



УРАЛЬСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ

**Автономная некоммерческая организация  
высшего образования  
«Уральский медицинский институт»**

***Методические рекомендации к самостоятельной работе по дисциплине  
Б1.О.51 Факультетская хирургия***

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

Уровень высшего образования: специалитет

квалификация: врач-лечебник (врач-терапевт участковый)

Форма обучения: очная

Срок обучения: 6 лет

Методические рекомендации по дисциплине рассмотрены и одобрены на заседании Ученого совета института (протокол № 2 от 18.05.2026 г.) и утверждена приказом ректора № 48 от 18.05.2026 г.

### ***Методическая разработка для преподавателя***

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

***1.1 Самостоятельная работа*** студентов является обязательным компонентом образовательного процесса, так как она обеспечивает закрепление получаемых на занятиях лекционного типа знаний путем приобретения навыков осмысления и расширения их содержания, навыков решения актуальных проблем формирования универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, научно-исследовательской деятельности, подготовки к занятиям семинарского типа, сдаче зачетов и экзаменов.

Самостоятельная работа студентов представляет собой совокупность аудиторных и внеаудиторных занятий и работ, обеспечивающих успешное освоение образовательной программы высшего профессионального образования в соответствии с ООП.

Навыки самостоятельной работы по освоению каких-либо знаний приобретаются человеком с раннего детства и развиваются в течение всей жизни. К началу обучения в вузе каждый студент имеет личный опыт и навыки организации собственных действий, полученные в процессе обучения в школе, учреждениях дополнительного образования, во время внешкольных занятий и в быту. Однако при обучении в вузе требования к организации самостоятельной работы существенно возрастают, так как они связаны с освоением сложных универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций.

## ***1.2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся, по дисциплине Факультетская хирургия***

<b>Код</b>	<b>Планируемые результаты обучения по дисциплине:</b>	<b>Наименование индикатора достижения компетенции</b>
<b>Общепрофессиональные компетенции</b>		
ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также	ИОПК-4.1 Демонстрирует знание номенклатуры медицинских изделий, их функционального назначения и правил применения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также теоретических основ диагностического процесса, включая алгоритмы сбора анамнеза, проведения физикального обследования и интерпретации результатов лабораторно-инструментальных исследований. ИОПК-4.2

	проводить обследования пациента с целью установления диагноза	<p>Владеет навыками безопасного и эффективного использования медицинских изделий при оказании медицинской помощи, способен проводить стандартизированное клиническое обследование пациента, формулировать предварительный диагноз и определять объем необходимых дополнительных исследований для верификации диагноза.</p> <p>ИОПК-4.3</p> <p>Обладает устойчивыми практическими навыками комплексного обследования пациентов с различной патологией, включая применение специализированного медицинского оборудования, интерпретацию полученных данных и обоснование клинического диагноза в соответствии с современными диагностическими алгоритмами и стандартами медицинской помощи.</p>
<b>Профессиональные компетенции</b>		
ПК-1	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах	<p>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.</p> <p>ИПК-1.3 Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.</p>
ПК-2	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза	<p>ИПК-2.1 Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента.</p> <p>ИПК-2.2 Проведение полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).</p> <p>ИПК-2.3 Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента.</p> <p>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.</p> <p>ИПК-2.5 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.</p> <p>ИПК-2.6 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.</p> <p>ИПК-2.7 Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии</p>

		<p>медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ИПК-2.8 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).</p>
ПК-3	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности	<p>ИПК-3.1 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.</p> <p>ИПК-3.2 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.</p> <p>ИПК-3.3 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.</p> <p>ИПК-3.4 Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения.</p> <p>ИПК-3.6 Организация персонализированного лечения пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения.</p>

### 1.3 Содержание самостоятельной работы обучающихся

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС	Всего часов
1.	Острый аппендицит.	Написание рефератов/докладов, решение ситуационных задач	2
2.	Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.	Написание рефератов/докладов, решение ситуационных задач	2
3.	Острый панкреатит.	Написание рефератов/докладов, решение ситуационных задач	4
4.	Курация. Представление истории болезни.	Написание рефератов, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни	4
5.	Острая кишечная	Написание рефератов/докладов,	4

	непроходимость.	решение ситуационных задач	
6.	Перитонит.	Написание рефератов/докладов, решение ситуационных задач	4
7.	Вентральные грыжи.	Написание рефератов/докладов, решение ситуационных задач	4
8.	Хирургия осложнений язвенной болезни.	Написание рефератов/докладов, решение ситуационных задач	4
9.	Рак желудка.	Написание рефератов/докладов, решение ситуационных задач	4
10.	Острые нарушения мезентериального кровообращения.	Написание рефератов/докладов, решение ситуационных задач	4
11.	Острые венозные тромбозы и их осложнения. Тромбоэмболия лёгочной артерии.	Написание рефератов/докладов, решение ситуационных задач	4
12.	Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей.	Написание рефератов/докладов, решение ситуационных задач	4
13.	Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.	Написание рефератов/докладов, решение ситуационных задач	4
14.	Острая артериальная непроходимость конечностей. Аневризмы аорты и артерий.	Написание рефератов/докладов, решение ситуационных задач	4
	<b>ИТОГО</b>		<b>52</b>

## ***2. Цели и основные задачи СРС***

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста 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.

Самостоятельная работа в рамках образовательного процесса в вузе решает следующие задачи:

- закрепление и расширение знаний, умений, полученных студентами во время аудиторных и внеаудиторных занятий, превращение их в стереотипы умственной и физической деятельности;
- приобретение дополнительных знаний и навыков по дисциплинам учебного плана;

- формирование и развитие знаний и навыков, связанных с научно-исследовательской деятельностью;
- развитие ориентации и установки на качественное освоение образовательной программы;
- развитие навыков самоорганизации;
- формирование самостоятельности мышления, способности к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- выработка навыков эффективной самостоятельной профессиональной теоретической, практической и учебно-исследовательской деятельности;
- 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.

### **3. Виды самостоятельной работы**

В образовательном процессе по дисциплине Факультетская хирургия выделяется два (один) вид(а) самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная. Тесная взаимосвязь этих видов работ предусматривает дифференциацию и эффективность результатов ее выполнения и зависит от организации, содержания, логики учебного процесса (межпредметных связей, перспективных знаний и др.):

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

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

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются: написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.

#### **3.1. Перечень тематик докладов, рефератов и презентаций (по выбору преподавателя и/или обучающегося)**

<b>Тема по плану</b>	<b>Вопросы</b>
Тема 1. 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 и презентаций могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем.

### 3.2. Перечень ситуационных задач

#### Задача 1

У больного 52 года, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры до 38,5°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 суток каких-либо положительных результатов.

Лейкоцитоз крови колеблется от 15,0-10<sup>3</sup> до 18,0-10<sup>3</sup> в 1 мкл.

Ваш диагноз и тактика лечения?

**Ответ.**

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

#### 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**

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

**Задача 3**

Больная 58 лет поступила в стационар с картиной обострения хронического холецистита на вторые сутки от начала приступа. Общее состояние больной было удовлетворительным. Температура 38,1°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°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**

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.

**Задача 4**

Больная 47 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**

Послойное ушивание послеоперационной раны, дренирование ложа удаленного желчного пузыря.

### **Задача 5**

У больного 53 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.**

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.

### **Задача 6**

У больной 47 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**

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

### **Задача 7**

Больной 40 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**

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, гипопропротеинемия.

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.

### **Задача 8**

Больная 42 года, 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. Два 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**

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.

### **Задача 9**

Больной П., 56 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?

**Ответ**

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.

### **Задача 10**

В хирургическое отделение поступила больная Н., 41 год, 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. Выберите способ дренирования брюшной полости применительно к данному случаю.

#### **Ответ.**

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 перчаточко-трубчатых дренажей из двух точек.

### **Задача 11**

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.**

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.

### **Задача 11**

Больной 73 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 5\*5 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**

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

### **Задача 12**

Больной 66 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.**

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.

### **Задача 13**

Больной 43 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**

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

### **Задача 14**

Больному 45 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°C, 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**

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

#### **4. 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: кафедра, учебно-методическое управление, преподаватель, электронная информационно-образовательная среда института и сам обучающийся.

#### **5. Самостоятельная работа студентов по дисциплине Факультетская хирургия**

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1.	Острый аппендицит.	Написание рефератов/докладов, решение

		ситуационных задач	
2.	Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.	Написание рефератов/докладов, ситуационных задач	решение
3.	Острый панкреатит.	Написание рефератов/докладов, ситуационных задач	решение
4.	Курация. Представление истории болезни.	Написание рефератов/докладов, ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни	решение
5.	Острая кишечная непроходимость.	Написание рефератов/докладов, ситуационных задач	решение
6.	Перитонит.	Написание рефератов/докладов, ситуационных задач	решение
7.	Вентральные грыжи.	Написание рефератов/докладов, ситуационных задач	решение
8.	Хирургия осложнений язвенной болезни.	Написание рефератов/докладов, ситуационных задач	решение
9.	Рак желудка.	Написание рефератов/докладов, ситуационных задач	решение
10.	Острые нарушения мезентериального кровообращения.	Написание рефератов/докладов, ситуационных задач	решение
11.	Острые венозные тромбозы и их осложнения. Тромбоэмболия лёгочной артерии.	Написание рефератов/докладов, ситуационных задач	решение
12.	Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей.	Написание рефератов/докладов, ситуационных задач	решение
13.	Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.	Написание рефератов/докладов, ситуационных задач	решение
14.	Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Аневризмы аорты и артерий.	Написание рефератов/докладов, ситуационных задач	решение
	<b>ИТОГО 52 часов</b>		

**6. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине Факультетская хирургия.**

Оценка	Критерии оценивания
<b>Для оценки решения ситуационной задачи:</b>	
«отлично»	Задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
«хорошо»	Задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.
«удовлетворительно»	Задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

«неудовлетворительно»	Задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы
<b>Для оценки рефератов:</b>	
«отлично»	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.
«хорошо»	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.
«удовлетворительно»	Реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему недостаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
«неудовлетворительно»	Тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.
<b>Для оценки презентаций:</b>	
«отлично»	Содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.
«хорошо»	Содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.
«удовлетворительно»	Содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.
«неудовлетворительно»	Содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

<b>Для практических навыков:</b>	
«отлично»	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями.
«хорошо»	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов.
«удовлетворительно»	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, в основном сформированы, но теоретические знания по дисциплине освоены частично.
«неудовлетворительно»	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, не сформированы и теоретическое содержание дисциплины не освоено.
<b>Для оценки доклада/устного реферативного сообщения:</b>	
«отлично»	выставляется, если содержание устного реферативного сообщения 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.
«хорошо»	выставляется, если содержание устного реферативного сообщения отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала.
«удовлетворительно»	выставляется, если аргументация взгляда на проблему недостаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
«неудовлетворительно»	выставляется, если тема устного реферативного сообщения не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы.

## ***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 содержание, выносимое на самостоятельную работу студентов и предложенное преподавателем и компетенциями по дисциплине.
- 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 отчетываться 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) 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.**

Обучение в вузе предполагает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто. Для некоторых становится нормой не заниматься весь семестр, а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

<b>Формы</b>	<b>Описание</b>
<b>Работа с книгой</b>	<p>При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.</p> <p>Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.</p> <p>Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.</p> <p>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).</p> <p>При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.</p> <p>Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно.</p> <p>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.</p> <p>Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при прочитывании записей лучше запоминались.</p> <p>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.</p> <p>Различают два вида чтения; первичное и вторичное. <i>Первичное</i> - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого олова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения. Задача <i>вторичного</i> чтения - полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).</p>
<b>Работа с литера</b>	<p>Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие</p>

<p><b>турой.</b></p>	<p>формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к следующим:</p> <p>Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться.</p> <p>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...).</p> <p>Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень сэкономить время).</p> <p>Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.</p> <p>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...</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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...</p> <p>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.</p> <p>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...</p> <p>Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того насколько осознанна читающим собственная внутренняя установка при</p>
----------------------	---

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 методiku, 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. просмотрное – 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. Аннотирование – предельно краткое связное описание просмотренной или прочитанной книги (статьи), ее содержания, источников, характера и назначения;

	<p>2. Планирование – краткая логическая организация текста, раскрывающая содержание и структуру изучаемого материала;</p> <p>3. Тезирование – лаконичное воспроизведение основных утверждений автора без привлечения фактического материала;</p> <p>4. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;</p> <p>5. 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.</p>
<p><b>Составление конспекта</b></p>	<p>Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;</p> <p>Выделите главное, составьте план;</p> <p>Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;</p> <p>Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.</p> <p>Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.</p> <p>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.</p> <p>Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.</p>
<p><b>Занятия семинарского типа</b></p>	<p>Для того чтобы занятия семинарского типа 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.</p> <p>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</p>

	<p>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.</p> <p>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.</p>
<b>Самопроверка.</b>	<p>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.</p> <p>В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.</p> <p>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.</p>
<b>Консультации</b>	<p>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.</p>
<b>Подготовка к экзаменам и зачетам.</b>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго.</p>

	<p>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, неустойчивые 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.</p> <p>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.</p> <p>Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.</p>
<p><b>Подготовка к зачетам и экзаменам</b></p>	<p>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!).</p> <p>Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.</p> <p>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.</p> <p>Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше демонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).</p> <p>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, желательные аргументированные точки зрения.</p>
<p><b>Написание научных текстов (рефератов)</b></p>	<p>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.</p> <p>Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями.</p> <p>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</p>

	<p>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»).</p> <p>Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.</p> <p>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.</p>
--	---

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

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

13.	Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.	Написание рефератов/докладов, решение ситуационных задач
14.	Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Аневризмы аорты и артерий.	Написание рефератов/докладов, решение ситуационных задач
	<b>ИТОГО 52 часов</b>	

***Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине Факультетская хирургия***

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.

**Критерии выставления оценки**

**Зачтено** - выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.

**Не зачтено** - 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.