

Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР

_____ Е.В. Коновалова

16 июня 2022 г., протокол УС №6

Хирургические болезни

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Многопрофильной клинической подготовки**

Учебный план о310848-СкорМедПом-20-1.plx
Специальность: Скорая медицинская помощь

Квалификация **Врач-скорой медицинской помощи**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **3 ЗЕТ**

Часов по учебному плану	108	Виды контроля в семестрах: зачеты 2
в том числе:		
аудиторные занятия	48	
самостоятельная работа	60	

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	2 (1.2)		Итого	
	16			
Неделя	уп	рп	уп	рп
Лекции	4	4	4	4
Практические	44	44	44	44
Итого ауд.	48	48	48	48
Контактная	48	48	48	48
Сам. работа	60	60	60	60
Итого	108	108	108	108

Программу составил(и):

зав.кафедрой, д.м.н., профессор, Климова Н.В

преподаватель, Салманов Юнус Магамедганифович

Рабочая программа дисциплины

Хирургические болезни

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.48 СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 25.08.2014г. №1091)

составлена на основании учебного плана:

Специальность: Скорая медицинская помощь

утвержденного учёным советом вуза от 16.06.2022г. протокол № 6.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Многопрофильной клинической подготовки

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Климова Н.В.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Программа дисциплины «Хирургические болезни» построена на основе современных требований к уровню подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры.
1.2	Цель дисциплины подготовка квалифицированного врача-специалиста скорой медицинской помощи, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными, и формированию у населения, мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В.ДВ.01
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Ординаторы имеющие высшее профессиональное образование по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Педиатрия"
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Производственная (клиническая) практика
2.2.2	Государственная итоговая аттестация
2.2.3	Подготовка и сдача государственного экзамена

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека	
ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	
ПК-8: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	- основы общей анестезии, применяемой на догоспитальном этапе;
3.1.2	- основы диагностики и неотложной помощи при острых заболеваниях и травмах органов брюш-ной
3.1.3	- основы диагностики и неотложной помощи при травмах опорно-двигательного аппарата;
3.1.4	- основы неотложной помощи при острых заболеваниях и травмах уха, горла и носа;
3.1.5	- основы неотложной помощи при травмах и заболеваниях нервной системы;
3.1.6	- основы неотложной помощи при острых заболеваниях и травмах глаза;
3.1.7	- основы неотложной помощи при термических поражениях;
3.1.8	- основы неотложной помощи при острых заболеваниях и травмах в урологии.
3.1.9	В области реаниматологии врач скорой помощи должен знать:
3.1.10	- клиническое и фармакологическое обоснование использования средств медиаторного действия (М- и Н-холиномиметики и холинолитики, альфа и бета-адреностимуляторы и андреноблокаторы), антиаритмических средств, наркотических анальгетиков, средств, применяемых для инфузионной
3.1.11	- показания и методы проведения реанимации, условия отказа от нее, особенности проведения реанимации у детей и новорожденных;
3.1.12	- причины развития острой дыхательной недостаточности, классификация, принципы лечения;
3.1.13	- причины, патогенез, классификация шока, тактику и принципы лечения при его разновидно-стях;
3.1.14	- причины развития, классификацию и лечение аллергических и коматозных состояний;
3.1.15	- особенности реанимации и интенсивной терапии при утоплении, повешении, электротравме;

3.1.16	- основные компоненты общей анестезии, применяемые на догоспитальном этапе, механизм действия и методику применения закиси азота, трилена, фторотана, барбитуратов, оксибутирата натрия, кетамина, препаратов нейролептанальгезии, фармакодинамику и способы применения местных анестетиков;
3.1.17	- аппаратуру ингаляционного наркоза, ее характеристику и эксплуатацию;
3.1.18	- аппаратуру для проведения искусственной вентиляции легких, ее характеристику и эксплуатацию.
3.1.19	В области неотложных состояний при острых заболеваниях и травмах органов брюшной и грудной полости врач скорой помощи должен знать:
3.1.20	- диагностику и тактику при остром аппендиците, особенности диагностики у беременных, в детском и старческом возрасте;
3.1.21	- диагностику и тактику при ущемленных грыжах, наиболее часто встречающиеся осложнения;
3.1.22	- диагностику и тактику при острой кишечной непроходимости, основные расстройства гомеостаза и методы их коррекции;
3.1.23	- диагностику и тактику при повреждении живота, клинику ранений паренхиматозных и полых органов, особенности диагностики при закрытых повреждениях живота;
3.1.24	- диагностику и неотложную помощь при повреждениях груди, механизмы развития ОДН, принципы лечения различных видов пневмоторакса, тактику при гемотораксе, неотложную помощь на
3.1.25	В области неотложных состояний при заболеваниях и травмах уха, горла и носа врач скорой помощи должен знать:
3.1.26	- принципы диагностики и лечения при ранениях и инородных телах;
3.1.27	- диагностику и неотложную помощь при переломах костей носа, носовых кровотечениях, внутрисерепных осложнениях заболеваний носа и придаточных пазух (лептоменингит, абсцессы моз-га);

3.1.28	- диагностику и неотложную помощь при травмах глотки, гортани и пищевода, нагноительных процессах и инородных телах.
3.1.29	В области неотложных состояний при заболеваниях и травмах глаза врач скорой помощи должен знать:
3.1.30	- клинические проявления и неотложную помощь при остром приступе глаукомы;
3.1.31	- характеристику ранений и ожогов глаза, принципы неотложной помощи, показания к госпита-лизации.
3.1.32	В области неотложной помощи при термических поражениях врач скорой помощи должен знать:
3.1.33	- общие сведения об ожогах, их классификацию, периоды ожоговой болезни, патогенез и клинику ожогового шока, методы интенсивной терапии;
3.1.34	- диагностику и неотложную помощь при солнечном и тепловом ударе, общем охлаждении и
3.1.35	В области неотложных состояний при острых заболеваниях и травмах в урологии должен знать:
3.1.36	- семиотику урологических заболеваний, неотложную помощь при острой задержке мочи;
3.1.37	- основы диагностики и неотложной помощи при воспалительных заболеваниях половых органов у
3.1.38	- основы диагностики и неотложной помощи при травмах мочеполовых органов.
3.2	Уметь:
3.2.1	- получить информацию о заболевании;
3.2.2	- применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки
3.2.3	- оценить тяжесть состояния больного, причину этого состояния;
3.2.4	- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий; оказать необходи-мую экстренную помощь;
3.2.5	- определить необходимость применения специальных методов исследования (электрокар-диография), выполнять и дать интерпретацию;
3.2.6	- обосновать поставленный диагноз, план и тактику ведения больного, показания к госпита-лизации, обеспечить транспортировку в стационар;
3.2.7	- оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здраво-охранению..
3.3	Владеть:
3.3.1	- основных методов реанимации при внезапной остановке кровообращения, острой дыха-тельной недостаточности, аллергических, коматозных состояниях, при повешении, утоплении, электротравме, особенности реанимации и интенсивной терапии у детей и новорожденных;
3.3.2	- основных методов общей анестезии, применяемыми на догоспитальном этапе;
3.3.3	- основных методов диагностики и неотложной помощи при неотложных состояниях в кли-нике внутренних болезней (при сердечно –сосудистых заболеваниях, заболеваниях респираторно-го тракта, болезнях органов брюшной полости, эндокринных заболеваниях, болезнях крови, ал-лергических
3.3.4	- основных методов диагностики и неотложной помощи при острых заболеваниях и травмах органов брюшной и грудной полости;
3.3.5	- основных методов диагностики и неотложной помощи при травмах опорно - двигательного аппарата;
3.3.6	- основных методов неотложной помощи при острых заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области, уха, горла и носа;
3.3.7	- основных методов неотложной помощи при психических заболеваниях;
3.3.8	- основных методов неотложной помощи при термических, ионизирующих и комбиниро-ванных
3.3.9	- основных методов неотложной помощи при инфекционных заболеваниях;
3.3.10	- основных методов неотложной помощи при острых заболеваниях и травмах в урологии.
3.3.11	
3.3.12	
3.3.13	
3.3.14	

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)							
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Общие принципы диагностики, лечения, профилактики и реаби-литации хирургических						

1.1	Общие принципы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации хирургических заболеваний. Особые диагностические приёмы. Тактический диагноз. Экстренная операция.. Срочная операция после предоперационной подготовки.. Плановая операция.. Консервативное лечение.. Тактический диагноз с выделением ведущего синдрома. Динамическое наблюдение. Пробное лечение. Диагностическая операция. Алгоритмы диагностики.	2	2	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	устный опрос
1.2	Общие принципы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации хирургических заболеваний. Особые диагностические приёмы. Тактический диагноз. Экстренная операция.. Срочная операция после предоперационной подготовки.. Плановая операция.. Консервативное лечение.. Тактический диагноз с выделением ведущего синдрома. Динамическое наблюдение. Пробное лечение. Диагностическая операция. Алгоритмы диагностики.	2	2	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	устный опрос
1.3	Изучение литературы для подготовки к теме. Подготовка реферативных сообщений. /Ср/	2	6	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	Подготовка реферативных сообщений.
	Раздел 2. Особенности профилактических и реабилитационных мероприятий в специализированных областях хирургии						

2.1	<p>Особенности профилактических и реабилитационных мероприятий в специализированных областях хирургии</p> <p>ранняя активация пациента, укорочение сроков постельного режима) . рациональные сроки и виды иммобилизации, предпочтение малотравматичным операциям, оперативным и функциональным методам фиксации в ортопедии). при плановых операциях – предоперационная подготовка (обучение упражнениям и двигательной активности раннего послеоперационного периода, откашливанию, поворотам и прилаживанию, самообслуживанию, при длительной периоде – укрепление мускулатуры, физиотерапевтическая подготовка тканей). в раннем послеоперационном периоде – профилактика осложнений постельного режима.</p> <p>2 часа /Лек/</p>	2	2	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	устный опрос
2.2	<p>Особенности профилактических и реабилитационных мероприятий в специализированных областях хирургии</p> <p>ранняя активация пациента, укорочение сроков постельного режима) . рациональные сроки и виды иммобилизации, предпочтение малотравматичным операциям, оперативным и функциональным методам фиксации в ортопедии). при плановых операциях – предоперационная подготовка (обучение упражнениям и двигательной активности раннего послеоперационного периода, откашливанию, поворотам и прилаживанию, самообслуживанию, при длительной периоде – укрепление мускулатуры, физиотерапевтическая подготовка тканей). в раннем послеоперационном периоде – профилактика осложнений постельного режима.</p> <p>/Пр/</p>	2	2	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	устный опрос

2.3	Изучение литературы для подготовки к теме. Подготовка реферативных сообщений. /Ср/	2	6	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	Подготовка реферативных сообщений.
Раздел 3. Язвенная болезнь							

3.1	<p>Язвенная болезнь</p> <p>Язвенная болезнь. Анатомия желудка и двенадцатиперстной кишки. Показания к хирургическому лечению язвы двенадцатиперстной кишки и язвы желудка.. Дифференциальный диагноз язвы желудка и первично-язвенной формы рака.. Особенности различных видов ваготомии.. Дренирующие желудок операции и когда они применяются.. Особенности резекции желудка при язвенной болезни.. Варианты остановки кровотечения из язвы желудка.. Лечебная тактика при язвенном кровотечении.. . Радикальные и паллиативные способы лечения перфоративной язвы.. . Неоперативные способы лечения язвенного стеноза и перфоративной язвы.. . Перфорация язвы. Клиническая картина и диагностика. Лечение. . Пилородуоденальный стеноз. Клиническая картина и диагностика. Лечение. Пенетрация язвы. Клиническая картина и</p>	2	4	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	устный опрос, решение ситуационных задач
3.2	Изучение литературы для подготовки к теме. Подготовка реферативных сообщений. /Ср/	2	5	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	Подготовка реферативных сообщений.
Раздел 4. Желчнокаменная болезнь.							
4.1	<p>Желчнокаменная болезнь. Факторы, вызывающие развитие желчнокаменной болезни. Клинические симптомы острого холецистита. Осложнения желчнокаменной болезни. Методы диагностики и Показания к хирургическому лечению острого холецистита. Современные методы диагностики и лечения механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом. Показания к хирургическому лечению. /Пр/</p>	2	4	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	устный опрос, решение ситуационных задач

4.2	Изучение литературы для подготовки к теме. Подготовка реферативных сообщений. /Ср/	2	6	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	Подготовка реферативных сообщений.
Раздел 5. Хирургическое лечение заболеваний толстой кишки.							
5.1	Хирургическое лечение заболеваний толстой кишки . Клинические симптомы , методы диагностики, дифференциальный диагноз болезни Крона и неспецифического язвенного колита.. Показания к хирургическому лечению неспецифического язвенного колита и болезни Крона.. Отличие методов хирургического лечения неспецифического язвенного колита и болезни Крона.. Какие клинические формы дивертикулеза толстой кишки.. Принципы лечения острого и хронического дивертикулита?. Наследственные полипозы толстой кишки. Семиотика проксимального и дистального рака ободочной кишки.. Радикальные, паллиативные резекции и симптоматические операции при	2	4	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	устный опрос, решение ситуационных задач
5.2	Изучение литературы для подготовки к теме. Подготовка реферативных сообщений. /Ср/	2	4	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	Подготовка реферативных сообщений.
Раздел 6. Хирургические аспекты воспаления поджелудочной							

6.1	Хирургические аспекты воспаления поджелудочной железы. Основные этиологические факторы острого панкреатита. Клинические симптомы острого панкреатита (в том числе объективные симптомы). Принципы проведения консервативной терапии острого панкреатита. Показания к оперативному лечению острого панкреатита. Показания к оперативному лечению различных форм хронического панкреатита. Принципы оперативного лечения хронического панкреатита. Клиническая симптоматика рака поджелудочной железы (при различной локализации). Основные методы диагностики рака поджелудочной железы. Радикальные и паллиативные оперативные вмешательства при раке поджелудочной железы /Пр/	2	4	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	устный опрос
6.2	Изучение литературы для подготовки к теме. Подготовка реферативных сообщений. /Ср/	2	2	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	устный опрос, решение ситуационных задач
Раздел 7. Болезни щитовидной железы и надпочечников							
7.1	Болезни щитовидной железы и надпочечников. Основные типы клеток щитовидной железы. Основные лабораторные и инструментальные методы исследования щитовидной железы, показания к их применению. Синдром тиреотоксикоза. Основные причины гипотиреоза. Клинические проявления тиреотоксикоза. Заболевания проявляющиеся синдромом узлового зоба /Пр/	2	4	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	устный опрос

7.2	Изучение литературы для подготовки к теме. Подготовка реферативных сообщений. /Ср/	2	6	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	Подготовка реферативных сообщений.
Раздел 8. Эндоскопическая хирургия							

8.1	Эндоскопическая хирургия. Показания к проведению экстренной колоноскопии. Схема подготовки кишечника к колоноскопии. Неудачи, связанные с проведением эндоскопического гемостаза. Абсолютные противопоказания к экстренной гастроскопии. Профилактическое бужирование пищевода после химического ожога. Показанием к проведению эндоскопической полипэктомии. Противопоказаниями к проведению ригидной бронхоскопии Контроль качества предстерилизационной очистки эндоскопов. Показаниями для проведения фибробронхоскопии. Показанием к трансbronхиальной щипцовой биопсии. /Пр/	2	4	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	устный опрос, отработка практических навыков в аудиториях симуляционного центра МИ СурГУ
8.2	Изучение литературы для подготовки к теме. Подготовка реферативных сообщений. /Ср/	2	6	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	Подготовка реферативных сообщений.
Раздел 9. Хирургическая инфекция							
9.1	Хирургическая инфекция Этиология патогенез. локализации внутрибольничных инфекций: зона оперативного вмешательства; .дыхательные, мочевыводящие пути кожа; . мягкие ткани.. Классические местные признаки воспаления Генез местных проявлений острого воспаления. Системные воспалительные реакции Синдром локальной воспалительной реакции и синдром системной воспалительной реакции. Классификация. Общие принципы лечения хирургической инфекции. Антибактериальная терапия. Дезинтоксикационная терапия. . Иммунокоррекция. Хирургические осложнения сахарного диабета. Диабетическая гнойная остеоартропатия. /Пр/	2	4	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	устный опрос

9.2	Изучение литературы для подготовки к теме. Подготовка реферативных сообщений. /Ср/	2	2	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	Подготовка реферативных сообщений.
Раздел 10. Острая артериальная непроходимость магистральных сосудов							
10.1	Острая артериальная непроходимость магистральных сосудов Классификация ЗПА, основные нозологические формы и их отличия друг от друга.. ОА сосудов нижних конечностей, его клинической картине, консервативной терапии и основных методах хирургического лечения. Особенности НАА (характерные морфологические изменения, отличия от ОА, клиническая картина).. Облитерирующий тромбангиит: морфологические изменения, клиническая картина, прогноз, лечение.. Диабетическая ангиопатия, склероз Менкенберга. Хроническая ишемия нижних конечностей. Консервативная терапия при ЗПА.. . Операции у больных с ЗПА .Картина ОАН нижних конечностей (классификация, клиническая	2	4	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	устный опрос
10.2	Изучение литературы для подготовки к теме. Подготовка реферативных сообщений. /Ср/	2	3	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	Подготовка реферативных сообщений.
Раздел 11. Хирургические аспекты болезней сердца							

11.1	Хирургические аспекты болезней сердца. Классификация врожденных и приобретенных пороков сердца, Основные пороки, принципы их хирургической коррекции.. Опухоли сердца, их хирургическое лечение. Ранения сердца, особенностях диагностики и хирургической тактики.. Септический эндокардит и абсцессы сердца, специфика их хирургического лечения Показания к хирургическому лечению аортальных пороков сердца.. Виды постинфарктной аневризмы сердца, ее хирургическая коррекция.. . Приобретенные пороки митрального клапана сердца и их хирургическое лечение.. Радикальные и	2	4	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	устный опрос
11.2	Изучение литературы для подготовки к теме. Подготовка реферативных сообщений. /Ср/	2	6	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	Подготовка реферативных сообщений.
	Раздел 12. Хирургические осложнения са-харного диабета. Диабетическая гнойная остеоартропатия.						
12.1	Хирургические осложнения сахарного диабета. Диабетическая гнойная остеоартропатия. Псевдоперитонит при диабете. Острое желудочно-кишечное кровотечение при диабете. Гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей при диабете. Синдром диабетической стопы /Пр/	2	4	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	устный опрос

12.2	Изучение литературы для подготовки к теме. Подготовка реферативных сообщений. /Ср/	2	4	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	Подготовка реферативных сообщений.
Раздел 13.							
13.1	/Контр.раб./	2	2	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1	0	Презентация клинического случая

	Раздел 14.						
14.1	/Зачёт/	2	2	ПК-1 ПК-2 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3	0	Подготовка к теоретическому опросу. Подготовка к тестированию. Подготовка к решению ситуационных задач.

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Представлены отдельными документами

5.2. Темы письменных работ

Представлены отдельными документами

5.3. Фонд оценочных средств

Представлены отдельными документами

5.4. Перечень видов оценочных средств

Текущий контроль: устный опрос, решение ситуационных задач, отработка практических навыков в аудиториях симуляционного центра МИ СурГУ, защита рефератов

Контрольная работа: презентация клинического случая

Промежуточный контроль: теоретические вопросы, тестовый контроль, решение ситуационных задач

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	С.Ф. Багненко; И.Н. Ершова	Справочник врача скорой и неотложной медицинской помощи	, 2011 http://e.lanbook.com/books/ele	0
Л1.2	А. В. Тополянский В.	Скорая медицинская помощь	, 2013	5
Л1.3	С. Ф. Багненко, А. Л. Вёрткина, А. Г. Мирошниченко, М. Ш. Хубутии	Руководство по скорой медицинской помощи	ГЭОТАР-Медиа, 2010, http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970417331.htm	0
Л1.4	С.В. Петрова.	Общая хирургия	2012 http://e.lanbook.com/books/element.php?pl1_id=60126	0
Л1.5	М. И. Кузина.	Хирургические болезни	2015 http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433713.h	0

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Радущкевич В. Л., Барташевич Б. И.	Реанимация и интенсивная терапия для практикующего врача	Москва: Медицинское информационное агентство, 2011	3

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.2	Корячкин В. А., Эмануэль В. Л., Страшнов В. И.	Диагностика в анестезиологии и интенсивной терапии: руководство для врачей	Санкт-Петербург: СпецЛит, 2011	1
Л2.3	под ред. К. Олмана, Э. МакИндоу, А. Уилсона пер. с англ. А. А. Митрохина ; под ред. Е. А. Евдокимова и А. А. Митрохина	Неотложные состояния в анестезиологии	, 2012	3
Л2.4	гл. ред.: Б. Р. Гельфанд, А. И. Салтанов	Интенсивная терапия национальное руководство	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2011	3

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Департамент образования и науки Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, Сургутский государственный университет Ханты- Мансийского автономного округа, Кафедра госпитальной хирургии[под общ. ред. В. В. Дарвина]	Практические навыки по хирургии	, 2006	0
Л3.2	Департамент образования и молодежной политики Ханты- Мансийского автономного округа - Югры, ГБОУ ВПО "Сургутский государственный университет Ханты- Мансийского автономного округа - Югры", Кафедра факультет-ской хирургии ; сост.: Е. В. Дрожжин и др	2) Облитерирующие заболевания периферических артерий с синдромом критической ишемии : учебное пособие	, 2014	0

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
ЛЗ.3	О. А. Мальков	Модульно-рейтинговая технология при подготовке клинических ординаторов по специальности "Анестезиология и реаниматология"	СурГУ, 2011, https://elib.surgu.ru/fulltext/SCIENCE/2012	1
ЛЗ.4	Л. Д. Белоцерковцева	4) Клинические протоколы анестезиологии, интенсивной терапии, реанимации и трансфузиологии в акушерстве :	: Издательский центр СурГУ, , 2011	0
ЛЗ.5	В. В. Дарвин и др	Трансфузиология в хирургии : учебное пособие	Издательский центр СурГУ, , 2015	0
ЛЗ.6	Л. Л. Завертайло и др.	6) Современные принципы анестезиологического обеспечения операций эндопротезирования тазобедренного сустава : учебно-методическое	Издательский центр СурГУ, , 2014	0

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	http://www.znaniium.com/ (коллекция электронных версий изданий (книг, журналов, статей и т.д.))
Э2	http://www.internist.ru/ (всероссийская образовательная интернет-программа для врачей)
Э3	http://www.elibrary.ru (Научная электронная библиотека)

6.3.1 Перечень программного обеспечения

6.3.1.1	Операционные системы Microsoft
6.3.2 Перечень информационных справочных систем	
6.3.2.1	http://www.garant.ru информационно-правовой портал Гарант.ру
6.3.2.2	http://www.consultant.ru справочно-правовая система Консультант плюс

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	<p>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа №224, оснащена: комплект специализированной учебной мебели, маркерная доска, комплект (переносной) мультимедийного оборудования — компьютер, проектор, проекционный экран, персональные компьютеры – 25 шт.</p> <p>Количество посадочных мест - 48</p> <p>Используемое программное обеспечение: MicrosoftWindows, пакет прикладных программ MicrosoftOffice.</p> <p>Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.</p>
7.2	<p>Занятия практического типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации проводятся на базе Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи» в учебной аудитории № УК 52-48, оснащена: комплект специализированной учебной мебели, маркерная доска, негатоскоп, ноутбук (переносной).</p> <p>Количество посадочных мест - 10</p> <p>Технические средства обучения для представления учебной информации: комплект (стационарный/переносной) мультимедийного оборудования — компьютер, проектор, проекционный экран.</p> <p>Используемое программное обеспечение: MicrosoftWindows, пакет прикладных программ MicrosoftOffice.</p> <p>Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.</p> <p>Помещения и автомобили (наборы для автомобилей), предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, аппаратура для поддержания жизненно важных функций организма), анализатор для измерения кислотно-щелочного состояния и электролитов ABL 800 FLEX, набор для интубации трахеи со сменными прямыми и изогнутыми клинками многоцветный 15 шт., набор для катетеризации периферических и магистральных вен одноразовый, дефибриллятор и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры. Аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные</p>

7.3	<p>Аудитории симуляционно-тренингового аккредитационного центра № 1 Б, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, лабораторными инструментами и расходными материалами: телементор, синтомед, ANATOMAGE 4. Интерактивный комплекс – 3D Патанатомия, advancedVenerunctureArm, Limbs&Thingsltd, тренажер для проведения инъекций, тренажер для отработки проведения пункции и дренажа грудной клетки, тренажер измерения АД, BT-CEAB2, BTIncSeoulbranch, UN/DGN-VAult, Honglian. Z990, Honglian. тонометр, фонендоскоп, пульсоксиметр, негатоскоп, САМП, ExcellusTecnologies, аускультативный манекен, PAT, ExcellusTecnologies, Аускультативный манекен Система аускультации у постели больного SimulScore, тренажер абдоминального пациента, Limbs&Things, клинический тренажер для обследования мужского таза Limbs&Things, NursingBaby, тренажер для обучения навыкам ухода и лечения ряда пациентов стационарного отделения для новорожденных NursingKid, тренажер для отработки навыков по уходу и лечению ряда стационарных пациентов детского возраста, усовершенствованный бедфордский манекен женский/мужской Adam, Rouilly, тренажер катетеризации мочевого пузыря Limbs&Thingsltd, симулятор для отработки навыков зондового кормления, KokenCo, SimBaby, Laerdal, манекен новорожденного ребенка для отработки навыков реанимации новорожденных, ResusciBaby, Laerdal, тренажер для обучения технике СЛР и спасения детей, манекен удушья ребенка Adam, Rouilly, манекен удушья взрослого Adam, Rouilly, BT-CPEA, BTIncSeoulbranch, SaveManAdvance, KokenCo, Ltd, тренажер Труман-Травма, симулятор сердечно-легочной реанимации (СЛР) SHERPA, компьютерный робот-симулятор Аполлон, CAE Healthcare, компьютерный робот-симулятор СимМэн 3G, макет автомобиля скорой медицинской помощи, ПО "Зарница", манекен-тренажер 15 отведений ЭКГ, Nasco/Simmulaidс. Набор накладных муляжей для имитации ран и кровотечений Nasco/Simmulaidс, фантом-симулятор люмбальной пункции, KyotoKagakuCo, Ltd, педиатрический манекен-имитатор для обучения люмбальной пункции. LT00310. LM-027, тренажер для постановки клизмы. Перевязочные средства, медицинская мебель, расходные материалы - в количестве достаточном для освоения умений и навыков, предусмотренных профессиональной деятельностью, индивидуально. Библиотека результатов</p>
-----	--

Приложение 1

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Сургутский государственный университет»**

ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Приложение к рабочей программе по дисциплине

Хирургические болезни

Специальность:
31.08.48 Скорая медицинская помощь

Уровень подготовки кадров высшей квалификации
по программе ординатуры

Квалификация:
Врач скорой медицинской помощи

Форма обучения:
очная

Фонды оценочных средств утверждены на заседании кафедры **многопрофильной
клинической подготовки** «16» мая 2022 года, протокол №16

Зав.кафедрой д.м.н., профессор _____ Н.В.Климова

Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Компетенция ПК-1

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

Знает	Умеет	Владеет
комплекс мероприятий при хирургических заболеваниях, направленный на сохранение и укрепление здоровья и включающий в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленный на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	осуществить комплекс мероприятий при хирургических заболеваниях, направленный на сохранение и укрепление здоровья и включающий в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленный на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	методологией применения комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

Компетенция ПК-2

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

Знает	Умеет	Владеет
порядок проведения профилактических медицинских осмотров в хирургии, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	оценить данные профилактических медицинских осмотров в хирургии и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	оценкой данных профилактических медицинских осмотров в хирургии и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

Компетенция ПК8

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

Знает	Умеет	Владеет
основные способы применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии	оценить влияние природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов на	оценкой влияния природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов на

и других методов у хирургических пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	хирургических пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	хирургических пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
--	---	---

I Этап: Проведение текущего контроля успеваемости

Результаты текущего контроля знаний оцениваются по двухбалльной шкале с оценками:

- «аттестован»;
- «не аттестован».

Оценка	Критерий оценивания
Аттестован	Оценку «аттестован» заслуживает обучающийся, выполнивший верно, в полном объеме и в срок все задания текущего контроля.
Не аттестован	Оценку «не аттестован» заслуживает обучающийся не выполнивший в необходимом объеме задания данные для текущего контроля.

II Этап: Проведение промежуточной аттестации

Результаты текущего контроля знаний оцениваются по двухбалльной шкале с оценками:

- «зачтено»;
- «не зачтено».

Дескриптор компетенции	Показатель оценивания	Оценка	Критерий оценивания
Знает	комплекс мероприятий при хирургических заболеваниях, направленный на сохранение и укрепление здоровья и включающий в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленный на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания; порядок проведения профилактических медицинских осмотров в хирургии, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными; основные способы применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у хирургических пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Зачтено	глубоко и прочно освоил программный материал, исчерпывающе, последовательно грамотно и логически стройно его излагает, не затрудняется с ответом при видоизменении задания,
		Незачтено	знает только основной материал, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения последовательности изложения программного материала, не знает значительной части программного материала, допускает

			существенные ошибки,
Умеет	<p>осуществить комплекс мероприятий при хирургических заболеваниях, направленный на сохранение и укрепление здоровья и включающий в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленный на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;</p> <p>оценить данные профилактических медицинских осмотров в хирургии и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными; оценить влияние природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов на хирургических пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	Зачтено	<p>глубоко и прочно освоил программный материал,</p> <p>исчерпывающе, последовательно грамотно и логически стройно его излагает,</p> <p>не затрудняется с ответом при видоизменении задания,</p>
		Незачтено	<p>знает только основной материал, но не усвоил его деталей,</p> <p>допускает неточности, недостаточно правильные формулировки,</p> <p>нарушения последовательности изложения программного материала,</p> <p>не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки,</p>
Владеет	<p>методологией применения комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;</p>	Зачтено	<p>глубоко и прочно освоил программный материал,</p> <p>исчерпывающе, последовательно грамотно и логически стройно его излагает,</p> <p>не затрудняется с ответом при видоизменении задания,</p>
		Незачтено	знает только основной материал,

	оценкой данных профилактических медицинских осмотров в хирургии и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными; оценкой влияния природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов на хирургических пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении		но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения последовательности изложения программного материала, не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки,
--	--	--	--

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

1. Этап проведение текущей аттестации:

1.1 Список вопросов к разделам № 1- 12 для самостоятельной работы ординатора

Раздел №1

1. Общие принципы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации хирургических заболеваний.
2. Особые диагностические приёмы.
3. Тактический диагноз.
4. Экстренная операция..
5. Срочная операция после предоперационной подготовки..
6. Плановая операция.. Консервативное лечение..
7. Тактический диагноз с выделением ведущего синдрома.
8. Динамическое наблюдение.
9. Пробное лечение. Диагностическая операция.
10. Алгоритмы диагностики. Скрининговые исследования.

Раздел №2

1. Особенности профилактических и реабилитационных мероприятий в специализированных областях хирургии
2. ранняя активация пациента, укорочение сроков постельного режима) .
3. рациональные сроки и виды иммобилизации, предпочтение малотравматичным операциям, оперативным и функциональным методам фиксации в ортопедии).
4. при плановых операциях – предоперационная подготовка (обучение упражнениям и двигательной активности раннего послеоперационного периода, откашливанию, поворотам и прилаживанию, самообслуживанию,
5. при длительной периоде – укрепление мускулатуры, физиотерапевтическая подготовка тканей).
6. раннем послеоперационном периоде – профилактика осложнений постельного режима.

Раздел №3

1. Особенности резекции желудка при язвенной болезни.. .
2. Варианты остановки кровотечения из язвы желудка.
3. . Лечебная тактика при язвенном кровотечении..
4. . Радикальные и паллиативные способы лечения перфоративной язвы..

Раздел №4

1. . Факторы, вызывающие развитие желчно-каменной болезни.
2. Клинические симптомы острого холецистита
3. .Осложнения желчно-каменной болезни.
4. Методы диагностики и Показания к хирургическому лечению острого холецистита

Раздел №5

1. Клинические симптомы , методы диагностики, дифференциальный диагноз болезни Крона и неспецифического язвенного колита..
2. Показания к хирургическому лечению неспецифического язвенного колита и болезни Крона..
3. Отличие методов хирургического лечения неспецифического язвенного колита и болезни Крона
4. Системные воспалительные реакции

Раздел №6

1. Хирургические аспекты воспаления поджелудочной железы.
2. Основные этиологические факторы острого панкреатита.
3. Клинические симптомы острого панкреатита (в том числе объективные симптомы).
4. Принципы проведения консервативной терапии острого панкреатита.
5. Показания к оперативному лечению

Раздел №7

1. Болезни щитовидной железы и надпочечников.
2. Основные типы клеток щитовидной железы.
3. Основные лабораторные и инструментальные методы исследования щитовидной железы, показания к их применению.
4. Синдром тиреотоксикоза.
5. Основные причины гипотиреоза.
6. Клинические проявления тиреотоксикоза.
7. Заболевания проявляющиеся синдромом узлового зоба

Раздел №8

1. Эндоскопическая хирургия.
2. Показания к проведению экстренной колоноскопии.
3. Схема подготовки кишечника к колоноскопии.
4. Неудачи, связанные с проведением эндоскопического гемостаза.
5. Абсолютные противопоказания к экстренной гастроскопии.
6. Профилактическое бужирование пищевода после химического ожога .

Раздел №9

1. Хирургическая инфекция
2. Этиология патогенез. локализации внутрибольничных инфекций: зона оперативного вмешательства; . дыхательные, мочевыводящие пути кожа; мягкие ткани..
3. Классические местные признаки воспаления
4. Генез местных проявлений острого воспаления.
5. Системные воспалительные реакции Синдром локальной воспалительной реакции и синдром системной воспалительной реакции. Классификация.
6. Общие принципы лечения хирургической инфекции.
7. Антибактериальная терапия. Дезинтоксикационная терапия. . Иммунокоррекция.

Раздел №10

1. Острая артериальная непроходимость магистральных сосудов

2. Классификация ЗПА, основные нозологические формы и их отличия друг от друга..
3. ОА сосудов нижних конечностей, его клинической картине, консервативной терапии и основных методах хирургического лечения.
4. Особенности НАА (характерные морфологические изменения, отличия от ОА, клиническая картина)..
5. Облитерирующий тромбангиит: морфологические изменения, клиническая картина, прогноз, лечение..
6. Диабетическая ангиопатия, склероз Менкенберга. Хроническая ишемия нижних конечностей. Консервативная терапия при ЗПА..
7. Операции у больных с ЗПА .Картина ОАН нижних конечностей (классификация, клиническая картина, методы лечения).

Раздел №11

1. Хирургические аспекты болезней сердца.
2. Классификация врожденных и приобретенных пороков сердца,
3. Основные пороки, принципы их хирургической коррекции..
4. Опухоли сердца, их хирургическое лечение. Ранения сердца, особенностях диагностики и хирургической тактики..
5. Септический эндокардит и абсцессы сердца, специфика их хирургического лечения
6. Показания к хирургическому лечению аортальных пороков сердца..

Раздел №12

1. Диабетическая гнойная остеоартропатия.
2. Псевдоперитонит при диабете.
3. Острое желудочно-кишечное кровотечение при диабете.
4. Гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки.
5. Анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей при диабете.
6. Синдром диабетической стопы.

1.3. Список типовых ситуационных задач к разделам № 3,4,5,6 для самостоятельной работы ординатора

Раздел №3

Задача. Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи.

Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10¹²/л, Нв – 100 г/л.

1. Ваш диагноз.
2. Какое осложнение возможно у больного?
3. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить?
4. Алгоритмы Ваших действий.
5. Принципы консервативной терапии.
6. Показания к оперативному лечению и возможные его варианты.
7. Ваши рекомендации при выписке.

Ответ

1. Предварительный диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением.
2. Гастродуоденальное кровотечение.
3. Из дополнительных методов необходимо определение группы крови и резус-фактора. После промывания желудка показана экстренная ФГДС.
4. Необходимо установить источник кровотечения и его локализацию, оценить степень кровопотери, попытаться остановить кровотечение неоперативными методами гемостаза, оценить риск рецидива кровотечения.
5. При остановившемся кровотечении или после эндоскопической остановки его проводится консервативное лечение, включающее инфузионную и гемостатическую терапию, противоязвенное лечение.

6. Показанием к экстренной операции является профузное гастродуоденальное кровотечение при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза. Срочные операции выполняются при неустойчивом гемостазе или рецидиве кровотечения после восстановления кровопотери и стабилизации витальных функций. При дуоденальном кровотечении язвенного генеза применяют прошивание кровоточащей язвы с ваготомией и пилоропластикой или резекцию желудка.
7. После выписки – наблюдение гастроэнтеролога, реабилитационный курс лечения в санаторных условиях.

Раздел №4

Задача 1. У больной 68 лет, страдающей желчно-каменной болезнью, после погрешности в диете внезапно возникли боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота желчью, гипертермия до 37,6, озноб. После приема но-шпы, боли купировались. Через сутки появилась желтушность кожных покровов, боли в животе оставались.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожа и склеры желтушны. Пульс 90 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Лейкоциты 10,2 x 10⁹/л, билирубин крови 60 мкмоль/л. Диастаза мочи 1024 ЕД.

1. Ваш диагноз.
2. Классификация заболевания.
3. Необходимые методы обследования для подтверждения диагноза.
4. *Ваша тактика:*
 - *основные направления консервативной терапии.*
 - *Показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.*
5. Прогноз.

Ответ 1. Острый холецистит. Механическая желтуха (холедохолитиаз).

2. Классификация по В.С.Савельеву, 1990 г.
3. Клинический анализ крови, билирубин, печеночные пробы, фибриноген, ПТИ, амилаза, общий анализ мочи, диастаза мочи. ФГДС, УЗИ.
4. Купирование болевого синдрома (блокада, спазмолитики, в/в капельницы, анальгетики) при неэффективности операция по срочным показаниям (холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха – малоинвазивными или обычными технологиями).
5. Выздоровление, ПХЭС.

Раздел №5

Задача. Больной К., 60 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался.

Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты – 16,2 x 10⁹/л, Эр – 3,4 x 10⁹/л, СОЭ 24 мм/ч.

1. Предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?
3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?
4. Алгоритм Ваших действий
5. Принципы консервативной терапии
7. Показания к операции и возможные варианты оперативных вмешательств.
8. Экспертиза трудоспособности.

Ответ

1. Острая толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или ректосигмоидного отдела толстой кишки.
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, проба фон Монтейфеля, экстренная ирригография, колоноскопия.

3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим атоническим колитом, копростазом, псевдообструкцией толстой кишки, различными формами мегалоколон, заворотом сигмы, неспецифическим язвенным колитом.
4. Инфузионно-спазмолитическая терапия, очистительные клизмы, лечебная колоноскопия, дренирование желудка, толстой кишки (попытка консервативной или колоноскопической декомпрессии толстой кишки). В случае неэффективности – не позднее чем через 6 – 12 часов после поступления – экстренная лапаротомия.
5. В зависимости от интраоперационной находки используют одно- двух- и трехмоментные методы операций. Во всех случаях главным моментом оперативного пособия является ликвидация кишечной непроходимости и сохранение жизни больного. На современном этапе при опухолях правого фланга толстой кишки используется правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом и, в случае необходимости, – проксимальной разгрузочной илеостомией. При obturational раке левого фланга толстой кишки рекомендуется выполнять первичную радикальную резекцию с терминальной колостомией (типа Гартмана). В случае неоперабельности – наложение перманентной колостомы проксимальнее обструкции.
6. Экспертиза трудоспособности проводится в зависимости от стадии онкопроцесса, характера проведенного лечения, индивидуальных возможностей реабилитации.

Раздел №6

Задача 1. Больной К., 47 лет доставлен в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Больной длительное время злоупотреблял алкоголем. Ухудшение после очередного запоя. Ранее неоднократно лечился в хирургических отделениях по поводу панкреатита.

Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 10 x 15 см, плотно-эластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет.

В анализе крови: Лейкоциты 14,1 x 10⁹/л, диастаза мочи – 512 ЕД.

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
3. Какая лечебно-диагностическая программа?
4. Показания к оперативному лечению. Виды операций.

Ответ

1. Обострение хронического рецидивирующего панкреатита. Киста поджелудочной железы.
2. ФГДС, УЗИ, компьютерная томография.
3. Общий анализ крови, диастаза мочи.
4. *Консервативное лечение по основным направлениям ОП:*
 - борьба с болью, восполнение ОЦК.
 - воздействие на местный патологический очаг,
 - уменьшение эндоинтоксикации,
 - коррекция тромбгеморрагических осложнений,
 - иммунокоррекция,
 - нутритивная и энергетическая поддержка.
5. При осложнениях кист – оперативное:
 - дренирующие операции,
 - резекция ПЖ.

Задача 2. У больного 38 лет после приема алкоголя появились выраженные боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота. Состояние тяжелое. Кожа лица гиперемирована, сухая. В легких жесткое дыхание, ослабленное слева. Пульс 120 в минуту, АД 150/90 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен. Живот увеличен в объеме, участвует в акте дыхания ограниченно в верхних отделах, болезненный в эпигастрии, где определяется ригидность и положительный симптом раздражения брюшины. Перистальтика отсутствует. Стула не было. При ультрасонографии установлено, что поджелудочная железа увеличена в размерах, контуры ее неровные, с очагами повышенного отражения. В сальниковой сумке скудное количество жидкости. Желчный пузырь не изменен. Холедох обычных размеров. В брюшной полости определяется свободная жидкость.

1. Ваш диагноз.
2. Классификация заболевания.
3. Необходимые методы обследования для подтверждения диагноза.
4. *Ваша тактика:*

- основные направления консервативной терапии.
- показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.

5. Прогноз.

Ответ

1. Острый деструктивный панкреатит (панкреонекроз). Ферментативный перитонит.
2. Классификация В.С.Савельева с соавт. 1983 г. Атланта 1990 г.
3. Клинический анализ крови, биохимия крови, амилаза, диастаза мочи. УЗИ, КТ, ФГДС.
4. По основным направлениям консервативной терапии острого панкреатита.
5. *Оперативное лечение (малоинвазивное, традиционное):*
 — неэффективность полноценной консервативной терапии, не позволяющей купировать гемодинамические нарушения и ПОН,
 — инфицированный ПН и /или панкреатогенный абсцесс, гнойный перитонит,
 — превалирование на 50% масштаба некроза поджелудочной железы по данным КТ
 — ангиографии или распространение некроза по забрюшинному пространству (стадия E).
6. Переход в ХП.

1.3. Отработка практических навыков в аудиториях симуляционного центра МИ СурГУ в соответствии с темами раздела №8.

1.4. Список тем рефератов и презентаций для самостоятельной работы ординатора

1. Выбор метода и особенности анестезии при язвенном кровотечении
2. Мониторинг и послеоперационный период при язвенном кровотечении
3. Предоперационное обследование и премедикация при язвенном кровотечении
4. Выбор метода и особенности анестезии при обтурационном холецистите
5. Мониторинг и послеоперационный период при обтурационном холецистите
6. Предоперационное обследование и премедикация при обтурационном холецистите
7. Выбор метода и особенности анестезии при язвенном колите и болезни Крона..
8. Мониторинг и послеоперационный период при язвенном колите и болезни Крона
9. Предоперационное обследование и премедикация при язвенном колите и болезни Крона
10. Выбор метода и особенности анестезии при тиреотоксикозе
11. Мониторинг и послеоперационный период при тиреотоксикозе
12. Предоперационное обследование и премедикация при тиреотоксикозе
13. Выбор метода и особенности анестезии при диабетической ангиопатии
14. Мониторинг и послеоперационный период при диабетической ангиопатии
15. Предоперационное обследование и премедикация при диабетической ангиопатии
16. Выбор метода и особенности анестезии при облитерирующем тромбангиите
17. Мониторинг и послеоперационный период при облитерирующем тромбангиите
18. Предоперационное обследование и премедикация при облитерирующем тромбангиите
19. Выбор метода и особенности анестезии при перфоративной язве
20. Мониторинг и послеоперационный период при перфоративной язве
21. Предоперационное обследование и премедикация при перфоративной язве
22. Выбор метода и особенности анестезии при перитоните
23. Мониторинг и послеоперационный период при перитоните
24. Предоперационное обследование и премедикация при перитоните
25. Выбор метода и особенности анестезии при ранении сердца
26. Мониторинг и послеоперационный период при ранении сердца
27. Предоперационное обследование и премедикация при ранении сердца
28. Выбор метода и особенности анестезии при хирургическом лечении аритмий
29. Мониторинг и послеоперационный период при хирургическом лечении аритмий
30. Предоперационное обследование и премедикация при хирургическом лечении аритмий

2. Контрольная работа.

2.1 Презентация клинического случая (клинический случай подбирается в соответствии с темами разделов 1-12)

3.Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине - зачета.

3.1. Список вопросов к промежуточной аттестации.

1. Анатомия желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Показания к хирургическому лечению язвы двенадцатиперстной кишки и язвы желудка.
3. Дифференциальный диагноз язвы желудка и первично-язвенной формы рака..
4. Особенности различных видов ваготомии..
5. Дренирующие желудок операции и когда они применяются..
6. . Особенности резекции желудка при язвенной болезни.. . Варианты остановки кровотечения из язвы желудка..
7. Лечебная тактика при язвенном кровотечении.. .
8. Клинические симптомы острого холецистита.
9. Осложнения желчно-каменной болезни.
10. Показания к хирургическому лечению острого холецистита.
11. Современные методы диагностики и лечения механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом.
12. Принципы лечения острого и хронического дивертикулита?.
13. Наследственные полипозы толстой кишки.
14. Семиотика проксимального и дистального рака ободочной кишки..
15. Радикальные, паллиативные резекции и симптоматические
16. .Принципы проведения консервативной терапии острого панкреатита.
17. Показания к оперативному лечению острого панкреатита.
18. Показания к оперативному лечению различных форм хронического панкреатита.
19. Принципы оперативного лечения хронического панкреатита.
20. Клиническая симптоматика рака поджелудочной железы (при различной локализации)
21. . Основные методы диагностики рака поджелудочной железы. Радикальные и паллиативные оперативные вмешательства при раке поджелудочной железы
22. Основные лабораторные и инструментальные методы исследования щитовидной железы, показания к их применению.
23. Синдром тиреотоксикоза.
24. Основные причины гипотиреоза.
25. Клинические проявления тиреотоксикоза.
26. Заболевания проявляющиеся синдромом узлового зоба
27. Профилактическое бужирование пищевода после химического ожога .
28. Показанием к проведению эндоскопической полипэктомии .
29. Противопоказаниями к проведению ригидной бронхоскопии
30. Контроль качества предстерилизационной очистки эндоскопов.
31. Показаниями для проведения фибробронхоскопии .
32. Показанием к трансбронхиальной щипцовой биопсии

3.2. Тестовые задания

01. Хронические процессы в печени и внепеченочных желчных путях проявляются:
 - 1) снижением содержания аланиновой трансферазы
 - 2) снижением содержания аспарагиновой трансферазы
 - 3) диспротеинемией
 - 4) жировой дистрофией
 - 5) белковой дистрофией
 - а) верны все ответы
 - б) правильно 1, 2 и 3
 - в) правильно 2, 3 и 4
 - г) правильно 1, 2 и 5
 - д) правильно 3, 4 и 5

02. Для выраженного нарушения функции печени при механической желтухе характерно:
- 1) увеличение содержания холестерина
 - 2) гипопроотеинемия
 - 3) увеличения содержания фибриногена
 - 4) нарушение обмена Ca^{++}
 - 5) снижение уровня щелочной фосфатазы
- а) правильно 1, 2
б) правильно 2, 3
в) правильно 2, 4
г) правильно 1, 5
д) все ответы правильны
03. Для больных механической желтухой характерны изменения центральной гемодинамики в виде:
- 1) снижения ударного объема
 - 2) увеличения минутного объема
 - 3) увеличения работы левого желудочка
 - 4) увеличения общего периферического сопротивления
 - 5) увеличения объема циркулирующей крови
- а) правильно 1, 2 и 3
б) правильно 1, 3 и 5
в) правильно 1, 3 и 4
г) правильно 2, 3 и 5
д) правильно 3, 4 и 5
04. Главной причиной регургитации при наркозе может быть все перечисленное, кроме
- а) повышения внутрижелудочного и внутрибрюшного давления
 - б) функциональная неполноценность кардиального жома
 - в) гипоксия от обструкции дыхательных путей
 - г) прекураризация перед вводным наркозом
05. Тонус кардиального жома снижается от следующих препаратов, кроме
- а) барбитуратов, кетамина
 - б) теофиллина, никотина
 - в) изопротеренола
 - г) эдрофония, прозерина
06. Профилактика регургитации при “полном желудке” состоит
- 1) из введения желудочного зонда за 5 мин до вводного наркоза
 - 2) из оставления желудочного зонда на период вводного наркоза
 - 3) из положения Тренделенбурга
 - 4) из приема Селлика
 - 5) из гипервентиляции O_2 в период вводного наркоза с помощью маски
 - 6) из прекураризации 5 мг тубокурарина
 - 7) из интубации в период начавшейся фибрилляции мышц живота
 - 8) из интубации трубкой с манжеткой
- а) верно все
б) верно 1, 4, 6, 8
в) верно 1, 5, 7, 8
г) верно 2, 4, 5, 7
д) верно 4, 5
07. Снижение защитного рефлекса с гортани наступает под влиянием следующих факторов, кроме
- а) кетамина
 - б) гексенала
 - в) НЛА
 - г) местной контактной анестезии
 - д) повышения вагальных рефлексов (Ф.К.Коркин, Л.Х.Куперман, 1985)
- 008.Предоперационная подготовка перед экстренным оперативным вмешательством

по поводу острого деструктивного холецистита должна длиться в среднем

- а) 1-2 ч
- б) до 6 ч
- в) до 12 ч
- г) 1 сутки
- д) до 2 суток

09. В предоперационную подготовку больным острым холециститом и механической желтухой включают:

- 1) спазмолитики
- 2) реопрепараты
- 3) кристаллоиды
- 4) сердечные гликозиды
- 5) ингибиторы протеаз

- а) верны все
- б) верно все, кроме 1
- в) верно все, кроме 2
- г) верно все, кроме 3
- д) верно все, кроме 4

10. На основании комплексного обследования больному 60 лет поставлен диагноз:

острый холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха. Начата консервативная терапия:

- 1) внутривенное введение кристаллоидов
- 2) внутривенное введение реопрепаратов
- 3) подкожное введение морфина
- 4) спазмолитики
- 5) антибиотики

- а) верны все
- б) верно все, кроме 1
- в) верно все, кроме 2
- г) верно все, кроме 3
- д) верно все, кроме 5

11. Через сутки у больного с острым холециститом состояние ухудшилось, усилились боли в правом подреберье,

появились симптомы раздражения брюшины. Увеличилась билирубинемия.

Пульс - 60 ударов в минуту. АД - 90/60 мм рт. ст. Решено больного оперировать. Премедикация:

- 1) атропин
- 2) морфин
- 3) дроперидол
- 4) димедрол
- 5) преднизолон

- а) правильно 1, 2 и 3
- б) правильно 2, 3 и 4
- в) правильно 1, 4 и 5
- г) правильно 1, 3 и 4
- д) правильно 1, 2 и 5

12. В качестве вводного наркоза у больного острым холециститом целесообразны:

- 1) альтезин
- 2) кетамин
- 3) барбитураты
- 4) седуксен
- 5) смесь Шейна - Ашмана

- а) верны все
- б) верно все, кроме 1
- в) верно все, кроме 2
- г) верно все, кроме 3
- д) верно все, кроме 5

13. Поддерживающую анестезию N₂O + O₂ достаточно осуществлять:
- 1) фторотаном
 - 2) кетаминотаном с седуксеном
 - 3) фентанилом
 - 4) фентанилом с дроперидолом
 - 5) альтезином
- а) правильно 1, 2 и 3
б) правильно 1, 4 и 5
в) правильно 2, 3 и 4
г) правильно 2, 3 и 5
д) правильно 3, 4 и 5
14. Недеполяризующие мышечные релаксанты при операциях по поводу механической желтухи:
- 1) требуют обязательной декураризации
 - 2) можно применять только при достаточном диурезе
 - 3) имеет место замедление их гидролиза
 - 4) имеет место ускорение их гидролиза
 - 5) имеет место уменьшение времени выведения их метаболитов из организма
- а) правильно 1, 2 и 3
б) правильно 1, 2 и 4
в) правильно 1, 3 и 5
г) правильно 1, 4 и 5
д) правильно 2, 4 и 5
15. Наиболее опасными в плане развития инфарктоподобных состояний в послеоперационном периоде
- у больных механической желтухой и холециститом являются
- а) 1-е сутки
 - б) 2-е сутки
 - в) 3-и сутки
 - г) 6-е сутки
 - д) 8-е сутки
16. Основными звеньями патогенеза острого панкреатита и панкреонекроза являются:
- 1) увеличение давления в протоке поджелудочной железы
 - 2) попадание панкреатического секрета в ткань железы
 - 3) активация трипсиногена
 - 4) активация калликреиногена
 - 5) протеолиз
 - 6) гиповолемия
 - 7) эндогенная токсемия
- а) верны все
б) верно все, кроме 1, 2
в) верно все, кроме 3
г) верно все, кроме 4, 5
д) верно все, кроме 6, 7
17. Изменение периферической и центральной гемодинамики при остром панкреатите и панкреонекрозе происходит под влиянием:
- 1) калликреина
 - 2) трипсина
 - 3) калидина
 - 4) гистамина
 - 5) брадикинина
- а) правильно 1, 2 и 3
б) правильно 1, 3 и 4
в) правильно 1, 4 и 5
г) правильно 2, 3 и 5
д) правильно 3, 4 и 5

18. Первая фаза токсемии при остром панкреатите характеризуется:
- 1) отеком железы
 - 2) жировым некрозом
 - 3) развитием химического перитонита
 - 4) гипердинамическим характером нарушения гемодинамики
 - 5) снижением объема циркулирующей крови
- а) верно все
б) верно все, кроме 2
в) верно все, кроме 3
г) верно все, кроме 4
д) верно все, кроме 5
19. Для острого панкреатита характерными изменениями в крови являются:
- 1) гиперкалиемия
 - 2) гиперкальциемия
 - 3) гипернатриемия
 - 4) гипохлоремия
 - 5) диспротеинемия
- а) правильно 1, 2
б) правильно 1 и 5
в) правильно 2 и 5
г) правильно 3 и 4
д) правильно 4 и 5
20. Нарушения в системе гемостаза при остром панкреатите могут проявляться:
- 1) гиперкоагуляцией
 - 2) гипокоагуляцией
 - 3) коагулопатией потребления
 - 4) фибринолизом
 - 5) ДВС-синдромом
- а) верно все
б) верно, кроме 1
в) верно, кроме 2
г) верно, кроме 4
д) верно, кроме 5
21. Одним из тяжелых проявлений токсемии при остром панкреатите является дыхательная недостаточность, которая развивается в результате:
- 1) нарушения фильтрационной способности легких
 - 2) нарушения вентиляции
 - 3) нарушения кровотока
 - 4) нарушения соотношения вентиляция/перфузия
 - 5) нарушение диффузии газов через альвеолярную мембрану
- а) верно все
б) верно все, кроме 1
в) верно все, кроме 3
г) верно все, кроме 4
д) верно все, кроме 5
22. Основными задачами интенсивной терапии острого панкреатита являются:
- 1) коррекция гиповолемии
 - 2) дезинтоксикация
 - 3) обезболивание
 - 4) коррекция водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния
- а) верно все
б) верно все, кроме 1
в) верно все, кроме 2
г) верно все, кроме 3
д) верно все, кроме 4

23. Антитрипсиновым эффектом обладает
- а) полиглюкин
 - б) реополиглюкин
 - в) ореоглюман
 - г) гемодез
 - д) альбумин
24. Антиспастическое действие на желчные и панкреатические протоки оказывает
- а) витамин А
 - б) витамин С
 - в) витамин В₁
 - г) витамин В₂
 - д) витамин В₆
25. Гипотензивный эффект брадикинина купирует
- а) витамин В₁
 - б) витамин В₆
 - в) панангин
 - г) полиглюкин
 - д) реополиглюкин
26. При сохраненном диурезе больному панкреонекрозом за сутки в среднем надо перелить жидкости
- а) до 1 л
 - б) 1-3 л
 - в) 3-5 л
 - г) 6-8 л
 - д) до 15 л
27. Для коррекции электролитных нарушений больным острым панкреатитом целесообразно назначение:
- 1) препаратов К⁺
 - 2) препаратов Са⁺⁺
 - 3) препаратов, содержащий М⁺⁺
 - 4) препаратов Na⁺
- а) верно все
 - б) верно все, кроме 1
 - в) верно все, кроме 2
 - г) верно все, кроме 3
 - д) верно все, кроме 4
28. Безуспешность лечения ДВС-синдрома гепарином при панкреонекрозе объясняется тем, что
- а) гепарин не угнетает активность гиалуронидазы
 - б) гепарин не блокирует биосинтез тромбина
 - в) гепарин не повышает активность липопротеиновой липазы
 - г) гепарин не вызывает блок протеаз
29. Болевой синдром при остром холецистите рационально купировать
- а) морфином
 - б) промедолом
 - в) фентанилом
 - г) дроперидолом
 - д) виадрилом
30. В премедикацию больным панкреонекрозом включают:
- 1) атропин
 - 2) промедол
 - 3) морфин
 - 4) дроперидол

- 5) димедрол
- а) верны все
- б) верно все, кроме 2
- в) верно все, кроме 3
- г) верно все, кроме 4
- д) верно все, кроме 5

031 Для проведения вводного наркоза у больного острым панкреатитом и панкреонекрозом можно использовать:

- 1) кетамин
- 2) виадрил
- 3) альтезин
- 4) седуксен
- 5) гексенал
- а) верны все
- б) верно все, кроме 2
- в) верно все, кроме 3
- г) верно все, кроме 4
- д) верно все, кроме 5

32. Для проведения поддерживающей анестезии во время операции по поводу острого панкреатита и панкреонекроза возможно использование:

- 1) НЛА
- 2) атаралгезина
- 3) ингаляционной анестезии этраном
- 4) ингаляционной анестезии эфиром
- 5) эпидуральной анестезии в качестве компонента общей анестезии
- а) верно все, кроме 1
- б) верно все, кроме 2
- в) верно все, кроме 3
- г) верно все, кроме 4
- д) верно все, кроме 5

33. У больных, оперируемых по поводу панкреонекроза, не рекомендуется применение:

- 1) миорелаксина
- 2) дитилина
- 3) павудона
- 4) тубарина
- 5) ардуана
- а) правильны 1, 2, 3
- б) правильны 1, 2, 5
- в) правильны 2, 3, 4
- г) правильны 2, 4, 5
- д) правильны 3, 4, 5

34. Искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) у больных острым панкреатитом следует проводить в режиме

- а) нормовентиляции
- б) легкой гипервентиляции
- в) выраженной гипервентиляции
- г) умеренной гипервентиляции

35. Гипергликемия при остром панкреатите обусловлена:

- 1) относительной недостаточностью инсулина
- 2) поражением островков Лангерганса
- 3) усилением действия глюкагона
- 4) неспособностью тканей к утилизации инсулина
- 5) выраженной активностью гистидина
- а) правильны 1, 2
- б) правильны 2, 3

- в) правильны 2, 4
 - г) правильны 2, 5
 - д) правильны 3, 4
36. Во второй фазе токсемии при панкреонекрозе наблюдается олигурия
- а) преренальная
 - б) ренальная
 - в) постренальная
37. В первой фазе токсемии при панкреонекрозе наблюдается олигурия
- а) преренальная
 - б) ренальная
 - в) постренальная
38. Общая комбинированная анестезия с ИВЛ на фоне миорелаксации при проведении операций по поводу острого аппендицита показана:
- 1) больным, которым предстоит расширенная ревизия брюшной полости
 - 2) больным с выраженным спаечным процессом в брюшной полости
 - 3) больным с атипичным расположением отростка
 - 4) тучным больным
 - 5) больным с тяжелой сопутствующей патологией
- а) верны все
 - б) верно все, кроме 2
 - в) верно все, кроме 3
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5
39. Больному 30 лет предстоит операция по поводу острого аппендицита. Заболел 24 часа назад, дважды была рвота, температура 38.9°C. В анамнезе - ушивание прободной язвы желудка, эпилепсия. Больной возбужден, жалуется на боли по всему животу. Живот вздут, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Пульс - 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 140/90 мм рт. ст. Частота дыхания - 26 в минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет. Наиболее целесообразной анестезией будет
- а) местная анестезия
 - б) масочная анестезия со спонтанным дыханием
 - в) внутривенная анестезия со спонтанным дыханием
 - г) эндотрахеальная комбинированная анестезия
 - д) электроанестезия
40. Перед подачей больного с признаками перитонита в операционную необходимо:
- 1) начать инфузионную анестезию
 - 2) проконсультировать больного у невропатолога
 - 3) определить группу крови и резус-фактор
 - 4) ввести зонд в желудок
 - 5) ввести катетер в мочевой пузырь
- а) правильны 1, 2, 3
 - б) правильны 1, 3, 4
 - в) правильны 1, 4, 5
 - г) правильны 2, 3, 5
 - д) правильны 3, 4, 5
41. В премедикацию у больного с диагнозом перитонит на операционном столе необходимо включить:
- 1) атропин
 - 2) седуксен
 - 3) промедол
 - 4) тубарин
 - 5) димедрол

- а) верны все
 - б) верно все, кроме 1
 - в) верно все, кроме 2
 - г) верно все, кроме 3
 - д) верно все, кроме 4
42. Для проведения вводного наркоза у больного с перитонитом можно использовать:
- 1) барбитураты
 - 2) фторотан
 - 3) смесь Шейна - Ашмана
 - 4) альтезин
 - 5) седуксен
- а) верны все
 - б) верно все, кроме 2
 - в) верно все, кроме 3
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5
43. Для проведения основного наркоза у больного с перитонитом можно использовать:
- 1) барбитураты + N₂O с O₂
 - 2) фторотан
 - 3) смесь Шейна - Ашмана
 - 4) НЛА + N₂O с O₂
 - 5) атаралгезию + N₂O с O₂
- а) верно все, кроме 1
 - б) верно все, кроме 2
 - в) верно все, кроме 3
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5
44. Комбинированная анестезия с сохраненным спонтанным дыханием может быть проведена при оперативных вмешательствах по поводу острого аппендицита:
- 1) у тучных больных
 - 2) у пожилых больных
 - 3) у больных с таким строением лица и шеи, которое затрудняет интубацию трахеи
 - 4) у больных с тяжелой сопутствующей патологией органов дыхания
 - 5) у больных с выраженными эндокринными заболеваниями
- а) правильны 1, 2
 - б) правильны 1, 3
 - в) правильны 2, 3
 - г) правильны 3, 4
 - д) правильны 4, 5
45. У больных, ранее принимавших кортикостероиды, при аппендэктомии наиболее показано применение:
- а) фторотана с N₂O и O₂
 - б) калипсола с N₂O и O₂
 - в) виадрила с N₂O и O₂
 - г) альтезина с N₂O и O₂
 - д) смеси Шейна - Ашмана
46. Реактивная фаза перитонита при прободении язвы желудка или 12-перстной кишки обусловлена
- а) гиперергической реакцией брюшины
 - б) изменением реактивности организма
 - в) проникновением кислого содержимого в брюшную полость
 - г) длительным раздражением блуждающего нерва
 - д) гиповолемией
47. Токсическая фаза перитонита при прободении язвы желудка характеризуется:

- 1) брадикардией
 - 2) увеличением МОС
 - 3) снижением ОПС
 - 4) снижением работы левого желудочка
 - 5) одышкой
 - а) правильны 1, 2
 - б) правильны 2, 3
 - в) правильны 3, 5
 - г) правильны 2, 5
 - д) правильны 4, 5
48. Увеличение минутного объема сердца (МОС) во второй фазе перитонита обусловлено
- а) увеличением ударного объема
 - б) увеличением ЧСС
 - в) увеличением работы левого желудочка
 - г) снижением общего периферического сопротивления (ОПС)
 - д) увеличением объема циркулирующей крови (ОЦК)
49. Для терминальной фазы перитонита, вызванного перфорацией язвы 12-перстной кишки, характерно:
- 1) токсическое поражение ЦНС
 - 2) развитие функциональной мышечной непроходимости
 - 3) развитие клиники ДВС-синдрома
 - 4) развитие печеночно-почечной недостаточности
 - 5) развитие иммунных процессов
 - а) верны все
 - б) верно все, кроме 2
 - в) верно все, кроме 3
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5
50. В токсической и терминальной фазах перитонита местные проявления со стороны живота могут быть неярко выражены, поэтому анестезиологу приходится дифференцировать перитонит:
- 1) от острого инфаркта миокарда
 - 2) от пневмонии
 - 3) от токсикоинфекции
 - 4) от почечной и печеночной недостаточности
 - 5) от желудочно-кишечного кровотечения
 - а) верно все
 - б) верно все, кроме 1
 - в) верно все, кроме 2
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5
51. Гиповолемия во второй фазе перитонита у больных с прободной язвой желудка развивается в результате:
- 1) рвоты
 - 2) пропотевания жидкой части крови в просвет кишечника
 - 3) пропотевания жидкой части крови в брюшную полость
 - 4) скопления жидкости в стенке тонкой кишки
 - 5) усиленного выделения гиперацидного желудочного сока
 - а) верно все
 - б) верно все, кроме 1
 - в) верно все, кроме 2
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5
52. ДВС-синдром у больных с перфоративной язвой желудка развивается в результате:
- 1) увеличения вязкости крови

- 2) повреждения эпителиальных клеток
 - 3) адгезии и агрегации форменных элементов крови
 - 4) высвобождения коагулирующих факторов из тромбоцитов и эритроцитов
 - 5) замедления микроциркуляции
 - б) нарушения проницаемости стенки микрососудов
 - а) верны все
 - б) верно все, кроме 1
 - в) верно все, кроме 2
 - г) верно все, кроме 3, 4
 - д) верно все, кроме 4, 5, 6
53. Элементами предоперационной подготовки больных с перфоративной язвой желудка и 12-перстной кишки, осложненной перитонитом, являются:
- 1) катетеризация центральной вены
 - 2) контроль ЦВД
 - 3) контроль диуреза
 - 4) введение прессорных аминов
 - 5) инфузионная терапия
 - а) верно все, кроме 1
 - б) верно все, кроме 2
 - в) верно все, кроме 3
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5
54. Длительность предоперационной подготовки у больных в реактивной фазе перитонита в среднем равна
- а) не нуждается в подготовке
 - б) 1-2 ч
 - в) 3-5 ч
 - г) 6-7 ч
 - д) 10-12 ч
55. В предоперационную подготовку больным в реактивной фазе перитонита, вызванного перфоративной язвой желудка, необходимо включать:
- 1) крупномолекулярные кровезаменители
 - 2) кортикостероиды
 - 3) кровь
 - 4) препараты K^+
 - 5) кардиотоники
 - а) верны все, кроме 1
 - б) верно все, кроме 2
 - в) верно все, кроме 3
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5
56. В предоперационную подготовку больным в терминальной фазе перитонита, вызванного перфоративной язвой желудка, необходимо включать:
- 1) кровь
 - 2) низкомолекулярные декстраны
 - 3) крупно- и средномолекулярные декстраны
 - 4) растворы электролитов
 - 5) антибиотики
 - а) верно все, кроме 1
 - б) верно все, кроме 2
 - в) верно все, кроме 3
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5
57. Для предотвращения транскапиллярной миграции,

на каждый литр переливаемых жидкостей целесообразно вводить

- а) 100 мл крови
- б) 5 мл/кг препаратов желатина
- в) 100 мл альбумина
- г) 10-60 мг кортикостероидов
- д) 40 мг допамина

58. Результат предоперационной подготовки больных перитонитом, развивающимся в результате прободения язвы желудка или 12-перстной кишки, считается положительным, если:
- 1) центральное венозное давление достигло 20 мм вод. ст.
 - 2) АД имеет тенденцию к повышению
 - 3) диурез равен 0.8-1.2 мл/мин
 - 4) ЧСС снизилась
 - 5) ОЦК имеет тенденцию к увеличению
- а) верно все, кроме 1
б) верно все, кроме 2
в) верно все, кроме 3
г) верно все, кроме 4
д) верно все, кроме 5
59. В премедикацию больным в реактивной форме перитонита можно включить:
- 1) наркотические анальгетики
 - 2) холинолитики
 - 3) транквилизаторы
 - 4) антигистаминные препараты
 - 5) антидеполяризующие мышечные релаксанты
- а) верно все
б) верно все, кроме 1
в) верно все, кроме 2
г) верно все, кроме 3
д) верно все, кроме 5
60. В премедикацию больным в терминальной форме перитонита необходимо включать:
- 1) наркотические анальгетики
 - 2) холинолитики
 - 3) транквилизаторы
 - 4) кортикостероиды
 - 5) вазопрессоры
- а) правильно 1, 2
б) правильно 2, 3
в) правильно 3, 4
г) правильно 2, 4
г) правильно 2, 5
61. Для профилактики регургитации при вводимом наркозе больным с перитонитом целесообразно выполнить следующие манипуляции (выбрать правильные и последовательные действия):
- 1) ввести желудочный зонд до наркоза
 - 2) оставить зонд на период вводного наркоза
 - 3) извлечь зонд перед началом вводного наркоза
 - 4) внутривенно ввести атропин
 - 5) создать возвышенное положение головного конца стола
 - 6) дать кислород
 - 7) выполнить прекураризацию антидеполяризующим миорелаксантом
 - 8) фракционно вводить анестетик (барбитураты, калипсол)
 - 9) ввести деполяризующий миорелаксант
 - 10) одновременно осуществить усиленную масочную вентиляцию легких
 - 11) выполнить прием Селика

- 12) интубировать при наличии миорелаксации жевательных мышц и мышц шеи, не ожидая момента фибрилляции и миорелаксации мышц брюшной стенки
- 13) раздуть манжетку
- 14) перевести больного на ИВЛ
- 15) ввести желудочный зонд повторно
- а) верно все
- б) верно все, кроме 2, 10
- в) верно все, кроме 1, 10
- г) верно только 1, 5, 6, 8, 10, 11
- д) верно все, кроме 2, 10, 14, 15
62. Вводный наркоз больным с прободной язвой желудка и 12-перстной кишки предпочтительнее проводить:
- 1) кетамин
- 2) виадрилом
- 3) барбитуратами
- 4) фторотаном
- 5) эфиром
- а) верно все
- б) верно все, кроме 2
- в) верно все, кроме 3
- г) верно все, кроме 4
- д) верно все, кроме 5
63. Вариантами основной анестезии при оперативных вмешательствах по поводу прободной язвы желудка и 12-перстной кишки могут быть:
- 1) N₂O + НЛА
- 2) N₂O + атаралгезия
- 3) кетамин + N₂O : O₂
- 4) альтезин + N₂O : O₂
- 5) виадрил + N₂O : O₂
- а) верно все
- б) верно все, кроме 1
- в) верно все, кроме 2
- г) верно все, кроме 4
- д) верно все, кроме 5
64. Основным механизмом рвоты при кишечной непроходимости различной этиологии является:
- 1) раздражение блуждающего нерва
- 2) раздражение интерорецепторов внутренних органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- 3) раздражение симпатической нервной системы
- 4) повышение давления в петлях кишки
- 5) интоксикация
- а) правильно 1, 2
- б) правильно 1, 3
- в) правильно 3, 4
- г) правильно 2, 5
- д) правильно 2, 4
65. К нарушению микроциркуляции в стенке кишки при кишечной непроходимости приводит
- а) нарушение реасорбции
- б) интоксикация
- в) повышение давления в петлях кишки
- г) увеличение выделения альдостерона
66. При кишечной непроходимости наблюдаются следующие пути потери жидкости и электролитов:

- 1) увеличение желудочно-кишечной секреции
 - 2) снижение реасорбции
 - 3) рвота
 - 4) одышка
 - 5) повышение температуры тела, перспирация
 - 6) секвестрация в просвет кишечника
 - а) верно все
 - б) верно все, кроме 1
 - в) верно все, кроме 2
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5, 6
67. Потери K^+ при кишечной непроходимости происходит в результате:
- 1) увеличения желудочно-кишечной секреции
 - 2) рвоты
 - 3) задержки ионов Na^+ и Cl^-
 - 4) нарушения микроциркуляции в стенке кишки
 - 5) действия альдостерона
 - а) правильно 1, 2
 - б) правильно 1, 4
 - в) правильно 2, 3
 - г) правильно 3, 4
 - д) правильно 2, 5
68. Для кишечной непроходимости характерны изменения в показателях гемодинамики:
- 1) увеличение УО
 - 2) снижение МО
 - 3) снижение ОПС
 - 4) увеличение АДср
 - 5) увеличение ЧСС
 - а) правильно 1, 3
 - б) правильно 1, 4
 - в) правильно 2, 3
 - г) правильно 2, 5
 - д) правильно 3, 4
69. Механизмами, вызывающими паралитическую кишечную непроходимость, являются:
- 1) тормозная импульсация, поступающая к мускулатуре кишечника или к мышцам брыжеечных сосудов
 - 2) нарушение функции центрального звена - отделов спинного и головного мозга
 - 3) увеличение содержания в крови катехоламинов
 - 4) увеличение содержания в крови стероидных гормонов
 - 5) увеличение в крови биологически активных веществ
 - а) верно все
 - б) верно все, кроме 2
 - в) верно все, кроме 3
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5
70. Наиболее опасными осложнениями (в анестезиологическом плане) при кишечной непроходимости являются:
- 1) аспирация
 - 2) синдром Мендельсона
 - 3) ДВС-синдром
 - 4) надпочечниковая недостаточность
 - 5) нарушение функции печени и почек
 - 6) нарушение функции легких
 - а) верно все

- б) верно все, кроме 2
 в) верно все, кроме 3
 г) верно все, кроме 4
 д) верно все, кроме 5, 6
71. Основными задачами анестезиолога при ведении больного с ущемленной грыжей, являются:
- 1) борьба с болевым шоком
 - 2) коррекция водно-электролитных нарушений
 - 3) дезинтоксикационная терапия
 - 4) профилактика аспирации
 - 5) профилактика острой дыхательной недостаточности
- а) верно все
 б) верно все, кроме 1
 в) верно все, кроме 3
 г) верно все, кроме 4
 д) верно все, кроме 5
72. Больная 50 лет, доставлена в больницу с диагнозом правосторонняя ущемленная паховая грыжа. Три дня назад в правой подвздошной области появилось болезненное грыжевое выпячивание, которое вправить не удалось. Состояние ухудшилось за сутки до поступления в больницу. Трижды была рвота, температура - 38°C, усилились боли. При осмотре - состояние тяжелое. Беспокойна. Кожные покровы бледные, сухие, акроцианоз, язык сухой. Частота дыхания - 26 в минуту, в легких дыхание равномерно ослаблено, в нижних долях - сухие рассеянные хрипы. Пульс - 104 удара в минуту, единичные экстрасистолы. АД - 130/60 мм рт. ст. Живот вздут, напряжен, перистальтика не прослушивается. В правой подвздошной области имеется грыжевое выпячивание тугоэластичной консистенции, резко болезненное при пальпации. Симптом Щеткина - Блюмберга - положительный. На рентгенограмме органов брюшной полости - множество тонкокишечных уровней. Диагностирована кишечная непроходимость на почве ущемленной правосторонней грыжи. Оптимальным методом анестезии является
- а) местная анестезия
 - б) масочный наркоз
 - в) местная анестезия с внутривенной анестезией
 - г) местная анестезия до рассечения грыжевых ворот с последующим эндотрахеальным наркозом
 - д) эндотрахеальный комбинированный наркоз
073. Для предупреждения аспирации необходимо:
- 1) ввести зонд в желудок
 - 2) удалить желудочный зонд перед проведением вводного наркоза
 - 3) провести вводный наркоз и интубацию трахеи, не удаляя желудочный зонд
 - 4) включить в премедикацию тубарин
 - 5) выполнить прием Селика
- а) верно все
 б) верно все, кроме 2
 в) верно все, кроме 3
 г) верно все, кроме 4
 д) верно все, кроме 5
74. В премедикацию необходимо включить:
- 1) атропин

- 2) дроперидол
 - 3) промедол
 - 4) губарин
 - 5) димедрол
 - а) правильно 1, 2
 - б) правильно 1, 3
 - в) правильно 1, 4
 - г) правильно 1, 5
 - д) правильно 4, 5
75. Вводный наркоз может быть проведен:
- 1) барбитуратами
 - 2) кетамином
 - 3) альтезином
 - 4) седуксеном
 - 5) фторотаном
 - а) верно все
 - б) верно все, кроме 1
 - в) верно все, кроме 3
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5
76. Вариантами основного наркоза в этом случае могут быть:
- 1) кетамин + N₂O : O₂
 - 2) N₂O : O₂ + атаралгезия
 - 3) N₂O : O₂ + НЛА
 - 4) N₂O : O₂ + фторотан
 - 5) N₂O : O₂ + эфир
 - а) верно все
 - б) верно все, кроме 1
 - в) верно все, кроме 2
 - г) верно все, кроме 3
 - д) верно все, кроме 4
77. В послеоперационном периоде у больных после грыжесечения наиболее часты и опасны осложнения со стороны:
- 1) органов дыхания
 - 2) почек
 - 3) печени
 - 4) надпочечников
 - 5) свертывающей системы крови
 - а) правильно 1, 2
 - б) правильно 2, 3
 - в) правильно 3, 4
 - г) правильно 1, 3
 - д) правильно 1, 5
78. Больным, оперирующимся в плановом порядке по поводу грыжи, перед операцией необходимо проведение дополнительных исследований:
- 1) коагулограммы
 - 2) гормонального профиля
 - 3) ФВД
 - 4) основного обмена
 - 5) ЭКГ после нагрузки K⁺
 - а) правильно 1, 2
 - б) правильно 1, 3
 - в) правильно 1, 5
 - г) правильно 2, 4

- д) правильно 3, 5
79. Для борьбы с парезами в послеоперационном периоде применяются:
- 1) ганглиолитики
 - 2) эпидуральная анестезия
 - 3) декомпрессия желудочно-кишечного тракта
 - 4) адренолитики
 - 5) паранефральная блокада
 - 6) электростимуляция
 - 7) прозерин
 - 8) клизмы
- а) верно все
б) верно все, кроме 1
в) верно все, кроме 2
г) верно все, кроме 4, 5
д) верно все, кроме 7, 8
80. Основной причиной нарушения питания у больных непроходимостью пищевода является голодание.
- В предоперационном периоде улучшение состояния больного можно достичь за счет:
- 1) инфузии полиионных растворов
 - 2) растворов калия с глюкозой
 - 3) восполнением ОЦК коллоидными растворами
 - 4) введение белковых препаратов и калорийных смесей
 - 5) повторными гемотрансфузиями
- а) правильно 1, 3
б) правильно 2, 3
в) правильно 2, 5
г) правильно 3, 4
д) правильно 4, 5
81. При ожогах пищевода кислотами в остром периоде необходимо:
- 1) снятие болей и спазма
 - 2) нормализация функции сердечно-сосудистой системы
 - 3) обильное щелочное питье
 - 4) нормализация водно-электролитного обмена
 - 5) противовоспалительная терапия
- а) верно все
б) верно 2, 3
в) верно 3, 4
г) верно 4
д) верно 4, 5
82. Развитию острой недостаточности дыхания в послеоперационном периоде способствуют
- а) отсутствие периодических глубоких вдохов при ИВЛ
 - б) рефлекторные влияния с операционного поля
 - в) нефизиологические эффекты ИВЛ
 - г) гипокалиемия
 - д) неподвижное положение больного на операционном столе
83. При возникновении дыхательного ацидоза тактика анестезиолога включает
- а) переливание гидрокарбоната натрия
 - б) проведение гипервентиляции по п/о контуру
 - в) уменьшение подачи наркотического вещества
 - г) внутривенное введение дыхательных аналептиков
084. Показателем гипергидратации является
- а) гипертензия
 - б) устойчивое повышение ЦВД
 - в) отек легких

г) периферические отеки

085. Потеря воды организмом с избыточным выведением натрия наблюдается при всем перечисленном, кроме

а) осмотического диуреза

б) повышенной потливости

в) недостаточного потребления воды

г) повышенной секреции антидиуретического гормона

Ответы

001 - д	009 - а	017 - д	025 - б	033 - д	041 - а	049 - а	057 - в	065 - в	073 - в	081 - а
002 - в	010 - г	018 - а	026 - г	034 - б	042 - а	050 - д	058 - а	066 - а	074 - в	082 - а
003 - в	011 - в	019 - д	027 - а	035 - б	043 - а	051 - а	059 - а	067 - д	075 - а	083 - б
004 - г	012 - д	020 - а	028 - г	036 - б	044 - в	052 - а	060 - г	068 - г	076 - а	084 - г
005 - г	013 - д	021 - а	029 - б	037 - а	045 - г	053 - г	061 - в	069 - а	077 - д	085 - г
006 - б	014 - а	022 - а	030 - в	038 - а	046 - в	054 - б	062 - г	070 - а	078 - б	
007 - д	015 - в	023 - г	031 - а	039 - г	047 - г	055 - в	063 - а	071 - а	079 - б	
008 - а	016 - а	024 - в	032 - г	040 - д	048 - б	056 - а	064 - б	072 - г	080 - д	

3.3. Ситуационные задачи

№1

У больного наступило прободение длительно существующей язвы желудка. Доставлен в клинику через 2 часа после перфорации. Из анамнеза выяснено, что больной в последние месяцы сильно похудел. При ревизии обнаружена значительная инфильтрация краев язвы, местами края хрящевой плотности. Решить вопрос, имеется малигнизация язвы или нет, оказалось невозможным.

Какую следует предпринимать операцию? Почему?

Ответ

Больному необходимо выполнить субтотальную резекцию желудка в связи с тем, что нельзя исключить малигнизацию язвы.

№2

У больного 35 лет, длительно страдающего язвенной болезнью, при поступлении в стационар диагностирована кровоточащая язва желудка. Общее состояние больного вполне удовлетворительное.

Какова дальнейшая тактика лечения данного больного?

Ответ

Учитывая продолжающееся кровотечение из язвы желудка, больному показано оперативное лечение в объеме резекции 2/3 желудка.

№3

Больная 32 лет поступила по поводу некупирующегося приступа экспираторного удушья. Приступы удушья в течение 15 лет, купировались ингаляциями в-стимуляторов. В течение последней недели лихорадка, кашель с выделением мокроты зеленоватого цвета, учащение приступов удушья. Принимала эуфиллин по 1 свече 3 раза в день и ингаляции сальбутамола до 6-8 раз в сутки. Последний приступ удушья продолжался более 8 часов.

Объективно: больная беспокойная, возбуждение, обильный пот, цианоз. ЧД – 30 в минуту, поверхностное, с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка бочкообразной формы, дыхание ослаблено, хрипов нет. АД – 120/70 мм.рт.ст. Пульс – 120 в минуту. Температура – 38⁰ С.

РаСО₂ – 58 мм.рт.ст.; РаО₂ – 47 мм.рт.ст.; рН артериальной крови – 7.21; НСО₃ – 30 ммоль\л. Гематокрит – 55%. Лейкоцитов – 13000, нейтрофилов 85%. Масса тела – 60 кг.

- 1) Определите стадию астматического состояния, его вероятную причину, дайте характеристику газов крови и КЩС, гематокрита.
- 2) Назначьте бронхолитическую терапию на сутки (препараты, дозы, пути и частоту введения).
- 3) Назначьте дополнительное лечение с учетом лабораторных исследований.
- 4) Назначьте антибактериальную терапию.
- 5) Что делать при неэффективности лечения?

Ответ:

1) У больного имеется 2 стадия астматического состояния (немое легкое). Вероятным провоцирующим и поддерживающим фактором является бронхиальная инфекция (гнойная мокрота, лихорадка, нейтрофильный лейкоцитоз). Имеется гиперкапния, гипоксемия, ацидоз, сгущение крови.

2) Показаны большие дозы кортикостероидов: гидрокортизон 300 мг, затем по 200 мг каждые 3 часа в\в; эуфиллин 0,24% г в\в каждые 6 часов; алулент 0,6% мг в\в капельно.

3) Дополнительное лечение: увлажненный кислород через носовой катетер; 4% бикарбонат натрия 200 мл в\в каждые 6 часов до рН 7.3; 5% глюкоза 500 мл в\в под контролем центрального венозного давления.

- 1) Учитывая неизвестность возбудителя, целесообразно назначение антибиотиков широкого спектра с пролонгированным действием, например, вибрамицина (доксциклина) 200 мг в\м 1 раз в сутки. Пенициллин не показан в связи с риском аллергии. Макролиды потенцируют действия эуфиллина и применяют с осторожностью.
- 2) Применить методы дыхательной реанимации (газовый наркоз, управляемая вентиляция, лаваш).

№4

Больная 37 лет доставлена в стационар по скорой помощи внезапного приступа удушья и болей в груди, возникших среди полного здоровья. В прошлом было две беременности, закончившиеся нормальными родами. Обычное АД – 140\80 мм.рт.ст.

Объективно: одышка в покое – 32 в минуту, обильный пот, цианоз губ, акроцианоз. Температура – 36.8⁰ С. В легких дыхание жесткое, с удлиненным выдохом, хрипов нет. Пульс – 100 в минуту. АД – 90\70 мм.рт.ст. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

При обследовании гинекологом обнаружена фиброма матки.

Варикозное расширение и уплотнение вен левой голени и бедра.

ЭКГ: ритм синусовый, правограмма S₁, Q_{III}, высокие и остроконечные R_{II}, III, a VF, отрицательные T в V₁₋₃.

- 1) Какова причина развития острой дыхательной недостаточности и гипотензии?
- 2) Как оценить изменения ЭКГ?
- 3) С чего начать лечение?
- 4) Методы контроля?

Ответ

- 1) ТЭЛА.
- 2) Острое легочное сердце.
- 3) С кислорода, гепарина, эуфиллина.
- 4) Свертываемость крови, АД, пульс, ЧД, газы крови.

№5

Больной 45 лет в течение 20 лет страдает хроническим бронхитом, в течение 10 лет приступы бронхиальной астмы. Час назад внезапно при кашле почувствовал резкую боль в правой половине грудной клетке и удушье.

Объективно: состояние тяжелое, положение вынужденное – больной сидит, тело покрыто холодным потом, кожные покровы цианотичны. Правая половина грудной клетки в дыхании не участвует, перкуторно справа тимпанит, голосовое дрожание ослаблено. Аускультативно: справа дыхание не прослушивается, слева жесткое, рассеянные басовые сухие хрипы. ЧД – 36 в минуту. Левая граница сердца определяется по средней подмышечной линии, тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 100 в минуту. АД – 85\60 мм.рт.ст. Печеночная тупость не определяется.

- 1) Какое осложнение произошло?
- 2) Метод исследования, подтверждающий данное осложнение?
- 3) Как объяснить развитие дыхательной недостаточности, падение артериального давления?
- 4) Тактика неотложной помощи?

ответ

- 1) Спонтанный пневмоторакс.
- 2) Рентгенография органов грудной клетки.
- 3) Компрессионный ателектаз правого легкого, смещение средостения.
- 4) Десуффляция, вазопрессоры.

№6

Пострадавший был избит на улице неизвестными лицами. При поступлении состояние расценено как крайне тяжелое. Невропатолог констатировал тяжелую степень ушиба мозга без признаков сдавления, хирург установил проникающее колотое ранение брюшной полости с признаками раздражения брюшины.

Какая тактика, с вашей точки зрения, в данном случае наиболее рациональна?

1. Консервативная терапия ушиба головного мозга с динамическим наблюдением за состоянием органов брюшной полости.
2. Срочная лапаротомия.
3. Срочная декомпрессивная трепанация черепа без лапаротомии.
4. Последовательное выполнение декомпрессивной трепанации черепа и лапаротомии.

Правильный ответ и его обоснование. Наличие ушиба мозга при отсутствии признаков его сдавления не является показанием к оперативному вмешательству. В то же время подозрение на повреждение органов брюшной полости при колотом ранении брюшной стенки является показанием к экстренной лапаротомии, несмотря на наличие тяжелой травмы черепа.

Следовательно, правильный ответ — 2.

№7

Осматривая пострадавшего с политравмой, врач реаниматолог установил у него наличие гипоксии. Для уточнения характера последней он надавил пальцем на ногтевое ложе больного и отпустил палец. Вскоре после прекращения нажатия ногтевое ложе стало розовым, а затем цианотичным.

О каком виде гипоксии свидетельствует данный симптом?

1. Гипоксическом.
2. Циркуляторном.
3. Гемическом.
4. Гистотоксическом.

Правильный ответ и его обоснование. Данный прием используется для дифференцирования гипоксической формы гипоксии от циркуляторной. Если ногтевое ложе сразу после прекращения его сдавливания становится розовым, а затем цианотичным, то имеет место циркуляторная гипоксия.

Следовательно, правильный ответ — 2.

№8

Два пострадавших доставлены в реанимационный стационар после автомобильной аварии в терминальном состоянии с примерно одинаковыми травматическими повреждениями. Первый резко заторможен. Контакт с ним практически невозможен, у него слабый частый пульс в пределах 130 ударов в минуту, артериальное давление на периферических сосудах в пределах 10—15 мм рт. ст. Кожные покровы бледные, пятнистые.

Второй пострадавший при транспортировке и поступлении в реанимационный стационар также был резко заторможен, периферическое артериальное давление в этот момент не определялось. Через некоторый промежуток времени больной стал проявлять признаки повышенной активности (беспокойства), пытался встать, не выполнял приказания (просьбы) медперсонала. АД в этот период было на цифрах 60/30—50/20 мм рт. ст., пульс—190 уд. в мин., ритмичный. Дыхание участилось и стало более глубоким. Отмечена ригидность поперечно-полосатой мускулатуры.

Состояние какого больного вы оцениваете более критическим?

1. Первого.
2. Второго.

Правильный ответ и его обоснование. Описаны два вида терминальных состояний — преагональное (у первого больного) и атональное (у второго). Отмеченная у второго больного двигательная активность после периода резкой заторможенности обусловлена активацией коры головного мозга, подкорковых образований и ствола мозга, что в сочетании с компенсаторным спазмом сосудов привело к временному подъему артериального давления. О наметившейся тенденции к резкому ухудшению состояния у данного больного свидетельствуют нарастающая тахикардия, учащение и углубление дыхания. Обычно такой «всплеск активности» наблюдается на самых ранних этапах агонии, но может отмечаться и на последних ее этапах, когда снимается тормозное влияние коры головного мозга, наступает возбуждение ретикулярной формации несвязанных с ней ядерных образований продолговатого мозга — дыхательного и сосудодвигательного центров, центра блуждающего нерва.

Следовательно, правильный ответ — 2.

№9

У раненого, поступившего в хирургический стационар с повреждением крупного сосуда, отмечалась массивная кровопотеря. Длительное время пострадавший пребывал в терминальном состоянии. Переливание совместимой по всем показателям крови удалось осуществить только через 3 часа после травмы. На следующие сутки у него отмечены сонливость, апатия, мышечный тремор, головная боль, рвота, олигурия, сменившаяся вскоре анурией, желтуха.

Как вы трактуете данное состояние?

1. Острая почечная недостаточность.
2. Острая печеночная недостаточность (гепаторенальный синдром).
3. Результат массивной гемотрансфузии с гемолизом эритроцитов.
4. Гипопротеинемия.

Правильный ответ и его обоснование. Описанная симптоматика с учетом анамнестических данных характерна для гепаторенального синдрома, являющегося одним из проявлений острой печеночной недостаточности. Причиной последней, вероятнее всего, было гипоксическое поражение печени.

Следовательно, правильный ответ — 2.

№10

Для ориентировочного суждения о состоянии гемодинамики при травматическом шоке введено понятие — шоковый индекс.

Что такое шоковый индекс?

1. Соотношение частоты пульса и систолического АД.
2. Соотношение ЦВД и ОЦК.
3. Соотношение частоты дыхания и дыхательного объема.
4. Разница между температурой в подмышечной области и в прямой кишке.

Правильный ответ и его обоснование. Для ориентировочного суждения о состоянии гемодинамики у больных при шоке используют так называемый шоковый индекс, который представляет собой

соотношение частоты пульса и систолического АД. В норме средняя величина его составляет около 0,6—0,7. При шоке величина индекса может достигать 1,5, Следовательно, правильный ответ — 1.

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения, характеризующих этапы формирования компетенций, описание шкал оценивания

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Оценка фронтального опроса

Рекомендации по оцениванию фронтального опроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Фронтальный опрос	ПК-1, ПК-2, ПК-8	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программногo материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе	Хорошо

	отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	
	заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
	выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не исказившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение -

	безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

Рекомендации по оцениванию практических навыков в аудиториях симуляционного центра МИ СурГУ.

Оценка практических навыков предусматривает демонстрацию выполнения практического навыка и решения клинической ситуационной задачи с заполнением оценочных листов, где каждый этап оценивается по баллам и умножается на коэффициент выполнения 0 - не выполнил, 1 - выполнил не в полном объеме, 2 - выполнил в полном объеме.

Критерий оценки оценочных листов по набранным баллам

Для перевода набранных баллов в оценку, за 100% принимается максимальная сумма баллов, оценка выставляется по следующим критериям:

ЗАЧТЕНО	отлично	90% правильных ответов и выше
	хорошо	от 75% до 89%
	удовлетворительно	от 51 до 74%
НЕ ЗАЧТЕНО	неудовлетворительно	50% и ниже

Рекомендации по оцениванию рефератов

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Критерии оценки докладов-презентаций

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объем, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Контрольная работа.

Рекомендации по оцениванию презентаций

Создание презентации предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы (клинического случая).

Критерии оценки

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и созданию презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к созданию презентации и ее защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем презентации; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к созданию презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в создании презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема презентации не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Рекомендации по оцениванию устного опроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценивания устного опроса:

Зачтено	Ординатор показывает, что он глубоко и прочно усвоил материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой
Не зачтено	Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний.

Рекомендации по оцениванию тестовых заданий:

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	90 – 100%
Хорошо	80 – 89,9%
Удовлетворительно	70 – 79,9%
Неудовлетворительно	от 0% до 69,9%

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от	Правильность (ошибочность) решения
------------	------------------------------------

максимального количества баллов	
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не исказившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

Таким образом, оценку "зачтено" получает ординатор, удовлетворительно выполнивший теоретическое (ответ на устный вопрос), практическое (решение задачи) и тестовое задания.

Вывод: В результате выполнения заданий: теоретический опрос, решение тестового контроля и ситуационных задач по предложенным темам сформированы следующие компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-8