- и гипопункция, ассоциированная с хирургической патологией. Анатомо-физиологические особенности, диагностика опухолей APUD-системы. Гормоноактивные опухоли поджелудочной железы: инсулинома, ВИПома, глюкагонома, карциноид, гастринома, синдром Золингера-Эллисона. Гормоноактивные опухоли надпочечников: альдостерома, глюкокортикоидома, андростерома, кортикоэстрома. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга. Феохромоцитомы (особенности течения и диагностики у коморбидного пациента, возможности амбулаторного лечения, показания к операции, реабилитация, осложнения и их профилактика).
5.	УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-11; ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-	Гнойные заболевания мягких тканей. Остеомиелит.	<i>Нагноительные заболевания мягких тканей; остеомиелит:</i> Гнойные заболевания кожи, мягких тканей (фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона). Панариций. Гнойный артрит. Гнойный бурсит. Гнойный тендовагинит Вросший ноготь. Мастит. Трофические язвы. Раневая инфекция. Принципы лечения с учетом фазы раневого процесса. Анаэробная инфекция. Госпитальная инфекция. Назокомиальная

	9, ПК-10, ПК-11, ПК-17, ПК-22.		инфекция. Кожная пластика. Патогенез и классификация остеомиелита. Гематогенный остеомиелит и его осложнения. Остеопластика (особенности течения и диагностики у коморбидного пациента, возможности амбулаторного лечения, показания к операции, реабилитация, осложнения и их профилактика.)
6.	УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-11; ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-17, ПК-22.	Травмы органов грудной и брюшной полостей. Кровотечения. Осложнения	<i>Кровотечения:</i> Классификация. Клиническая картина и дифференциальная диагностика. Портальная гипертензия и кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Синдром Меллори-Вейса. Геморрагический шок. Постгеморрагическая анемия. Группы крови. Плазмо- и кровезаменители. Правовые аспекты гемотрансфузий. Показания к назначению препаратов факторов свертывания крови. Показания к переливанию свежзамороженной плазмы, эритроцитарной массы. Постгемотрансфузионные реакции, их диагностика, лечение и профилактика (особенности течения и диагностики кровотечений у коморбидного пациента, переливание кровезаменителей, крови и ее компонентов, показания к операции, реабилитация, осложнения и их профилактика). <i>Травмы груди и живота:</i> Классификация ранний. Пневмоторакс. Гемоторакс. Сдавление грудной клетки, ушиб мягких тканей, травматическая асфиксия. Гемоперитонеум. Ранения сердца и перикарда. Тампонада сердца. Транспортировка пострадавших с травмы груди и живота. Ушиб и разрыв паренхиматозного органа. Спленэктомия. Посттравматический медиастинит. (клиническая и инструментальная диагностика, дифференциальная диагностика, особенности ведения коморбидного пациента, показания к операции). <i>Осложнения послеоперационного периода:</i> Раневые и системные осложнения. Серома. Эвентрация. Кишечные свищи. Ятрогения (классификация, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение на стационарном и амбулаторном этапах, реабилитация и профилактика).

4. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации:

№ п / п	№ сем ест ра	Формы контроля	Наименование раздела дисциплины	Оценочные средства		
				Виды	Кол-во вопросов в задании	Кол-во вариантов тестовых заданий
1	2	3	4	5	6	7
1.	10	- КСР* - КОТ	Хирургические заболевания органов пищеварения.	Тестовые задания	300	Компьютерное тестирование (2 варианта)
				Собеседование	15	5
				Ситуационные задачи	2	2
				Написание фрагмента истории болезни.	1	1
				Рентгенограммы	5	2
				Деловая игра	1	1
2.	11	- КСР* - КОТ	Хирургические заболевания бронхолегочной системы и плевры	Тестовые задания	30	Компьютерное тестирование (2 варианта)
				Собеседование	3	5
				Ситуационные задачи	2	2
				Написание фрагмента истории болезни.	1	1
				Рентгенограммы	5	2
				Деловая игра	1	1
3.	11	- КСР* - КОТ	Хирургические заболевания сердечно-сосудистой системы	Тестовые задания	150	Компьютерное тестирование (2 варианта)
				Собеседование	3	5
				Контрольная работа	3	10
				Написание фрагмента истории болезни.	1	1
				Ангиограммы	2	8
				Деловая игра	1	1
4.	11	- КСР* - КОТ	Хирургические заболевания эндокринных органов	Тестовые задания	30	Компьютерное тестирование (2 варианта)
				Собеседование	3	5
				Реферат	1	10
				Ситуационные задачи	2	2
5.	11	- КСР* - КОТ	Гнойные заболевания мягких тканей. Остеомиелит.	Тестовые задания	30	Компьютерное тестирование (2 варианта)
				Собеседование	3	5
				Контрольная работа	3	10
				Написание фрагмента истории болезни.	1	1
				Ситуационные задачи	1	11
				Деловая игра	1	1
6.	11	- КСР* - КОТ	Травмы органов грудной и брюшной полостей. Кровотечения. Осложнения.	Тестовые задания	60	Компьютерное тестирование (2 варианта)
				Собеседование	3	5
				Контрольная работа	3	10
				Написание фрагмента истории болезни.	1	1
				Ситуационные задачи	1	11
				Деловая игра	1	1

7.	10, 11	• КСР* • КОТ	Контрольная история болезни	Написание академической истории болезни.	1	1
8.	11	Промежуточ ная аттестация (экзамен)	Все разделы	Тестовые задания	100	Компьютерное тестирование (2 варианта)
				Ситуационные задачи	5	20
				Собеседование	3	40

*Примечание: *КСР - контроль самостоятельной работы студента, КОТ - контроль освоения темы, Пр.А - промежуточная аттестация*

5. Примеры оценочных средств текущего контроля:

Примеры тестовых заданий

Вопрос 1

Выберете один вариант ответа

В следствии чего возникает дивертикул Меккеля?

1. незаращения желточного протока
2. лапароскопической аппендэктомии
3. — травмы восходящего отдела ободочной кишки
4. опухоли двенадцатиперстной кишки

Эталон ответа

В следствии чего возникает дивертикул Меккеля?

1. незаращения желточного протока
2. лапароскопической аппендэктомии
3. травмы восходящего отдела ободочной кишки
4. опухоли двенадцатиперстной кишки

Вопрос 2

Выберете один вариант ответа

Какой из объективных симптомов наблюдается чаще всего при остром холецистите?

1. Захарьина
2. Бартомье-Михельсона
3. Мюсси-Георгиевского
4. Ортнера

Эталон ответа

Какой из объективных симптомов наблюдается чаще всего при остром холецистите?

1. Захарьина
2. Бартомье-Михельсона
3. Мюсси-Георгиевского
4. Ортнера

Вопрос 3

Выберете один вариант ответа

К специфическим осложнениям какой операции относят некроз кожи и клетчатки вследствие широкой мобилизации, пересечения перфорирующих сосудов и нарушения кровоснабжения кожно-подкожного лоскута

1. Рамирез
2. Троянова
3. Бассини
4. Жерара

Эталон ответа

К специфическим осложнениям какой операции относят некроз кожи и клетчатки вследствие широкой мобилизации, пересечения перфорирующих сосудов и нарушения кровоснабжения кожно-подкожного лоскута

1. Рамирез
2. Троянова
3. Бассини
4. Жерара

Вопрос 4

Выберете один вариант ответа

В пожилом возрасте основной причиной клапанных пороков сердца является:

1. миксоматозная дегенерация клапанов
2. инфекционный эндокардит
3. атеросклеротическая дегенерация клапанов
4. генетическая тромбофилия

Эталон ответа

В пожилом возрасте основной причиной клапанных пороков сердца является:

1. миксоматозная дегенерация клапанов
2. инфекционный эндокардит
3. атеросклеротическая дегенерация клапанов
4. генетическая тромбофилия

Вопрос 5

Выберите один вариант ответа

Какой врожденный порок сердца из перечисленных является наиболее частым?

1. дефект межжелудочковой перегородки
2. тетрада Фалло
3. открытый артериальный проток
4. транспозиция магистральных сосудов

Эталон ответа

Какой диагноз будет первым в системе диагностического поиска при врожденном цианозе у трехлетнего ребенка?

1. дефект межжелудочковой перегородки
2. тетрада Фалло
3. открытый артериальный проток
4. транспозиция магистральных сосудов

Вопрос 6

Выберите один вариант ответа

Чем опасны послеоперационные тромбозы вен нижних конечностей, возникшие после холецистэктомии?

1. провоцируют лимфорею из краев операционной раны
2. вызовут гангрену пальцев стопы
3. приведут к варикозному расширению подкожных вен контралатеральной конечности
4. могут стать причиной тромбоэмболии легочной артерии

Эталон ответа

Чем опасны послеоперационные тромбозы вен нижних конечностей, возникшие после холецистэктомии?

1. провоцируют лимфорею из краев операционной раны
2. вызовут гангрену пальцев стопы
3. приведут к варикозному расширению подкожных вен контралатеральной конечности
4. могут стать причиной тромбоэмболии легочной артерии

Вопрос 7

Выберите один вариант ответа

Какое образование имеется в аппендиксе?

1. дивертикул Меккеля
2. лимфоидная ткань
3. Риоландова дуга
4. Баугиниева заслонка

Эталон ответа

Какое образование имеется в аппендиксе?

1. дивертикул Меккеля
2. лимфоидная ткань
3. Риоландова дуга
4. Баугиниева заслонка

Вопрос 8*Допишите определение*

Лодыжечно-плечевой индекс давления это – _____

*Эталон ответа*Лодыжечно-плечевой индекс давления – это соотношение диастолического АД в артерии голени на уровне лодыжки к диастолическому АД в плечевой артерии.**Вопрос 9***Перечислите элементы*

Триада Вирхова включает в себя _____

*Эталон ответа*Триада Вирхова включает в себя гиперкоагуляцию, замедление тока крови и повреждение сосудистой стенки.**Вопрос 10***Допишите пропущенные слова*

После операции RAMIREZ II можно ожидать _____ объема прямых и косых мышц, _____ их функциональной активности.

*Эталон ответа*После операции RAMIREZ II можно ожидать **увеличения** объема прямых и косых мышц, **улучшения** их функциональной активности.**Вопрос 11**

Наиболее частой причиной развития трофических язв является

1. расстройство лимфообращения
2. расстройства артериального кровообращения
3. расстройства венозного кровообращения*
4. травматические повреждения
5. нарушения водно-электролитного обмена

Вопрос 12*Перечислите элементы*

Назовите комплекс симптомов, наиболее характерный для гнойного холангита.

Эталон ответа

Назовите комплекс симптомов, наиболее характерный для гнойного холангита.

Боли в правом подреберье, иинтермитирующая лихорадка, желтушность склер и кожи.

Ключи к тесту:

Вопрос	Ответ
1	1
2	4
3	1
4	3
5	1
6	4
7	2
8	соотношение диастолического АД в артерии голени на уровне лодыжки к диастолическому АД в плечевой артерии
9	гиперкоагуляцию, замедление тока крови и повреждение сосудистой стенки
10	увеличения; улучшения
11	3
12	Боли в правом подреберье, иинтермитирующая лихорадка, желтушность склер и кожи.

Примеры задач

Ситуационная задача №1

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Условие задачи. Мальчик М., 1,5 года, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 10 кг), появление одышки и цианоза носогубного треугольника при физическом или эмоциональном напряжении. Из анамнеза – известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-месячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел. При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, акроцианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 120 ударов в мин, ЧД – 25 в 1 минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается жесткий систолический шум, II тон ослаблен во втором межреберье слева. Границы относительной сердечной тупости: левая — по левой среднеключичной линии, правая — по правой парастернальной линии, верхняя — II межреберье. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови: гематокрит – 44%, Hb – 165 г/л, Эр – $5,2 \times 10^{12}/л$, Ц.п. – 0,91, Лейк — $6,3 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 26%, э – 1%, л – 64%, м – 6%, СОЭ – 2 мм/час.

Контрольные вопросы и задания.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Причины появления диффузного цианоза при этом пороке.
4. Назовите анатомию данного порока?
5. В чем заключается паллиативная и радикальная операции при данном пороке?

Эталон ответа

1. Сформулируйте диагноз

Врожденный порок сердца синего типа, тетрада Фалло.

2. Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?

УЗИ сердца с доплерографией, рентгенография грудной клетки, рентгеноконтрастное исследование сердца, ЭКГ, мониторинг артериального давления.

3. Причины постепенного появления диффузного цианоза при этом пороке.

Цианоз проявляется в силу обеднения малого круга кровообращения, за счет право-левого сброса. Диффузный цианоз развивается постепенно, так как при рождении функционирует открытый артериальный проток, затем развиваются коллатерали.

4. Назовите анатомию данного порока?

Дефект межжелудочковой перегородки, стеноз лёгочной артерии (инфундибулярный), гипертрофия миокарда правого желудочка, дэкстрапозиция аорты «верхом» над межжелудочковой перегородкой.

5. В чем заключается паллиативная и радикальная операции при данном пороке?

Паллиативная операция предусматривает наложение системно-легочных анастомозов. Классический или модифицированный анастомоз по Blalock-Taussig между подключичной артерией и легочной артерией является операцией выбора у младенцев младше 3 месяцев. Радикальная операция состоит в закрытии дефекта межжелудочковой перегородки заплатой, устранение инфундибулярного стеноза, резекция или пластика выводного отдела правого желудочка и при необходимости – трансанулярной пластики выводного тракта правого желудочка.

Ситуационная задача №2

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациент У. 60 лет, госпитализирован СМП с жалобами на неритмичное сердцебиение, одышку, тошноту, слабость, которые возникли после интенсивной физической нагрузки (быстрый подъем на 4 этаж). В анамнезе больной периодически отмечал подобные внезапно возникающие кратковременные приступы неритмичного сердцебиения при физической нагрузке, а также после употребления крепкого кофе, которые проходили самостоятельно. Длительность текущего приступа около 10 суток. В связи с нарастанием вышеперечисленных жалоб, вызвал бригаду СМП. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы гиперемированные. ЧД 20 в минуту. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца

приглушены, аритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС – 140 в минуту, Ps – 130/минуту, АД - 160/80. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. По данным ЭКГ: отсутствие во всех отведениях зубца Р, беспорядочные низкоамплитудные волны f, различной формы, нерегулярный ритм желудочков, комплекс QRS не изменен.

Контрольные вопросы и задания.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Приведите дополнительные методы обследования.
3. Какова тактика лечения в данном случае.
4. Какие варианты хирургического лечения возможны в случае неэффективности проводимой антиаритмической терапии и возникновении частых рецидивов ФП.
5. Какое диагностическое исследование необходимо осуществить до выполнения кардиоверсии, с целью профилактики тромбоэмболических осложнений.

Эталон ответа

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
Персистирующая фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. НК II А. Артериальная гипертензия II ст., 2 ст, риск 2.
2. Приведите дополнительные методы обследования.
ЭКГ, суточное ЭКГ мониторирование, чреспищеводное ЭхоКГ
3. Какова тактика лечения в данном случае.
Проведение чреспищеводное ЭхоКГ: при отсутствии тромба в полости левого предсердия показана ранняя кардиоверсия, при наличии тромба – антикоагулянтная терапия в течение 3 недель, с последующим повтором чреспищеводного ЭхоКГ и определения возможности кардиоверсии. После восстановления синусового ритма назначение антиаритмической терапии и контрольное ЭКГ мониторирование.
4. Какие варианты хирургического лечения возможны в случае неэффективности проводимой антиаритмической терапии и возникновении частых рецидивов ФП.
При рецидивах фибрилляции предсердий, рефрактерных к медикаментозному лечению применяют радиочастотную абляцию путей циркуляции в предсердии или деструкцию АВ-соединения с имплантацией электрокардиостимулятора.
5. Какое диагностическое исследование необходимо осуществить до выполнения кардиоверсии, с целью профилактики тромбоэмболических осложнений.
Необходимо выполнить чреспищеводное ЭхоКГ, с целью исключения тромбоза ушек левого и правого предсердий, а также тромботических масс в самих предсердиях. После кардиоверсии или радиочастотной абляции с последующим восстановлением синусового ритма и сократительной способности предсердий возможны эмболические осложнения, в случае наличия тромботических масс.

Ситуационная задача №3

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Пациент З., 62 лет, с жалобами на одышку, боли, дискомфорт давящего и сжимающего характера, возникающие при физической нагрузке (быстрая ходьба, ходьба более 100 м, подъем в гору), купирующиеся покоем и приемом нитратов, отечность нижних конечностей. Длительный гипертонический анамнез, с максимальным подъемом АД до 170 мм. Рт. ст., постоянно принимает периндоприл 10 мг. Без предварительного коронарного год назад перенес переднебоковой Q- ИМ. По этому поводу проходил лечение в стационаре по м/ж. Ухудшение состояния в виде прогрессирования вышеуказанных жалоб. По данным СКГ – правый тип коронарного кровотока, субтотальный стеноз передней межжелудочковой ветви ЛКА в проксимальном сегменте, стеноз 75% ветви тупого края ОА в среднем сегменте, окклюзия правой коронарной артерии от устья. Объективный статус: Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Тип конституции гиперстеник, рост 178 см вес 93 кг. Пастозность голеней. Костно-суставной аппарат: без видимой патологии. Грудная клетка цилиндрической формы, симметрична, безболезненная при пальпации. Отмечается разлитой верхушечный толчок. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на область верхушки сердца выслушивается систолический шум, ЧСС 78 уд. в мин, АД 130/80 мм. рт. ст. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.

В общем анализе крови: гемоглобин – 144 г/л, эритроциты -4,8 млн, гематокрит - 46%, лейкоциты - 4,1 тыс. (п/я -1 %, с/я - 64%), лимфоциты-25%, эозинофилы-1%, моноциты-2%, СОЭ-11 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза - 110 мг/дл, креатинин - 1,1 мг/дл, общий билирубин - 0,9 мг/дл, общий холестерин -298 мг/дл, триглицериды - 323 мг/дл. На ЭКГ: неполная блокада правой ножки пучка Гиса, Q – рубец по передней стенке, гипертрофия миокарда левого желудочка. На Эхо-КГ: правое предсердие 36х42мм, левое предсердие 49х55мм, диаметр кольца митрального клапана 32мм, регургитация на митральном клапане II ст. (струя регургитации центральная), фракция выброса 50%.

Контрольные вопросы и задания.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какой вид хирургического лечения предпочтителен для пациента.
3. Какими преимуществами обладает пластическая клапанная коррекция против протезирования.
4. К каким последствиям может привести отказ от коррекции недостаточности митрального клапана.
5. Назовите значимые послеоперационные осложнения коронарного шунтирования.

Эталон ответа

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

ИБС, постинфарктный кардиосклероз, стабильная стенокардия напряжения III КФК. Недостаточность митрального клапана ишемического генеза. НК II Б. Дислипидемия.

2. Какой вид хирургического лечения предпочтителен для пациента.

Учитывая значимое трехсосудистое поражение коронарного русла, показано выполнение аортокоронарного шунтирования. Также у пациента имеется недостаточность митрального клапана ишемического генеза, показана пластика или протезирование митрального клапана механическим или биологическим протезом.

3. Какими преимуществами обладает пластическая клапанная коррекция против протезирования.

Непродолжительный прием антикоагулянтной терапии и осложнений связанных с ее применением, отсутствие биодеградации клапана, низкий риск тромботических осложнений.

4. К каким последствиям может привести отказ от коррекции недостаточности митрального клапана.

Интраоперационно – острая сердечная недостаточность в раннем послеоперационном периоде требующая массивной инотропной поддержки. В послеоперационном периоде – прогрессирование симптомов недостаточности кровообращения (одышка, отеки, отек легких), частые пароксизмы наджелудочковых тахикардий.

5. Назовите значимые послеоперационные осложнения коронарного шунтирования.

К наиболее значимым осложнениям относятся периоперационный инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, периоперационное кровотечение, периоперационный инсульт, жизнеугрожающие аритмии.

Ключи к задачам:

Вопрос	Ответ
Ситуационная задача №1	<i>Сформулируйте диагноз</i> <u>Врождённый порок сердца синего типа, тетрада Фалло.</u> <i>Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?</i> <u>УЗИ сердца с доплерографией, рентгенография грудной клетки, рентгеноконтрастное исследование сердца, ЭКГ, мониторинг артериального давления.</u> <i>Причины постепенного появления диффузного</i>

	<u>цианоза при этом пороке.</u> <u>Цианоз проявляется в силу обеднения малого круга кровообращения, за счет право-левого сброса. Диффузный цианоз развивается постепенно, так как при рождении функционирует открытый артериальный проток, затем развиваются коллатерали.</u> <u>Назовите анатомию данного порока?</u> <u>Дефект межжелудочковой перегородки, стеноз лёгочной артерии (инфундибулярный), гипертрофия миокарда правого желудочка, декстропозиция аорты «верхом» над межжелудочковой перегородкой.</u> <u>В чем заключается паллиативная и радикальная операции при данном пороке?</u> <u>Паллиативная операция предусматривает наложение системно-легочных анастомозов Классический или модифицированный анастомоз по Blalock-Taussig между подключичной артерией и легочной артерией является операцией выбора у младенцев младше 3 месяцев. Радикальная операция состоит в закрытии дефекта межжелудочковой перегородки заплатой, устранение инфундибулярного стеноза, резекция или пластика выводного отдела правого желудочка и при необходимости – трансанулярной пластики выводного тракта правого желудочка.</u>
Ситуационная задача №2	<u>Предположите наиболее вероятный диагноз.</u> <u>Персистирующая фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. НК II А.</u> <u>Артериальная гипертензия II ст., 2 ст, риск 2.</u> <u>Приведите дополнительные методы обследования.</u> <u>ЭКГ, суточное ЭКГ мониторинг, чреспищеводное ЭхоКГ</u> <u>Какова тактика лечения в данном случае.</u> <u>Проведение чреспищеводное ЭхоКГ: при отсутствии тромба в полости левого предсердия показана ранняя кардиоверсия, при наличии тромба – антикоагулянтная терапия в течение 3 недель, с последующим повтором чреспищеводного ЭхоКГ и определения возможности кардиоверсии. После восстановления синусового ритма назначение антиаритмической терапии и контрольное ЭКГ мониторинг.</u> <u>Какие варианты хирургического лечения возможны в случае неэффективности проводимой антиаритмической терапии и возникновении частых рецидивов ФП.</u> <u>При рецидивах фибрилляции предсердий, рефрактерных к медикаментозному лечению применяют радиочастотную абляцию путей циркуляции в предсердии или деструкцию АВ-</u>

	<u>соединения с имплантацией электрокардиостимулятора.</u> <i>Какое диагностическое исследование необходимо осуществить до выполнения кардиоверсии, с целью профилактики тромбоэмболических осложнений.</i> Необходимо выполнить <u>чреспищеводное ЭхоКГ</u>, с целью исключения тромбоза ушек левого и правого предсердий, а также тромботических масс в самих предсердиях. После кардиоверсии или <u>радиочастотной аблации</u> с последующим восстановлением синусового ритма и сократительной способности предсердий возможны эмболические осложнения, в случае наличия тромботических масс.
Ситуационная задача №3	<u>Предположите наиболее вероятный диагноз. ИБС, постинфарктный кардиосклероз, стабильная стенокардия напряжения III КФК. Недостаточность митрального клапана ишемического генеза. НК II Б. Дислипидемия.</u> <i>Какой вид хирургического лечения предпочтителен для пациента.</i> <u>Учитывая значимое трехсосудистое поражение коронарного русла, показано выполнение аортокоронарного шунтирования. Также у пациента имеется недостаточность митрального клапана ишемического генеза, показана пластика или протезирование митрального клапана механическим или биологическим протезом.</u> <i>Какими преимуществами обладает пластическая клапанная коррекция против протезирования.</i> <u>Непродолжительный прием антикоагулянтной терапии и осложнений связанных с ее применением, отсутствие биодegradации клапана, низкий риск тромботических осложнений.</u> <i>К каким последствиям может привести отказ от коррекции недостаточности митрального клапана.</i> <u>Интраоперационно – острая сердечная недостаточность в раннем послеоперационном периоде требующая массивной инотропной поддержки. В послеоперационном периоде – прогрессирование симптомов недостаточности кровообращения (одышка, отеки, отек легких), частые пароксизмы наджелудочковых тахикардий.</u>

	<i>Назовите значимые послеоперационные осложнения коронарного шунтирования.</i> <u>К наиболее значимым осложнениям относятся</u> <u>периоперационный инфаркт миокарда,</u> <u>сердечная недостаточность, периоперационное</u> <u>кровотечение, периоперационный инсульт,</u> <u>жизнеугрожающие аритмии.</u>
--	--

Примеры ответов на экзаменационный вопрос

Вопрос.

Дайте развернутое описание в соответствии с запросом.

Острый панкреатит: определение, классификация, клиника, диагностика, лечение.

Эталон ответа

Острый панкреатит: определение.

Острый панкреатит – это асептическое воспаление демаркационного типа, в основе которого лежат некроз ацинарных клеток поджелудочной железы, и ферментная агрессия с последующим расширяющимся некрозом и дистрофией железы, при которых возможно поражение окружающих тканей и отдаленных органов, а также систем и присоединение вторичной гнойной инфекции.

Острый панкреатит: классификация.

По этиологии: идиопатический, билиарный (желчнокаменный), алкогольный, медикаментозный, другие виды острого панкреатита. По степени тяжести: а) лёгкой степени; панкреонекроз при данной форме острого панкреатита не образуется (отёчный панкреатит) и органная недостаточность не развивается; б) средней степени; характеризуется наличием либо одного из местных проявлений заболевания: острое перипанкреатическое жидкостное скопление, острое некротическое скопление, перипанкреатический инфильтрат, ПКПЖ, отграниченный некроз, – или/и развитием общих проявлений в виде транзиторной органной недостаточности (не более 48 часов); в) тяжёлой степени; характеризуется наличием либо инфицированного панкреонекроза (гнойно-некротического парапанкреатита), или/и развитием персистирующей органной недостаточности (более 48 часов). По наличию осложнений: неосложненный, осложненный (например, кровотечение).

Острый панкреатит: клиника

Клиника зависит от морфологической формы, фазы заболевания, тяжести синдрома системного воспалительного ответа и развития органной (полиорганной) недостаточности. При установлении диагноза обращают внимание на наличие следующих признаков: интенсивный не купируемый болевой синдром опоясывающего характера в эпигастрии с иррадиацией в спину, многократная рвота, вздутие живота. Также пациент может отмечать сухость во рту / жажду.

Острый панкреатит: диагностика.

Наличие указанных выше жалоб, а также данные анамнеза о предшествующем обильном приеме пищи или алкоголя, наличии желчнокаменной болезни, выполнения операции. При осмотре: в ранние сроки заболевания температура тела субфебрильная, при прогрессировании может наблюдаться гектическая лихорадка; язык сухой, обложен, кожа и слизистые оболочки чаще бледные, могут отмечаться желтуха и иктеричность склер, цианоз, особенно лица и конечностей (симптомы Мондора, Грея–Турнера, Грюнвальда), в поздние сроки заболевания цианоз может смениться яркой гиперемией кожных покровов; живот участвует в дыхании, вздут, может отмечаться напряжение мышц в верхней половине живота; При пальпации определяются боль в эпигастральной области, симптомы Воскресенского, Мейо-Робсона, Керте. При перкуссии наблюдается: выраженный тимпанит вследствие пареза поперечной ободочной кишки; притупление в отлогах места живота при наличии выпота в брюшной полости. При аускультации отмечается ослабление или отсутствие кишечных шумов как проявление динамической кишечной непроходимости. При подозрении на острый панкреатит выполняют общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с определением белка, билирубина, определение активности аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы в крови, мочевины, креатинина, глюкозы,

амилазы. При остром панкреатите средней/тяжёлой степени необходимыми исследованиями являются коагулограмма, выявление уровня С-реактивного белка и липазы. у всех пациентов с подозрением на острый панкреатит рекомендуется выполнять УЗИ органов брюшной полости, оценивая увеличение размеров, снижение эхогенности, нечёткость контуров поджелудочной железы; наличие жидкости в сальниковой сумке и свободной жидкости в брюшной полости. У пациентов с тяжёлым панкреатитом при компьютерной учитывают конфигурацию некроза поджелудочной железы и распространённость парапанкреатита. МРТ следует выполнять, когда у пациента имеются противопоказания к проведению КТ, Последующие КТ (МРТ) органов брюшной полости рекомендуется выполнять при прогрессировании заболевания, при отсутствии эффекта от лечения и для уточнения локализации очагов нагноения перед выполнением дренирующих вмешательств.

Острый панкреатит: лечение.

Лечение также зависит от форм панкреатита. Всех пациентов с установленным диагнозом ОП лёгкой степени необходимо госпитализировать в хирургическое отделение или койки краткосрочного пребывания стационарного отделения скорой медицинской помощи. Лечебно-диагностический комплекс для пациентов с острым панкреатитом средней/тяжёлой степени необходимо проводить в условиях ОРИТ, после купирования явлений органной недостаточности и стабилизации состояния возможен перевод пациентов в хирургическое отделение. В состав базисного комплекса входят: голод в течение суток, спазмолитики, инфузионная терапия в объёме ~ 40 мл на 1 кг массы тела пациента в сутки в течение 24-48 часов, антисекреторная терапия. При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии в течение 6 часов и наличии хотя бы ещё одного из признаков шкалы экспресс оценки следует констатировать среднетяжёлый (тяжёлый) панкреатит и перевести пациента в ОРИТ. Также при всех степенях тяжести необходимо купирование болевого синдрома. Применение антибактериальной профилактики при лечении пациентов с неосложненным острым панкреатитом не рекомендуется. При тяжёлом остром панкреатите который, как правило, сопровождается кишечным парезом и гастростазом, следует рассмотреть продлённую назогастральную декомпрессию, зондовое питание, энтеросорбцию. При выявлении перитонеального синдрома, а также при необходимости дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов брюшной полости рекомендуется выполнение лапароскопии или чрескожного дренирования брюшной полости под УЗ-контролем. Миниинвазивные вмешательства также рекомендуются при осложненных формах острых жидкостных/некротических скоплений, а при их неэффективности – применение видео ассистированной забрюшинной некрэктомии и использование минилапаротомных и внебрюшинных доступов. Основным методом санации гнойно-некротических очагов в забрюшинной клетчатке является некрсеквестрэктомия, которая может быть, как одномоментной, так и многоэтапной, и достигается как минимально инвазивными, так и традиционными методами. Также хирургическое лечение рассматривается при наличии кист поджелудочной железы, наружных панкреатических свищей, абдоминальном компартмент-синдроме.

Полный комплект оценочных средств для дисциплины «Госпитальная хирургия» представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета.