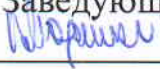


МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт
Кафедра «Хирургические болезни»

Утверждено на заседании кафедры
«Хирургические болезни»
«31» января 2023г., протокол №6
Заведующий кафедрой
 В.А. Марийко

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ (ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ) ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)**

«Хирургия»

**основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программа подготовки кадров высшей
квалификации в ординатуре**

по специальности
31.08.48 Скорая медицинская помощь

Форма обучения: очная

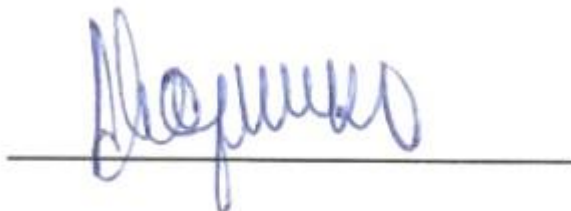
Идентификационный номер образовательной программы: 310848-01-23

Тула 2023 год

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ
фонда оценочных средств (оценочных материалов)

Разработчик:

В.А. Марийко, зав. кафедрой, д.м.н., доцент



1. Описание фонда оценочных средств (оценочных материалов)

Фонд оценочных средств (оценочные материалы) включает в себя контрольные задания и (или) вопросы, которые могут быть предложены обучающемуся в рамках текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине (модулю). Указанные контрольные задания и (или) вопросы позволяют оценить достижение обучающимся планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), установленных в соответствующей рабочей программе дисциплины (модуля), а также сформированность компетенций, установленных в соответствующей общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

Полные наименования компетенций представлены в общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

2. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения текущего контроля успеваемости обучающихся по дисциплине (модулю)

2 семестр

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-5.

1. Контрольный вопрос. Причины и виды перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Контрольный вопрос. Клиника и диагностика, дифференциальная диагностика, прободных язв.
3. Контрольный вопрос. Этиология и патогенез желудочно-кишечных кровотечений. Классификация в зависимости от источника и тяжести кровопотери. Современные методы диагностики. Роль неотложной диагностической и лечебной эндоскопии.
4. Контрольный вопрос. Этиология, патогенез, классификация острого холецистита.
5. Контрольный вопрос. Клиника, диагностика острого холецистита.
6. Контрольный вопрос. Этиология, патогенез, классификация острого панкреатита.
7. Контрольный вопрос. Клиника, диагностика острого панкреатита.
8. Контрольный вопрос. Современное состояние проблемы и возможности ранней диагностики перитонита.
9. Контрольный вопрос. Этиология, патогенез, диагностика и дифференциальная диагностика перитонита. Пункционное и хирургическое дренирование абсцессов брюшной полости как осложнения перитонита.
10. Контрольный вопрос. Ранняя послеоперационная непроходимость как осложнение перитонит

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-7.

1. Контрольный вопрос. Осложнения острого аппендицита (аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс): диагностика, хирургическая тактика.
2. Контрольный вопрос. Осложнения в послеоперационном периоде, их профилактика, диагностика и лечение.
3. Контрольный вопрос. Организация неотложной хирургической помощи в стране и достижения отечественной системы здравоохранения в снижении частоты осложнений и

летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, в частности, при остром аппендиците.

4. Контрольный вопрос. Осложнения грыж (ущемление, невправимость, воспаление).

5. Контрольный вопрос. Ущемленные грыжи. Патогенез, классификация, клиника, диагностика. Возможные ошибки в распознавании ущемленных грыж на догоспитальном этапе. Тактика хирурга при ущемленных грыжах. Принципы предоперационной подготовки и оперативного лечения ущемленных грыж.

6. Контрольный вопрос. Ущемленные паховые, бедренные, пупочные и белой линии живота грыжи: клиника, диагностика, методы оперативного лечения. Ущемленные грыжи других локализаций: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

7. Контрольный вопрос. Показания и виды операций при перфоративных язвах. Методы антибактериальной и инфузионно-трансфузионной терапии. Исходы. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.

8. Показания и объем оперативного вмешательства при остром холецистите. Послеоперационные осложнения, их профилактика, диагностика и лечение.

9. Контрольный вопрос. Осложнения острого холецистита: обтурационная желтуха, холангит, обтурационная кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.

10. Контрольный вопрос. Показания и объем оперативного вмешательства при остром панкреатите. Послеоперационные осложнения, их профилактика, диагностика и лечение. Исходы. Отдаленные последствия (кисты и свищи поджелудочной железы, нарушения секреторной функции).

3. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)

2 семестр

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-5.

1. Контрольный вопрос. Причины и виды перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

2. Контрольный вопрос. Клиника и диагностика, дифференциальная диагностика, прободных язв.

3. Контрольный вопрос. Этиология и патогенез желудочно-кишечных кровотечений. Классификация в зависимости от источника и тяжести кровопотери. Современные методы диагностики. Роль неотложной диагностической и лечебной эндоскопии.

4. Контрольный вопрос. Этиология, патогенез, классификация острого холецистита.

5. Контрольное задание. Рентгенологически определяемый ателектаз сегмента легкого, доли или всего легкого обязывает врача в первую очередь исключить:

- а) центральный рак легкого
- б) доброкачественную опухоль (центральную)
- в) пневмонию
- г) пневмоторакс
- д) инородное тело

6. Контрольное задание. Рентгенологические признаки воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках свидетельствуют:

- а) о холедохолитиазе
- б) о сальмонеллезе желчного пузыря
- в) о внутренней желчной фистуле
- г) о желудочно-толстокишечной фистуле д) о холецистите

7. Наиболее частой причиной портальной гипертензии у взрослых является:

- а) тромбоз селезеночной или воротной вены

- б) опухолевые поражения печени
- в) цирроз печени
- г) легочная или сердечно-сосудистая недостаточность
- д) синдром Бадд-Хиарри

8. Контрольное задание. Больной У., 45 лет, предъявляет жалобы на задержку при проглатывании твердой пищи, появившуюся 4 месяца назад. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Питание умеренное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхательная, сердечно-сосудистая система - без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. При ФГДС на 27 см от резцов выявлена чашеобразная опухоль слизистой пищевода по задней и боковым стенкам 4,5 см в диаметре. Желудок и двенадцатиперстная кишка без патологии. Гистологически – высокодифференцированный плоскоклеточный рак. При рентгеноскопии пищевода выявлена ниша с приподнятыми краями на уровне Th V-VI, протяженность опухоли 5 см. При ФЛГ, УЗИ брюшной полости, лапароскопии и компьютерной томографии грудной клетки данных за метастазы и прорастание опухоли в соседние органы не получено.

1. Какой стадии заболевания соответствуют приведенные данные?
2. Какие варианты лечения больного могут быть предложены?

9. Контрольное задание. Больной А., 55 лет, поступил с жалобами на схваткообразные боли в животе, в течение последних 6 месяцев отмечает запоры, периодически вздутие живота.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 96 ударов в минуту, АД - 150/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот неравномерно вздут, при пальпации болезненный в левом подреберье. Симптом Щеткина отрицательный. Печень по краю реберной дуги. При ректальном исследовании - пустая ампула прямой кишки. На обзорной рентгенограмме брюшной полости - пневматоз кишечника, единичный уровень жидкости. Больного оперируют в экстренном порядке. После вскрытия брюшной полости обнаружена опухоль селезеночного угла толстой кишки, не прорастающая в соседние органы, подвижна, видимых метастазов нет. Приводящая кишка забита каловыми массами.

1. Какую операцию следует выполнить?
2. Какая клиническая форма рака ободочной кишки имела место в данном случае?

10. Контрольное задание. Больной Ц., 50 лет, 3 месяца назад обнаружил примесь крови в кале, до этого в течение года беспокоили запоры, боли в левой подвздошной области.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 76 ударов в минуту, АД - 140/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации болезненный в левой подвздошной области, где пальпируется плотная опухоль 5 см. в диаметре. Печень по краю реберной дуги. При ректальном исследовании патологии не выявлено. При фиброколоноскопии на 25 см от ануса чашеобразная опухоль протяженностью 4 см. Гистология – умеренно дифференцированная аденокарцинома толстой кишки. При ирригоскопии в средней трети сигмовидной кишки дефект наполнения протяженностью 5 см. При УЗИ брюшной полости, ФЛГ и лапароскопии данных за метастазы не получено.

После нижнесрединной лапаротомии выявлена опухоль средней трети сигмовидной кишки, прорастающая серозную оболочку, в левой доле печени по диафрагмальной поверхности обнаружено 2 метастатических узла по 1,5 см в диаметре.

1. Диагноз, стадия?
2. Какую операцию следует выполнить?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-7.

1. Контрольный вопрос. Абсцессы брюшной полости: их диагностика и хирургическое лечение.

2. Контрольный вопрос. Осложнения и исходы перитонита.

3. Контрольный вопрос. Классификация инородных тел ЖКТ по происхождению и локализации, а также возможных осложнений

4. Контрольный вопрос. Консервативное и оперативное лечение инородных тел ЖКТ и их осложнений.

5. Контрольное задание. Клиника острой кровопотери возникает при кровопотере, равной:

- а) 250 мл
- б) 500 мл
- в) 1000 мл
- г) 1500 мл
- д) 2000 мл

6. Контрольное задание. Вливание 1 л физ раствора NaCl увеличит ОЦК на:

- а) 1000 мл
- б) 750 мл
- в) 500 мл
- г) 250 мл
- д) менее 250 мл

7. Контрольное задание. ОЦК у взрослых мужчин составляет:

- а) 50 мл/кг
- б) 60 мл/кг
- в) 70 мл/кг
- г) 80 мл/кг
- д) 90 мл/кг

8. Контрольное задание. Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спигарного- Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,8°C, лейкоцитоз – $11,5 \times 10^9/\text{л}$. На обзорной рентгеноскопии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы полоска воздуха.

1. Ваш диагноз, дифференциальная диагностика?

2. Хирургическая тактика.

На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином.

3. Дальнейшие действия хирурга?

4. Классификация закрытых повреждений живота.

9. Контрольное задание. Больной Н., 32 лет, поступил в отделение хирургической гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастрии, возникающие через 1 час после приема пищи, изжогу, тошноту после еды. Боли не иррадируют, часто возникают ночью, натошак. В течение 4 лет страдает язвенной болезнью, обострения 2 раза в год (весна-осень), по поводу которых лечился в стационаре терапевтического профиля. Был эпизод желудочно-кишечного кровотечения легкой степени. Объективно: Пониженного питания. Пульс 66 в

мин. Язык влажный, покрыт белым налетом. Живот не вздут, мягкий, в эпигастрии определяется умеренная болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Общ. анализ крови: эритроц. $4,9 \times 10^{12}$, Hb 140 г/л, лейкоц. $6,3 \times 10^9$, СОЭ 15 мм/ч. Общ. анализ мочи и биохимические анализы крови в пределах нормы. При фиброгастродуоденоскопии обнаружена хроническая язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, диаметром около 1 см, глубиной до 0,5 см, дно язвы выполнено белым налетом. Отмечается гиперемия слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки и антрального отдела желудка. В антральном отделе желудка следы желчи. При исследовании желудочной секреции выявлены: высокая секреция и кислотность в базальной и цефалической фазах и нормальная кислотность в желудочной фазе. Тест медикаментозной ваготомии положителен.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием тяжести течения язвенной болезни.

2. Особенности патогенеза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

3. Какие вопросы следует дополнительно выяснить при сборе анамнеза?

4. Дайте трактовку результатов исследования желудочной секреции.

5. Методика проведения теста медикаментозной ваготомии, с какой целью этот тест проводится и насколько он информативен?

6. Нуждается ли больной в проведении доп. методов исследования?

7. С чем может быть связана резистентность к консервативной терапии?

8. Показания к плановому оперативному лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, показано ли оперативное лечение этому больному?

9. Определите рациональный объем оперативного пособия.

10. Контрольное задание. Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупноузловой цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Per rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритроц. $2,7 \times 10^{12}$, Hb 88 г/л, Ht 0,29. Фиброгастродуоденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билирубин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, непрямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.

2. Назовите наиболее частые причины крупноузловой цирроза печени.

3. К какой клинической группе по Child следует отнести эту больную?

4. Нуждается ли больная в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?

5. Тактика ведения больной?

6. Методика постановки зонда Сенгстакена-Блэкмора.

7. Насколько целесообразно включение в комплексную консервативную вазопрессоров?

8. Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?

9. Если больной показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?

10. Определите рациональный объем оперативного пособия.