

Электронная цифровая подпись



Утверждено "26" октября 2023 г.  
Протокол № 10

председатель Ученого Совета  
Коленков А.А.  
ученый секретарь Ученого Совета  
Завалко А.Ф.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«Факультетская хирургия»**

**Специальность 31.05.01 Лечебное дело  
(уровень специалитета)**

**Направленность: Лечебное дело**

**Квалификация (степень) выпускника: Врач –лечебник**

**Форма обучения: очная**

**Срок обучения: 6 лет**

Год поступления 2023

## МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

### 1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса по дисциплине «Факультетская хирургия»

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студентов, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студентов).

Самостоятельная работа студентов в ВУЗе является важным видом учебной и научной деятельности студента. Самостоятельная работа студентов играет значительную роль в рейтинговой технологии обучения. В связи с этим, обучение в ВУЗе включает в себя две, практически одинаковые по объему и взаимовлиянию части – процесса обучения и процесса самообучения. Поэтому СРС должна стать эффективной и целенаправленной работой студента.

Концепцией модернизации российского образования определены основные задачи высшего образования - "подготовка квалифицированного работника соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, ответственного, свободно владеющего своей профессией и ориентированного в смежных областях деятельности, способного к эффективной работе по специальности на уровне мировых стандартов, готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности".

Решение этих задач невозможно без повышения роли самостоятельной работы студентов над учебным материалом, усиления ответственности преподавателей за развитие навыков самостоятельной работы, за стимулирование профессионального роста студентов, воспитание творческой активности и инициативы.

К современному специалисту в области медицины общество предъявляет достаточно широкий перечень требований, среди которых немаловажное значение имеет наличие у выпускников определенных

Навыков (компетенций) и умения самостоятельно добывать знания из различных источников, систематизировать полученную информацию, давать оценку конкретной профессиональной ситуации. Формирование такого умения происходит в течение всего периода обучения через участие студентов в практических занятиях, выполнение контрольных заданий и тестов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ. При этом самостоятельная работа студентов играет решающую роль в ходе всего учебного процесса.

### 2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Факультетская хирургия»

Код компетенции	Содержание компетенции
ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
иОПК-4.1.	Демонстрирует применение медицинских технологий, медицинских изделий, при решении профессиональных задач
иОПК-4.2.	Демонстрирует умение применять диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
ПК-1	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
иПК-1.2.	Распознавание состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме
иПК-1.3.	Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента
ПК-2	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
иПК-2.1.	Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента
иПК-2.2.	Проведение полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
иПК-2.3.	Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
иПК-2.4.	Направление пациента на лабораторное обследование при наличии медицинских показаний

	в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
<b>иПК-2.5.</b>	Направление пациента на инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
<b>иПК-2.6.</b>	Направление пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
<b>иПК-2.7.</b>	Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
<b>иПК-2.8.</b>	Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными Установление диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
<b>ПК-3</b>	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у конкретного больного, в том числе с сочетанной патологией
<b>иПК-3.1.</b>	Разработка плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
<b>иПК-3.2.</b>	Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
<b>иПК-3.3.</b>	Назначение немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
<b>иПК-3.4.</b>	Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения
<b>иПК-3.6.</b>	Организация персонализированного лечения пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения

### **3. Цели и основные задачи СРС**

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста (или бакалавра) с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС в плане формирования вышеуказанных компетенций являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;

- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста

#### **4. Виды самостоятельной работы**

В образовательном процессе по дисциплине «**Факультетская хирургия**»

выделяется два (один) вид(а) самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей:

#### **4.1 Написание рефератов по темам:**

##### **Тема №1 «Острый аппендицит»**

Острый аппендицит.

1. Аппендикулярный инфильтрат.
2. Осложнения острого аппендицита - пилефлебит.
3. Острый аппендицит у беременных второй половины беременности.
4. Особенности течения острого аппендицита у детей и стариков.
5. Особенности клинической картины острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка.

##### **Тема №2 «Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.»**

1. Консервативное лечение острого холецистита
2. Лечение механической желтухи
3. Современные методы оперативного лечения хронического калькулезного холецистита
4. Литолитическая терапия ЖКБ, взгляд гастроэнтеролога

##### **Тема №3 «Острый панкреатит.»**

1. Консервативное лечение острого панкреатита.
2. Национальные клинические рекомендации при остром панкреатите.

##### **Тема №4 «Курация. Представление истории болезни.»**

1. Применение медицинских технологий и медицинских изделий для обследования больных с заболеваниями органов брюшной полости
2. Диагностический алгоритм при острой патологии сосудов нижних конечностей.

##### **Тема №5 «Острая кишечная непроходимость.»**

1. Диагностика острой спаечной кишечной непроходимости
2. Национальные клинические рекомендации при острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза

##### **Тема №6 «Перитонит.»**

1. Дифференциальная диагностика абсцессов брюшной полости
2. Лапаротомия при распространенном перитоните.

##### **Тема №7 «Вентральные грыжи.»**

1. Этиология, патогенез, клиника паховых грыж, показания и противопоказания к операции.
2. Ущемленные вентральные грыжи, диагностика и лечение

##### **Тема №8 «Хирургия осложнений язвенной болезни.»**

1. Национальные клинические рекомендации при перфоративной язве
2. Клиника и диагностика язвенных гастродуоденальных кровотечений

##### **Тема №9 «Рак желудка.»**

1. Оперативное лечение рака желудка
2. Классификация, клиника и диагностика рака желудка.

##### **Тема №10 «Острые нарушения мезентериального кровообращения.»**

1. Дифференциальная диагностика острого тромбоза мезентериальных артерий
2. Тактика оперативного лечения при мезентериальном тромбозе.

##### **Тема №11 «Острые венозные тромбозы и их осложнения. Тромбоэмболия лёгочной артерии»**

1. Медикаментозное лечение илиофemorального венозного тромбоза
2. Восходящий тромбофлебит большой подкожной вены, клиника и диагностика (
3. Методы хирургической профилактики тромбоэмболии лёгочной артерии

##### **Тема №12 «Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей.»**

1. Варикозная болезнь нижних конечностей, консервативное и оперативные методы лечения

## 2. Диагностика ПТФБ

### Тема №13 «Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.»

1. Хирургическое лечение облитерирующего атеросклероза нижних конечностей
2. Консервативное лечение болезни Рейно

### Тема №14 «Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Аневризмы аорты и артерий.»

1. Тактика хирургического лечения острых артериальных тромбозов
2. Современная классификация острой артериальной непроходимости с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

**Темы рефератов могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем**

## 4.2 Решение ситуационных задач

### Тема №1 «Острый аппендицит»

#### Ситуационная задача №1

У больной 32 лет во время операции, предпринятой по поводу острого аппендицита, никаких макроскопических изменений в отростке не найдено. При ревизии брюшной полости обнаружено большое количество увеличенных от 0,5 до 3 см лимфатических узлов в брыжейке тонкого кишечника.

Какое заболевание у больной? Существуют ли отличительные признаки этого заболевания? Как следует поступить во время операции?

#### Ответ на ситуационную задачу №1

У пациентки острый (неспецифический) мезаденит. При данном заболевании отмечается отек брыжейки тонкой кишки, в которой, чаще в области илеоцекального угла, обнаруживаются увеличенные лимфатические узлы мягкой консистенции. При гнойном мезадените на месте лимфатических узлов образуется инфильтрат с некрозом и гнойным расплавлением. Гистологически в лимфатических узлах брыжейки кишечника выявляются лимфоидная гиперплазия, лейкоцитарная инфильтрация. Пациентке следует выполнить аппендэктомия. Дальнейшее лечение консервативное.

#### Ситуационная задача №2

Больной 36 лет поступил через 4 ч от начала заболевания. Заболевание началось очень остро, резкими болями в эпигастральной области, была однократная рвота. Больной находился в квартире один и смог вызвать врача только через 3 ч.

В момент осмотра общее состояние больного удовлетворительное, жалуется на боли в правой подвздошной области, где имеется резкая локальная болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина — Блюмберга. Температура 37,3°C, пульс 100 в минуту. Лейкоцитов в крови  $15,0 \cdot 10^3$  в 1 мкл. Положительным оказался и симптом Ровзинга. Был поставлен диагноз острого аппендицита, и больной взят на операцию. Однако после вскрытия брюшной полости выделилось значительное количество мутной жидкости с примесью кусочков непереваренной пищи.

Каков правильный диагноз? Почему ошибся хирург? Что следует предпринять?

#### Ответ на ситуационную задачу №2

Перфорация полого органа, перитонит. Диагноз острый аппендицит был поставлен на основании симптома Кохера, а также локализации болей в правой подвздошной области, положительного симптома раздражения брюшины. Вероятно, выпот локализовался в данной области, т.к. это одно из типичных мест скопления экссудата, выпота в брюшной полости. Показана лапаротомия с ревизией и интраоперационном принятии решения об объеме операции.

#### Ситуационная задача №3

Больной 26 лет поступил на 4-й день заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у больного острый аппендицит. Однако в правой подвздошной области отчетливо определяется плотное, неподвижное образование размером 10X12 см, прилегающее к гребешку подвздошной кости, болезненное при пальпации. Общее состояние больного вполне удовлетворительное, перитонеальные симптомы не выражены.

Какой диагноз вы поставите? Как будете лечить больного?

#### Ответ на ситуационную задачу №3.

Аппендикулярный инфильтрат. Рекомендована антибактериальная терапия, щадящая диета, ограничение физ.нагрузки. Плановое оперативное лечение через 4 месяца.

#### **Ситуационная задача №4.**

У больного с четко отграниченным аппендикулярным инфильтратом, субфебрильной температурой и значительно улучшившимся в процессе лечения состоянием на 5-е сутки после поступления и на 10-е сутки от начала заболевания внезапно появились сильные боли в животе, температура стала повышаться, появилась жажда, тахикардия, язык стал сухим, была однократная рвота. Живот вздут, резко болезнен во всех отделах, брюшная стенка ограничена в подвижности при дыхании, определяется разлитой симптом Щеткина — Блюмберга. Лейкоцитоз возрос с  $10,0 \cdot 10^3$  до  $18,0 \cdot 10^3$  в 1 мкл ( $10\ 000$ — $18\ 000$  по старой системе).

Какое осложнение наступило у больного? Что следует предпринять?

#### **Ответ на ситуационную задачу №4.**

Перфорация инфильтрата. Показано экстренное оперативное вмешательство- лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, интраоперационное принятие решения об объеме операции.

### **Тема №2 «Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.»**

#### **Ситуационная задача №1.**

У больного 56 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры до  $38,5^{\circ}\text{C}$ , напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. Положительный симптом Щеткина—Блюмберга в правом подреберье. Проводимые консервативные мероприятия (антибиотики, спазмолитики, новокаиновая блокада) не дают в течение 3 сут каких-либо положительных результатов.

Лейкоцитоз крови колеблется от  $15,0 \cdot 10^3$  до  $18,0 \cdot 10^3$  в 1 мкл.

Ваш диагноз и тактика лечения?

#### **Ответ на ситуационную задачу №1.**

Желчнокаменная болезнь. Перфорация желчного пузыря? Холедохолитиаз? Показано экстренное оперативное лечение- холецистэктомия, санация брюшной полости, дренирование. Возможно, холедохотомия с наружным дренированием холедоха по Керу.

#### **Ситуационная задача №2.**

Больному во время операции по поводу острого калькулезного холецистита после холецистэктомии через культю пузырного протока произведена холангиография. На рентгенограмме определяются расширенные печеночные протоки и общий желчный проток. В начале общего желчного протока виден как бы обрыв контрастного вещества, дальше общий желчный проток не контрастируется и в двенадцатиперстную кишку контрастное вещество не поступает.

Как вы расцениваете данные холангиограммы? Каковы ваши дальнейшие действия? Как вы закончите операцию?

#### **Ответ на ситуационную задачу №2.**

Обтурация конкрементом или стеноз общего желчного протока. При наличии камня в просвете- холедохотомия, извлечение конкремента. Операцию заканчивают наружным дренированием холедоха.

#### **Ситуационная задача №3.**

Больная 56 лет поступила в стационар с картиной обострения хронического холецистита на вторые сутки от начала приступа. Общее состояние больной было удовлетворительным. Температура  $38,1^{\circ}\text{C}$ . Пульс 92 в минуту. Живот болезнен только в правом подреберье, где определялось умеренно выраженное защитное мышечное напряжение и положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Остальные отделы живота оставались спокойными. Больная получала консервативное лечение. Внезапно состояние больной резко ухудшилось: появились сильные боли в животе, чувство страха, больная побледнела, появились одышка и рвота, температура повысилась до  $40^{\circ}\text{C}$ . Пульс стал 120 в минуту. Лейкоцитоз увеличился с  $9,0 \cdot 10^3$  до  $25,0 \cdot 10^3$  в 1 мкл. Живот вздут, определяется разлитая болезненность и положительный симптом Щеткина—Блюмберга во всей правой половине живота.

Что произошло с больной? Какова должна быть тактика хирурга?

#### **Ответ на ситуационную задачу №3.**

Развилось осложнение – перфорация желчного пузыря, разлитой перитонит. Показано экстренное хирургическое лечение в объеме - лапаротомия, холецистэктомия, ревизия желчевыводящих

протоков (например, интраоперационная холангиография), дренирование ложа удаленного пузыря, брюшной полости.

#### **Ситуационная задача №4.**

Больная 45 лет оперирована по поводу острого холецистита. Проведена холецистэктомия. Удаление пузыря протекало с большими техническими трудностями. В области шейки пузыря была значительная инфильтрация тканей. Пузырный проток короткий, но его удалось перевязать двумя лигатурами. Однако хорошо перитонизировать ложе пузыря и культю его не удалось.

Как вы закроете брюшную полость?

#### **Ответ на ситуационную задачу №4.**

Послойное ушивание послеоперационной раны, дренирование ложа удаленного желчного пузыря.

### **Тема №3 «Острый панкреатит»**

#### **Ситуационная задача №1.**

У больного 51 года, злоупотреблявшего алкоголем, внезапно появились резкие боли в эпигастрии, которые, как бы опоясывая, отдавали в спину. Температура оставалась нормальной. Появилась многократная рвота, не дающая облегчения. При осмотре выявлялась небольшая болезненность в эпигастральной области. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Диастаза в моче 4096 ед. Консервативные мероприятия (паранефральная двусторонняя блокада, антибиотики, спазмолитики, обезболивающие, введение парентерально большого количества жидкостей — физиологического раствора и 5% раствора глюкозы) улучшения не дали. На следующие сутки состояние больного ухудшилось: участился пульс до 120 в минуту, артериальное давление упало до 70/40 мм рт. ст. Появились симптомы раздражения брюшины. Диастаза в моче стала 8ед.

Каким образом следует расценить течение заболевания и какова должна быть тактика лечения?

#### **Ответ на ситуационную задачу №1.**

Оценить состояние можно как развитие септического панкреонекроза, стадии гнойных осложнений. Больному показано экстренное оперативное лечение-при наличии очагового некроза-некрэктомия или резекция, сквозное дренирование сальниковой сумки, забрюшинного пространства, брюшной полости, лапаростома.

#### **Ситуационная задача №2.**

У больной 49 лет после приема обильной мясной, жирной и пряной пищи внезапно появился приступ жестокой опоясывающей боли в эпигастральной области, многократная рвота. Температура оставалась нормальной. При пальпации эпигастральной области умеренная болезненность. Диастаза мочи 1024 единицы. Проводимое консервативное лечение в течение суток привело к улучшению состояния: боли стали значительно меньше, прекратилась рвота. Живот стал мягким, легкая болезненность в эпигастральной области еще оставалась. Симптомов раздражения брюшины не выявлялось. Диастаза мочи стала 256 ед.

Ваш диагноз и тактика лечения?

#### **Ответ на ситуационную задачу №2.**

Острый панкреатит, легкая стадия, отечная форма, фаза IA . Показано: голод, местная гипотермия (холод на живот), инфузионная терапия в объёме 40 мл на 1 кг массы тела с форсированием диуреза в течение 24-48 часов, обезболивание (НПВС), спазмолитики.

### **Тема №5 «Острая кишечная непроходимость.»**

#### **Ситуационная задача №1.**

Больной 42 лет, доставлен в клинику с жалобами на внезапно возникшие боли в животе, повторную рвоту, неотхождение газов. Стул был несколько часов тому назад. Состояние больного тяжелое, стонет от боли, беспокоен, часто меняет положение. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут в верхних отделах, в области пупка пальпируется овальное образование, плотно эластической консистенции, над которым перкуторно определяется тимпанит. В отдельных участках живота определяется шум плеска, симптом Щеткина- Блюмберга отрицательный. Перистальтика редкая, резонирующая. Больному произведена обзорная рентгенограмма брюшной полости, выполнен общий и биохимический анализы крови.

Как Вы расцениваете данные анализов крови и обзорной рентгенографии брюшной полости?

Какая должна быть тактика в лечении больного?

#### **Ответ на ситуационную задачу №1.**

У больного острая странгуляционная кишечная непроходимость – заворот тонкой кишки. На обзорной рентгенограмме брюшной полости видны чаши Клойбера небольших размеров, ширина горизонтального уровня жидкости в которых больше, чем высота газа над ними.

В общем анализе крови отмечается увеличение количества эритроцитов, повышение содержания гемоглобина, высокий уровень гематокрита, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. В биохимическом анализе – снижение содержания калия, хлоридов, гипопроteinемия.

Больному необходима экстренная операция: лапаротомия, расправление петель кишечника и опорожнение их от содержимого (интубация кишечника, оценка жизнеспособности кишки, резекция в случае нежизнеспособности ( 40-50 см приводящего и 15-20 см отводящего сегмента кишки ), блокада корня брыжейки, дренирование брюшной полости при явлениях перитонита, после окончания операции – растяжение сфинктера прямой кишки по Рекамбье.

#### **Ситуационная задача №2.**

Больная 40 лет, вторые сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, не отхождение стула и газов. При поступлении поставлен диагноз «Спаечная кишечная непроходимость» и проведено консервативное лечение: Инфузионная терапия в объеме 2 литров, со спазмолитиками, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боль уменьшилась, дважды был самостоятельный стул. ; года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 78 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий безболезненный. Перитонеальных симптомов нет, шум плеска не определяется, перистальтика выслушивается, самостоятельно отходят газы.

Какой диагноз можно поставить больной?

Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым выполнить?

Ваша тактика в отношении выбора метода лечения.

Возможные варианты оперативных вмешательств.

#### **Ответ на ситуационную задачу №2.**

Спаечная болезнь брюшной полости: рецидивирующая спаечная непроходимость

Целью обследования является оценка степени дисфункции кишечного пассажа, определение локализации «причинной спайки». Для этого может использоваться УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия.

Лечебная тактика зависит от клиники, степени нарушения кишечного пассажа, результатов обследования. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация.

### **Тема №6 «Перитонит»**

#### **Ситуационная задача №1.**

Больной П., 58 лет оперирован в экстренном порядке через 36 часов от начала заболевания по поводу прободной язвы желудка, осложненной разлитым гнойно - фибринозным перитонитом. Выполнено ушивание язвы, дренирование брюшной полости. Течение послеоперационного периода тяжелое. Несмотря на проводимую интенсивную терапию на четвертые сутки после операции у больного сохраняются боли в животе без четкой локализации, тошнота, температура 37,9 °С.

Объективно: язык сухой, живот вздут, пальпаторно определяется разлитая болезненность. Перитонеальные симптомы слабо положительны. Сохраняется парез желудочно - кишечного тракта, за сутки из желудка эвакуируется 600 - 1000 мл застойного содержимого, не отходят газы и стул. По дренажам из брюшной полости умеренное количество серозно - гнойного отделяемого. Пульс 110 в минуту, лейкоцитоз 13,0 тысяч, Лейкоцитарный индекс интоксикации 6,9.

Ваш диагноз? Решения вопроса о дальнейшей тактике лечения? .Каковы показания к операции? Объем хирургической помощи?

#### **Ответы на ситуационную задачу №1.**

Предварительный диагноз: прогрессирующий перитонит. Динамическая (паралитическая) кишечная непроходимость.

Лечение должно быть направлено на стимуляцию кишечника.

Консервативно: прозерин, 10%- 40 мл NaCl, клизма гипертоническим раствором, электростимуляция, ГБО.

Если клиника перитонита прогрессирует - показана релапаротомия, ликвидация источника перитонита, санация брюшной полости, декомпрессия кишечника.

#### **Ситуационная задача №2.**

В хирургическое отделение поступила больная Н., 40 лет, через 3 суток от начала заболевания. При поступлении больная предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, над лоном, левой подвздошной области. Из анамнеза известно, что боли начались в эпигастрии и через несколько часов мигрировали в правую подвздошную область. Около 12 часов боли распространились на все нижние отделы живота. При осмотре общее состояние больной тяжелое, в сознании, кожные покровы пониженной влажности, язык сухой. Пульс 92 в минуту, АД 110/80 мм рт.ст. Живот умеренно вздут и напряжен в нижних отделах. Из-за напряжения мышц передней брюшной стенки исследование затруднено, пальпация в нижних отделах резко болезненна, определяются положительные симптомы раздражения брюшины.

Поставьте предварительный диагноз и укажите хирургическую тактику у данной пациентки.

Обоснуйте выбор доступа для выполнения хирургического вмешательства у данной пациентки.

Выберете способ дренирования брюшной полости применительно к данному случаю.

#### **Ответ на ситуационную задачу №2.**

Деструктивный аппендицит, диффузный перитонит. Данной пациентке показано экстренное хирургическое вмешательство после комплексной предоперационной подготовки.

При наличии у пациента диффузного перитонита показана нижнесрединная лапаротомия, для того, чтобы устранить источник перитонита, провести адекватную санацию и дренирование брюшной полости. При диффузном перитоните адекватное дренирование брюшной полости достигается путем постановки перчаточного-трубчатых дренажей из двух точек.

### **Тема №7 «Вентральные грыжи»**

#### **Ситуационная задача №1.**

Во время плановой операции грыжесечения после вскрытия грыжевого мешка выделилось около 50 мл прозрачной желтоватой жидкости с запахом мочи. При ревизии оказалось, что вскрыт просвет мочевого пузыря.

Почему это произошло? Как закончить операцию? Как избежать подобных осложнений?

#### **Ответ на ситуационную задачу №1.**

Подобная ситуация возможна, если стенка мочевого пузыря была ошибочно принята за грыжевой мешок. Во избежание повреждения мочевого пузыря необходимо помнить, что это более плотное образование. Даже в случае атонии и истончения пузыря при ощупывании между двумя пальцами, кроме плотности, устанавливаются некоторая пастозность и затрудненное скольжение стенок пузыря, брюшина гораздо тоньше и скольжение между пальцами свободное. Поэтому при малейшем подозрении нельзя, не разобравшись полностью в характере грыжевого выпячивания, вскрывать его и прошивать мешок, пока не будет установлено взаимоотношение грыжевого мешка и пузыря и не будет хорошо выделена на пальце шейка мешка.

#### **Ситуационная задача №2.**

Больной 71 года в течение 3 последних лет испытывает затруднения при мочеиспускании. Моча выделяется тонкой вялой струей, часты стали позывы на мочеиспускание. Год назад больной заметил в обеих паховых областях округлой формы выпячивания размером 5X5 см, исчезающие в горизонтальном положении. Образования эти безболезненные, мягкой консистенции.

Семенные канатики расположены снаружи от выпячиваний. Наружные отверстия пахового канала круглой формы диаметром 1,5 см.

Ваш диагноз и тактика лечения?

#### **Ответ на ситуационную задачу №2.**

Прямая паховая грыжа справа и слева. Лечение-плановое оперативное- герниопластика по Бассини или аллогерниопластика.

#### **Ситуационная задача №3.**

Больной 65 лет оперирован вами по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи. При ревизии кишечника ущемленная петля оказалась нежизнеспособной. Была произведена резекция кишечника.

Что заставляет считать ущемленную кишку нежизнеспособной? На каком расстоянии от границы некротизированного участка следует резецировать кишку в дистальном и проксимально, направлениях?

**Ответ на ситуационную задачу №3.**

Признаки нежизнеспособной кишки- отсутствие пульсации сосудов брыжейки, отсутствие перистальтики. Кишка холодная на ощупь, цианотичная. Резецировать кишку необходимо на расстоянии 30 см в проксимальном, 10 см в дистальном направлении.

**Ситуационная задача №4.**

Больной 45 лет поступил в стационар по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи через 2 ч после I ущемления. Через 30 мин взят на операционный стол. Во время операции ущемленная петля кишки ускользнула в брюшную полость до вскрытия грыжевого мешка, так что состояние ее не было определено.

Какими будут ваши дальнейшие действия?

**Ответ на ситуационную задачу №4.**

Доступ-лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, оценка жизнеспособности кишки. В случае некроза ущемленной петли-резекция.

**Тема №8 «Хирургия осложнений язвенной болезни»**

### **Ситуационная задача №1.**

Больному 42 лет 8 дней назад выполнена резекция 2/3 желудка по поводу язвы тела желудка в модификации Бильрот I. Начиная с третьих суток послеоперационного периода появились жалобы на тяжесть в эпигастрии, тошноту, периодически возникающую рвоту, приносящую облегчение. С шестых суток рвоты участились, больной сам опорожняет желудок, искусственно вызывая рвоту. За последние сутки по постоянному желудочному зонду выделилось более 1 литра застойного содержимого. Больной худеет. Объективно: пульс 88 в минуту, артериальное давление 120/80 мм рт ст., температура 36,6 — 37,1 °С, язык влажный, живот не вздут, мягкий, болезненный в области раны, участвует в акте дыхания, перистальтика отчетливая, газы отходят. Стул был дважды.

О каком послеоперационном осложнении следует думать? Как уточнить причину осложнения? Каков объем операции при данной патологии?

### **Ответ на ситуационную задачу №1.**

Анастомозит. ФГДС с прицельной биопсией из области гастроэнтероанастомоза, Рентгеногастроскопия, Проба Шварца (пассаж бария по ЖКТ). Наложение дополнительного гастроэнтероанастомоза

### **Ситуационная задача №2.**

Больной 50 лет в течение нескольких лет страдает язвенной болезнью желудка. Особенно больших неприятностей заболевание ему не причиняло. Однако последний месяц больной отмечает усиление болей в эпигастриальной области, появился неприятный запах изо рта, зловонная отрыжка, жидкий стул, возникают позывы на стул после каждого приема пищи. В кале стали встречаться кусочки непереваренной пищи. Больной резко похудел. Температура нормальная. При копрологическом исследовании отмечено значительное количество слизи и непереваренной пищи. Что произошло с больным? Каким исследованием можно подтвердить свое предположение? Как лечить больного?

### **Ответ на ситуационную задачу №2.**

Малигнизация язвы желудка. Показана фиброгастроуденоскопия с биопсией. Лечение – в зависимости от стадии заболевания. Оперативное (радикальное или паллиативное) или комбинированное- химиотерапия, хирургическое лечение.

### **Ситуационная задача №3.**

Больной 48 лет поступил в стационар по поводу внезапно возникшей у него обильной кровавой рвоты. Никаких указаний на заболевание желудка в анамнезе установить не удалось. Считал себя здоровым. Перенес болезнь Боткина 3 года назад. Общее состояние удовлетворительное. У брата больного туберкулез легких.

С какими заболеваниями вам придется проводить дифференциальный диагноз? Каковы будут ваши действия при поступлении такого больного? Какие дополнительные методы исследования можно применить на высоте кровотечения для уточнения диагноза?

### **Ответ на ситуационную задачу №3.**

Дифференциальный диагноз проводится между циррозом печени, портальной гипертензией, осложненной синдромом Меллори-Вейса, язвенной болезнью желудка, осложненной кровотечением. Тактика- постановка зонда Блэкмора, гемотрансфузия по показаниям, строгий постельный режим, динамическое наблюдение. Показана фиброгастроуденоскопия. Также в обследование входит УЗИ печени, биохимический анализ крови- показатели общего, прямого, непрямого билирубина для верификации диагноза.

### **Ситуационная задача №4.**

Больной 43 лет поступил в клинику по поводу перфоративной язвы желудка через 2 ч от начала заболевания. Язвенной болезнью страдает 8 лет. Многократно лечился в терапевтических стационарах с кратковременным успехом. При ревизии в пилорическом отделе желудка обнаружено перфорационное отверстие размером 0,5X0,3 см с небольшой инфильтрацией у основания. Кислотность желудочного сока, по словам больного, 90.

Какого объема операцию вы примените в данном случае?

### **Ответ на ситуационную задачу №4**

Возможны следующие варианты операции: ваготомия с иссечением перфоративной язвы и пилоропластикой при отсутствии инфильтрата и рубцовой деформации выходного отдела желудка). Стволовая ваготомия с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу. Экономная резекция желудка со стволовой ваготомией, при отсутствии перитонита и повышенного операционного риска.

## **Тема №9 «Рак желудка.»**

### **Ситуационная задача №1.**

Больной 46 лет лечится у Вас амбулаторно. 3 недели назад был оперирован по поводу грыжи белой линии живота в районной больнице. Больного давно следовало бы выписать на работу, но он продолжает жаловаться на боли в эпигастральной области, почти такие же, какие были у него до операции. У больного нет аппетита, нарастает слабость, он похудел. Курс УВЧ-терапии, который Вы назначили, определив у него воспалительную инфильтрацию рубца, боли не снял. Консультант, к которому Вы направили больного, назначил исследование желудочно-кишечного тракта, анализ крови.

Почему так протекает послеоперационный период?

Какие изменения обнаружены у больного при рентгенографии желудка, в анализе крови?

Какие еще исследования следует провести больному?

Что следует предпринять в зависимости от полученных результатов исследования?

Какие ошибки допущены лечащими врачами?

### **Ответ на ситуационную задачу №1.**

При наличии грыжи белой линии живота у лиц, имеющих желудочный анамнез, и у пожилых больных рентгеноскопия желудка обязательно должна быть включена в план дооперационного обследования больного. Если бы больному было произведено это исследование, то, как видно на рентгенограмме желудка, у него был бы выявлен рак антрального отдела желудка (дефект наполнения с нечеткими, неровными контурами), что находит и подтверждение в анализах крови. Больному показана гастроскопия с биопсией, УЗИ печени, исследование легких (для выявления возможных отдаленных метастазов).

Назначение физиопроцедур для данного больного было непродуманным.

При отсутствии признаков неоперабельности больному необходима радикальная субтотальная резекция желудка.

### **Ситуационная задача №2.**

Больной В. 45 лет, поступил с жалобами на слабость, снижение работоспособности, тупые, ноющие боли в эпигастральной области, чувство тяжести после еды, рвоту съеденной пищей. Болен в течение 2 месяцев, лечился самостоятельно - принимал но-шпу и анальгин. В первое время, после приема лекарств, боли беспокоили меньше. В последние дни участились рвоты. Потерял в весе около 10 кг.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз? Какие исследования целесообразно произвести для его подтверждения? Что, по Вашему мнению, имеет значение в определении тактики ведения (оперировать – не оперировать) больного? Какой объем оперативного вмешательства вы предполагаете?

### **Ответ на ситуационную задачу №2.**

У больного, вероятно, рак желудка.

Для подтверждения диагноза необходима контрастная рентгеноскопия желудка, гастроскопия с биопсией. Объем радикальной операции зависит от локализации опухоли в желудке – субтотальная резекция желудка, либо гастрэктомия. При наличии неудалимой опухоли в выходном отделе желудка и признаков стеноза – показано наложение обходного гастроэнтероанастомоза.

## **Тема №10 «Острые нарушения мезентериального кровообращения.»**

### **Ситуационная задача №1.**

Больная 70 лет поступила с жалобами на острые боли в животе, больше слева. Заболела внезапно за 14 часов до поступления. Состояние тяжелое, рвоты нет, тошнота, стул и газы задержаны. Температура тела 37. АД 160/90 мм.рт.ст. Больная стонет от болей. Живот асимметричен за счет выпячивания брюшной стенки слева. Брюшная стенка мягкая, слева прощупывается болезненное образование без четких контуров. Лейкоцитоз  $12 \times 10^9/\text{л}$ .

Диагноз? Тактика?

### **Ответ на ситуационную задачу №1.**

Заворот сигмы? Тромбоз мезентериальных сосудов? Лапаротомия после кратковременной предоперационной подготовки.

### **Ситуационная задача №2.**

Больная 80 лет поступила через 10 часов появления острых болей в животе с диагнозом частичной кишечной непроходимости . Состояние тяжелое , занимает вынужденное колено-локтевое положение . ЧСС 140 в минуту , слабый , аритмичный . Температура 35,5 . Язык сухой , обложен сероватым налетом . Рвоты нет , газы отходят . Живот мягкий , болезненный во всех отделах . Видимой на глаз перистальтики кишечника нет , имеются зоны притупления в отлогих местах живота . В ампуле прямой кишки кал без видимой примеси крови . Лейкоцитоз 18х10<sup>9</sup>/л . Тоны сердца глухие , аритмичные .

Диагноз? Тактика?

**Ответ на ситуационную задачу №2.**

Подозрение на тромбоз сосудов брыжейки. Не исключается инфаркт миокарда. ЭКГ.

Показана лапаротомия .

## **Тема №11 «Острые венозные тромбозы и их осложнения. Тромбоэмболия лёгочной артерии»**

### **Ситуационная задача №1.**

У больной 40 лет на 4 день после аборта появились резкие боли в левой ноге, ее массивный отек и цианоз кожных покровов при вертикальном положении. При обследовании обнаружен резкий отек на бедре и голени слева, цианоз кожи, болезненность по ходу магистрального сосудистого пучка на голени, бедре, подвздошной области слева. Диагноз, метод лечения?

**Ответ на ситуационную задачу №1.**

У больной тотальный тромбоз глубоких вен левой ноги и левых подвздошных вен. Учитывая распространенность процесса рекомендуется консервативная терапия.

### **Ситуационная задача №2.**

У больной 29 лет на 5-е сутки после кесарева сечения внезапно появились боли за грудиной, удушье, потеря сознания, кратковременная асистолия. Состояние больной крайне тяжелое. Цианоз лица и верхних конечностей, набухание шейных вен. Одышка до 30 в минуту. В легких дыхание проводится с обеих сторон. Отмечается отек правой нижней конечности до паховой складки, усиление венозного сосудистого рисунка на бедре. При ангиопульмонографии в легочном стволе и устье правой легочной артерии обнаружены дефекты контрастирования. Легочно-артериальное давление - до 60 мм.рт.ст. Диагноз, лечебная тактика?

-Диагноз?

-Методы диагностики ТЭЛА

-Лечебная тактика?

-Методы профилактики и лечения ТЭЛА?

-Эндоваскулярные вмешательства при риске развития ТЭЛА?

**Ответ на ситуационную задачу 2.**

Острый илеофemorальный флелотромбоз справа, ТЭЛА. Пульмонангиография, обзорная рентгенография грудной клетки

Показана эмболэктомия из легочной артерии в условиях ИК, чрезпредсердная имплантация кава-фильтра.

Антикоагулянтная терапия, чрезпредсердная тромбэктомия, подключично-легочный анастомоз.

Имплантация кава-фильтра.

### **Ситуационная задача №3.**

У больного 48 лет внезапно появились боли в подколенной области, отек голени справа. Присоединился цианоз кожи голени. Конечность пальпаторно теплая, мягкие ткани уплотнены, в подколенной области и икроножной мышце определяется болезненность.

-Диагноз?

-Лечебная тактика?

-Антикоагулянтная терапия при ТГВ?

-Осложнения ТГВ?

-Методы профилактики и лечения ТЭЛА?

**Ответ на ситуационную задачу 3.**

У больного тромбоз подколенной вены справа. Необходима УЗДГ вен нижней конечности справа для подтверждения диагноза. Согласно стандарту. ТЭЛА. Эластическая компрессия, антикоагулянтная терапия.

## **Тема №12 «Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей.»**

### **Ситуационная задача №1.**

Поступил больной с жалобами на наличие язвы по латеральной поверхности нижней трети левой голени и явления перемежающейся хромоты слева. При осмотре обнаружена язва размером 4Х6 см, пульсация на артериях стопы резко ослаблена. Обращали на себя внимание резко расширенные вены голени и особенно бедра. В подколенной ямке рукой ощущалось дрожание, напоминающее кошачье мурлыканье, прослушивался грубый систоло-диастолический шум. Более 10 лет назад у больного было ножевое ранение в области левого коленного сустава, однако расширенные вены и язвы голени появились только в этом году.

Какой диагноз вы поставите больному? Какой должна быть лечебная тактика?

**Ответ на ситуационную задачу №1.**

Хроническая венозная недостаточность, III, С4. Если трофическая язва без признаков нагноения, то показано оперативное лечение после УЗДГ сосудов, - комбинированная венэктомия с перевязкой притоков большой подкожной вены. В случае если в области язвы обнаруживаются гнойно-некротические изменения, то операция возможна после комплексного консервативного лечения.

**Ситуационная задача №2.**

Больной 53 лет поступил с жалобами на отек левой нижней конечности, расширение венозной сети на бедре и нижней части живота, трофическая язва внутренней поверхности левой голени. Жалобы появились около 3 лет назад, когда после аппендэктомии появился отек и цианоз левой нижней конечности.

Диагноз? Классификация ХВН? Лечебная тактика? Прогноз?

**Ответ на ситуационную задачу №2.**

Посттромбофлебитическая болезнь левой нижней конечности в стадии трофических расстройств. Венотоники (детралекс, венорутон и др.), компрессионное лечение (эластическое бинтование, компрессионный трикотаж 2-3 классов). Неблагоприятный в отношении выздоровления. Работа, несвязанная с тяжелым физическим трудом, постоянная эластическая компрессия.

**Тема №13 «Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.»**

**Ситуационная задача №1.**

У больного 56 лет стали появляться боли в правой икроножной мышце после прохождения 50 м, нога стала мерзнуть даже в летнее время и уставать после непродолжительного стояния. При осмотре стопа и нижняя треть голени справа бледнее, чем слева, холоднее на ощупь. Пульс на правой конечности удается определить лишь на бедренной артерии, он ослаблен. Над; ней отчетливо выслушивается систолический шум. Общее состояние больного удовлетворительное.

Какой диагноз следует поставить? Как лечить больного?

**Ответ на ситуационную задачу №1.**

Облитерирующий атеросклероз. Атеросклероз сосудов нижних конечностей, IIб стадия. На данной стадии показано консервативное лечение. В медикаментозную терапию включены препараты: тернгал, актовегин, никотиновая кислота, тромбо асс. Рекомендован отказ от курения, соблюдение диеты.

**Ситуационная задача №2.**

Больной 35 лет страдает облитерирующим эндартериитом нижних конечностей в течение 10 лет. Многократно лечился в специализированных стационарах и на курортах. Два года назад ему была произведена операция двусторонней симпатэктомии с хорошим эффектом на один год. В связи с появлением некротических изменений на левой стопе полгода назад была произведена левосторонняя грудная симпатэктомия, однако улучшение после нее было кратковременным. В настоящее время у больного имеется влажная гангрена трех пальцев левой стопы. Стопа и нижняя треть голени отечны. Слабая пульсация определяется на подколенных артериях. Больной измучен, очень плохо спит, может лежать только с опущенной вниз ногой.

Как поступить с больным?

**Ответ на ситуационную задачу №2.**

Показана ампутация на уровне верхней трети бедра.

**Тема №14 «Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Аневризмы аорты и артерий.»**

**Ситуационная задача №1.**

Больной 48 лет, жалуется на интенсивные боли в левой голени и стопе. Боль возникла внезапно, 2 часа тому назад. Год назад перенес инфаркт миокарда. Состояние средней тяжести. Кожные

покрыты левой стопы и голени холодные на ощупь, бледные, с мраморным рисунком. Отека голени нет. Активные движения в суставах пальцев и голеностопном суставе отсутствуют, пассивные сохранены. Пульсация на бедренной артерии сохранена, на подколенной и артериях стопы отсутствует.

Какой диагноз Вы поставите больному?

Какими исследованиями подтвердите диагноз?

Какие изменения Вы отмечаете на рентгенограмме?

Какова должна быть лечебная тактика?

**Ответ на ситуационную задачу №1.**

У больного эмболия подколенной артерии, ишемия II- Б степени. Уточнить диагноз может ультразвуковая доплерография и ангиография.

На представленной аортограмме определяется обрыв контрастированной поверхностной артерии бедра на уровне подколенной артерии.

Лечение оперативное – срочная эмболэктомия с последующей консервативной терапией: препараты, улучшающие реологические свойства крови, антикоагулянты, спазмолитики, ГБО.

**Ситуационная задача №2.**

У больного 56 лет стали появляться боли в правой икроножной мышце после прохождения 50 метров, нога стала мерзнуть даже в летнее время и уставать даже после непродолжительного стояния. При осмотре стопа и нижняя треть голени справа бледнее, чем слева, холоднее на ощупь. Пульс на правой конечности удается определить лишь на бедренной артерии, он ослаблен. Над бедренной артерией удается выслушать систолический шум. Общее состояние удовлетворительное.

Какой диагноз следует поставить?

Какими исследованиями можно подтвердить диагноз?

Какие изменения Вы находите на рентгенограмме? Какой использовался метод введения контрастного вещества?

Как лечить больного?

**Ответ на ситуационную задачу №2.**

Больной страдает облитерирующим атеросклерозом с явным поражением аорто-повздошного сегмента справа. Более точный топический диагноз может быть установлен после ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей или рентгеноконтрастного исследования сосудов нижних конечностей.

На представленной аортограмме, выполненной по методу Сельдингера, определяется отсутствие контрастирования повздошно-бедренного сегмента справа, неровность, изъеденность контуров аорты, большая сеть коллатералей.

Показано консервативное лечение. При углублении ишемии конечностей следует ставить вопрос об операции. Возможны варианты: аорто-бедренное шунтирование, эндоартериоэктомия, аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование.

#### **4.3 Написание истории болезни**

Алгоритм написания истории болезни - студент проводит курацию предложенного преподавателем пациента и письменно оформляет историю болезни пациента по схеме:

1. Титульный лист.
2. Паспортная часть.
3. Жалобы, предъявляемые больным.
4. История настоящего заболевания.
5. История жизни.
6. Аллергологический анамнез.
7. Трансфузиологический анамнез.
8. Перенесенные ранее заболевания, травмы и операции.
9. Семейный анамнез и данные о наследственности.
10. Экспертный анамнез.
11. Общий вид больного.
12. Кожные покровы.
13. Слизистые оболочки (полости рта, конъюнктивы).
14. Подкожная клетчатка.
15. Опорно-двигательный аппарат.

16. Нервная система.
17. Органы дыхания.
18. Органы кровообращения.
19. Органы пищеварения.
20. Органы мочевого выделения.
21. Эндокринная система.
22. Status specialis (localis).
23. Предварительный диагноз.
24. План дополнительных методов исследования.
25. Клинический диагноз.
26. Показания к операции (предоперационный эпикриз) и протокол операции.
27. Дневники.
28. Эпикриз (общее заключение).

Основными видами самостоятельной работы студентов с участием преподавателей являются: тестирование

## 5. Организация СРС

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: факультет, кафедра, учебный и методический отделы, преподаватель, библиотека, электронная информационно-образовательная среда ВУЗа и сам обучающийся.

### 6. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Факультетская хирургия»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
	<b>СРС (по видам учебных занятий) всего-60 часов</b>	
1.	Острый аппендицит.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
2.	Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
3.	Острый панкреатит.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
4.	Курация. Представление истории болезни.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
5.	Острая кишечная непроходимость.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
6.	Перитонит.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
7.	Вентральные грыжи.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
8.	Хирургия осложнений язвенной болезни.	Написание рефератов, решение ситуационных задач

9.	Рак желудка.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
10.	Острые нарушения мезентериального кровообращения.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
11.	Острые венозные тромбозы и их осложнения. Тромбоэмболия лёгочной артерии.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
12.	Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
13.	Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
14.	Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Аневризмы аорты и артерий.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
2.	<b>СРС по промежуточной аттестации( всего) -34 часа</b>	Подготовка к экзамену
3.	<b>СРС (ИТОГО)-94 часа</b>	

**7. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Факультетская хирургия»**

**Для оценки решения ситуационной задачи:**

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

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

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

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

**Для оценки рефератов:**

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

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

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

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

**Для истории болезни/фрагмента истории болезни:**

Оценка «отлично» выставляется, если все разделы учебной истории болезни раскрыты полностью, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «хорошо» выставляется, если в учебной истории болезни представлены все разделы, есть недостатки в интерпретации данных, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «удовлетворительно» выставляется если в учебной истории болезни представлены все разделы, есть негрубые ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

## **МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ**

### **1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине «Факультетская хирургия»**

В процессе самостоятельной работы студент приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

*Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя*

*студент должен:*

освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем и компетенциями в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по дисциплине «**Факультетская хирургия**»

- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

*студент может:*

сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого (ФГОС ВО) по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

### **2. Методические рекомендации для студентов по отдельным формам самостоятельной работы.**

С первых же сентябрьских дней на студента обрушивается громадный объем информации, которую необходимо усвоить. Нужный материал содержится не только в лекциях (запомнить его – это только малая часть задачи), но и в учебниках, книгах, статьях. Порой возникает необходимость привлекать информационные ресурсы Интернет, ЭИОС, ЭБС и др. ресурсы.

Система вузовского обучения подразумевает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто: если в школе ежедневный контроль со стороны учителя заставлял постоянно и систематически готовиться к занятиям, то в вузе вопрос об уровне знаний вплотную встает перед студентом только в период сессии. Такая ситуация оборачивается для некоторых соблазном весь семестр посвятить свободному времяпрепровождению («когда будет нужно – выучу!»), а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

#### **Работа с книгой.**

При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.

Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.

Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.

Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).

При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.

Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.

Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при перечитывании записей лучше запоминались.

Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.

Различают два вида чтения; первичное и вторичное. *Первичное* - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого слова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения.

Задача *вторичного* чтения - полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).

#### **Правила самостоятельной работы с литературой.**

Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к следующим:

- Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться; «не старайтесь запомнить все, что вам в ближайшее время не понадобится, – советует студенту и молодому ученому Г. Селье, – запомните только, где это можно отыскать» (Селье, 1987. С. 325).
- Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...).
- Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень сэкономить время).
- Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.
- При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...
- Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).
- Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).
- Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать

медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью словаря, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чудом» начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая это работа или нет...

• «Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро... Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном», – советует Г. Селье (Селье, 1987. – С. 325-326).

• Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того насколько осознанна читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста**:

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения**:

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь. Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;

3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного.

Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

**Методические рекомендации по составлению конспекта:**

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

**Практические занятия.**

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

**Самопроверка.**

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное

решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

### **Консультации**

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

### **Подготовка к экзаменам и зачетам.**

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неутомительные занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

### **Правила подготовки к зачетам и экзаменам:**

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).
- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.
- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.
- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше продемонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).
- Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательно аргументированные точки зрения.

### **Правила написания научных текстов (рефератов):**

- Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и.
- Важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.
- Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями.
- Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).
- Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.
- Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.

Далее можно взять что-то из МР по дисциплине, относящееся к конкретным видам СРС на данной дисциплине

### **3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Факультетская хирургия»**

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
	<b>СРС (по видам учебных занятий) всего-60 часов</b>	
1.	Острый аппендицит.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
2.	Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
3.	Острый панкреатит.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
4.	Курация. Представление истории болезни.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
5.	Острая кишечная непроходимость.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
6.	Перитонит.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
7.	Вентральные грыжи.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
8.	Хирургия осложнений язвенной болезни.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
9.	Рак желудка.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
10.	Острые нарушения мезентериального кровообращения.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
11.	Острые венозные тромбозы и их осложнения. Тромбоэмболия лёгочной артерии.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
12.	Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
13.	Облитерирующие	Написание рефератов, решение

	заболевания артерий нижних конечностей.	ситуационных задач
14.	Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Аневризмы аорты и артерий.	Написание рефератов, решение ситуационных задач
2.	<b>СРС по промежуточной аттестации( всего) -34 часа</b>	Подготовка к экзамену
3.	<b>СРС (ИТОГО)-94 часа</b>	

**4. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Факультетская хирургия»**

**Критерии оценки самостоятельной работы студентов (СРС)**

Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

<b>Оценка</b>	<b>Критерии оценки</b>
<b>Зачтено</b>	Выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.
<b>Не зачтено</b>	Выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы