

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Задорожная Людмила Ивановна
Должность: Проректор по учебной работе
Дата подписания: 16.09.2023 17:05:11
Уникальный программный ключ:
faa404d1aeb2a023b5f4a331ee5ddc540496512d
Факультет Лечебный факультет

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»

Кафедра Госпитальной хирургии и последипломного образования

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
_____ Л.И. Задорожная
« ____ » _____ 20__ г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

по дисциплине
по направлению подготовки
по профилю подготовки
(специализации)
квалификация (степень) выпускника
форма обучения
год начала подготовки

Б1.Б.О.58 Госпитальная хирургия
31.05.02 ПЕДИАТРИЯ

врач педиатр
Очная
2023

Майкоп



Рабочая программа составлена на основе ФГОС ВО и учебного плана МГТУ по направлению подготовки (специальности) 31.05.02 Педиатрия

Составитель рабочей программы:

зав.кафедрой, к.м.н, доцент
(должность, ученое звание, степень)

Подписано простой ЭП
17.05.2023
(подпись)

Болоков Махмуд Сальманович
(Ф.И.О.)

Рабочая программа утверждена на заседании кафедры
Госпитальной хирургии и последипломного образования
(наименование кафедры)

Заведующий кафедрой
17.05.2023

Подписано простой ЭП
17.05.2023
(подпись)

Болоков Махмуд Сальманович
(Ф.И.О.)

Согласовано:

Руководитель ОПОП
Заведующий выпускающей
кафедрой
по направлению подготовки
(специальности)
17.05.2023

Подписано простой ЭП
17.05.2023
(подпись)

Куанова Ирина
Джамбулетовна
(Ф.И.О.)



1. Цели и задачи освоения дисциплины

Цель: дальнейшее формирование клинического мышления путем овладения практическими навыками в самостоятельной курации больных, в ведении медицинской документации, составлении диагностической программы, интерпретации результатов специальных методов исследований и решении вопросов хирургической тактики. Обучение студентов проводится с развитием навыков и умений в самостоятельной работе врача по диагностике и лечению наиболее распространенных хирургических заболеваний. Программа курса «госпитальная хирургия» включает перечень нозологических форм, которые должен изучить студент педиатрического факультета на протяжении обучения на V курсе медицинского вуза

Задачи преподавания:

Научить студентов умению диагностировать наиболее часто встречающиеся хирургические болезни и их осложнения, определять выбор методов их лечения и профилактики.

Овладение навыками самостоятельной курации больных;

Изучение принципов диагностики и дифференциальной диагностики хирургических болезней в их типичных и атипичных проявлениях, а также при осложнённых формах патологии;

Умение интерпретировать результаты специальных методов исследования;

Умение выбрать метод лечения и профилактики, а также составления плана реабилитационных мероприятий при основных хирургических нозологиях;

Овладение навыками ведения медицинской документации

2. Место дисциплины в структуре ОП

Дисциплина «Госпитальная хирургия» входит в перечень дисциплин базовой части по специальности 31.05.02 «Педиатрия» высшего медицинского образования, изучается в IX семестре. Ее роль в общей системе подготовки врача является одной из ведущих.

Обучение «Госпитальной хирургии» предполагает наличие у студентов интегрированных знаний доклинических и клинических дисциплин.

Анатомия человека; Пропедевтика внутренних болезней; Общая хирургия, лучевая диагностика; Фармакология; Патофизиология, клиническая патофизиология; Патологическая анатомия, клиническая патанатомия; Оперативная хирургия и топографическая анатомия; Акушерство и гинекология; Онкология; Факультетская хирургия, урология; Госпитальная терапия, эндокринология.

Дисциплина «Госпитальная хирургия» изучается посредством лекций, практических занятий и самостоятельной работы.

3. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы. ОПК-4.3; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.4; ОПК-8.1

В процессе освоения дисциплины у студента формируются компетенции и трудовые навыки:

Демонстрирует умение применять диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза (ОПК-4.3);

Определяет основные показатели физического развития и функционального состояния пациента с учетом анатомо-физиологических особенностей в разных возрастных периодах детства (ОПК-5.3);

Назначает лечебно-охранительный режим, определяет место и виды лечения с учетом тяжести состояния пациента (ОПК-7.1);

Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения на всех этапах его выполнения (ОПК-7.4);

Разрабатывает план медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и реабилитации ребенка-инвалида в рамках первичной медико-санитарной помощи (ОПК-8.1);

3. Перечень планируемых результатов обучения и воспитания по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы. ОПК-4.3; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.4; ОПК-8.1

Компетенции и индикаторы их достижения			
Наименование категорий (группы) компетенций	Компетенция	Индикаторы	Характеристика обязательного порогового уровня сформированности компетенции у выпускника вуза (дескрипторы)
Общепрофессиональные компетенции			
Диагностические инструментальные методы обследования	ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ОПК-4.3. Демонстрирует умение применять диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза	Знать: <ul style="list-style-type: none"> диагностические инструментальные методы обследования; задачи и функциональные обязанности медицинского персонала при использовании медицинских технологий, медицинских изделий, диагностического оборудования при решении профессиональных задач. Уметь: <ul style="list-style-type: none"> выполнять диагностические мероприятия с применением инструментальных методов обследования. Владеть: <ul style="list-style-type: none"> навыками применения инструментальных методов обследования с целью постановки диагноза.
Этиология и патогенез	ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека	ОПК-5.3. Определяет основные показатели физического развития и функционального состояния пациента с учетом анатомо - физиологических особенностей в разных возрастных периодах детства	Знать: <ul style="list-style-type: none"> анатомо-физиологические и возрастно-половые особенности детей; показатели гомеостаза по возрастно-половым группам Уметь: <ul style="list-style-type: none"> оценивать физическое и психомоторное развитие детей с учетом анатомо-

	для решения профессиональных задач		физиологических и возрастно-половых особенностей Владеть: <ul style="list-style-type: none"> методикой оценки состояния и самочувствия ребенка с учетом анатомо-физиологических и возрастно-половых особенностей детей, определения и оценки показателей физического развития и психомоторного развития детей различных возрастных групп
Лечение заболеваний и состояний	ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ОПК-7.3. Прогнозирует побочные эффекты лекарственных средств и осуществляет их профилактику	Знать: <ul style="list-style-type: none"> медицинские показания и противопоказания к назначению; совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные. Уметь: <ul style="list-style-type: none"> предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения. Владеть: <ul style="list-style-type: none"> навыками оценки эффективности и безопасности медикаментозной и немедикаментозной терапии у пациента
		ОПК-7.4.	Знать:

		<p>Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения</p>	<ul style="list-style-type: none"> • признаки эффективности и безопасности действия лекарственных препаратов. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • навыками контроля эффективности и безопасности лечения.
<p>Медицинская реабилитация</p>	<p>ОПК-8. Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и реабилитации инвалидов, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность</p>	<p>ОПК-8.1. Разрабатывает план медицинской реабилитации пациента, в том числе индивидуальные программы реабилитации и реабилитации ребенка-инвалида в рамках первичной медико-санитарной помощи</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • виды и методы медицинской реабилитации. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • составлять индивидуальный план реабилитационного ухода. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • методикой составления индивидуального плана реабилитационного ухода совместно с пациентом/семьей.

4. Объем дисциплины и виды учебной работы

4.1 Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетных единиц (108 часов).

Вид учебной работы	Всего Часов/з.ед	Семестры		
		9		
Контактные часы (всего)	52,35/1,4	52,35/1,4		
В том числе:				
Лекции (Л)	16/0,5	16/0,5		
Практические занятия (ПЗ)	36/1	36/1		
Семинары (С)				
Лабораторные работы (ЛР)				
Контактная работа в период аттестации (КРАТ)	0,35/0,009	0,35/0,009		
Самостоятельная работа под руководством преподавателя (СРП)				
Самостоятельная работа студентов (СРС) (всего)	20/0,5	20/0,5		
В том числе:				
Курсовой проект (работа)	-	-		
Расчетно-графические работы	-	-		
Реферат	5/0,1	5/0,1		
Другие виды СРС (если предусматриваются, приводится перечень видов СРС)	10/0,3	10/0,3		
1. Изучение разделов и тем дисциплины, вынесенных за рамки практических занятий.	5/0,1	5/0,1		
2. Оформление историй болезни				
Контроль всего	35,65/0,7	35,65/0,7		
Форма промежуточной аттестации: экзамен		экзамен		
Общая трудоемкость	108/3	108/3		

5. Структура и содержание дисциплины

5.1 Структура дисциплины

№ п/п	Раздел дисциплины	Неделя семестра	Виды учебной работы, включая самостоятельную и трудоемкость (в часах)						Формы текущего контроля успеваемости (по неделям семестра) Форма промежуточной аттестации (по семестрам)	
			Л	С/ПЗ	СЗ	КРАТ	СРП	Контроль		СР
IX семестр										
	Заболевания органов пищеварительного тракта	1-17	4	12					6	Контроль за освоением практических навыков при курации больного, и на экзамене
	Заболевания желчных путей и поджелудочной железы	1-17	6	8					2	Контроль за освоением практических навыков при курации больного, и на экзамене
	Хирургические заболевания грудной полости. Заболевания легких, плевры и средостения	1-17	2	4					4	Контроль за освоением практических навыков при курации больного, и на экзамене
	Заболевания сосудов	1-17	4	8					4	Контроль за освоением практических навыков при курации больного, и на экзамене
	Заболевания молочной железы	1-17		4					4	Контроль за освоением практических навыков при курации больного, и на экзамене

№ п/п	Раздел дисциплины	Неделя семестра	Виды учебной работы, включая самостоятельную и трудоемкость (в часах)						Формы текущего контроля успеваемости (по неделям семестра) Форма промежуточной аттестации (по семестрам)	
			Л	С/ПЗ	СЗ	КРАТ	СРП	Контр оль		СР
	Промежуточная аттестация	18					0,35			Экзамен в устной форме
	Итого за IX сем.		16/0,4	36/1			0,35/0,007		20/0,5	

5.3.Содержание разделов дисциплины «Госпитальная хирургия»
Лекционный курс

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
	Постхолецистэктомический синдром.	2/0,05	Холецистэктомия как метод лечения желчнокаменной болезни. Постхолецистэктомический синдром: определение понятия. Причины. Клиника. Воспаление внутрипеченочных желчных путей (холангит). Острый; хронический рецидивирующий; первичный склерозирующий холангиты. Халедохолипаз. Сужение БДС. Воспалительное поражение БДС (паниллит). Диагностика. Лечение. Частота «постхолецистэктомического синдрома». Профилактика.	ОПК-4.3; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.4; ОПК-8.1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Этиология, патогенез и патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов; • Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей); • Методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); • Перечень методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния пациента, основные медицинские показания к проведению исследований и 	

					<p>интерпретации результатов. Определение понятия, этиологию и патогенез, классификацию ПХЭС</p> <ul style="list-style-type: none"> • эндоскопические методы диагностики, показания к операции, оперативного лечения ПХЭС, эндоскопические методы санации желчных путей <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию; Проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты; • Проводить дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний. • Установить причину возникновения ПХЭС 	
--	--	--	--	--	---	--

					<ul style="list-style-type: none"> • сформулировать и аргументировать диагноз • разработать план обследования, обосновать объем необходимых лабораторных и инструментальных методов исследования • разработать оптимальную схему лечебной тактики <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Навыками проведения полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); • Формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента. Техники использования инструментов в хирургии 	
	Хирургия диафрагмы. Диафрагмальные грыжи	2/0,05	Краткие анатомо-физиологические данные о диафрагме. Понятие о грыжах и релаксации диафрагмы. Классификация диафрагмальных грыж. Клинические проявления	ОПК-4.3; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.4; ОПК-8.1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • клинические проявления грыж, диагностику и лечение. 	

			<p>грыж, диагностика их и лечение. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: скользящие и параэзофагеальные.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • вопросы диспансеризации больных, реабилитации их и оценки трудоспособности; • значение лапароцентеза и торакоцентеза и технику выполнения. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз; • составить план лабораторного и инструментального обследования больного для проведения дифференциальной диагностики и уточнения диагноза; • оценить результаты инструментальных методов исследования • методы клинического, лабораторного и инструментального обследования больных; 	
--	--	--	---	---	--

					<ul style="list-style-type: none"> • вопросы диспансеризации больных, реабилитации их и оценки трудоспособности; <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • методами общего клинического обследования пациентов. • интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов. • навыками построения тактики ведения хирургических больных с различными нозологическими формами. 	
	Доброкачественные заболевания ободочной кишки. Хронический колостаз.	2/0,05	ОВКраткая анатомо-физиологическая характеристика. Методы исследования толстого кишечника: наружный осмотр; пальцевое исследование; осмотр с помощью ректальных зеркал; ректороманоскопия; рентгенологическое исследование; колоноскопия. Доброкачественные опухоли: по-	ОПК-4.3; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.4; ОПК-8.1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • клинические проявления доброкачественных заболеваний ободочной кишки, возможные их осложнения; • факторы, способствующие возникновению заболеваний толстой кишки; 	

		<p>липиды, липомы, фибромиомы и ангиомы. Дивертикулы. Неспецифический язвенный колит. Геморрой. Проктит. Трещины заднего прохода. Острый парапроктит. Свищи прямой кишки. Полипы прямой кишки. Эпителиально-копчиковые ходы. Кишечная непроходимость. Отдельные формы и виды механической кишечной непроходимости.</p> <p>Колиты: клинические формы, диагноз и дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению при неспецифическом язвенном колите. Хронический колостаз: этиология, клиническая классификация и диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Основные клинические проявления и методы обследования.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • вопросы диспансеризации больных, реабилитации их и оценки трудоспособности; • значение лапароцентеза и торакоцентеза и технику выполнения. • объем операций при травмах живота. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз; • составить план лабораторного и инструментального обследования больного для проведения дифференциальной диагностики и уточнения диагноза; • подготовить больного к рентгенологическому и эндоскопическому исследованию толстой кишки; • выполнить пальцевое исследование прямой кишки; 	
--	--	---	--	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> • выполнить очистительную клизму; • оценить результаты инструментальных методов исследования толстой кишки: ирригографии, колоноскопии, УЗИ; • методы клинического, лабораторного и инструментального обследования больных; • вопросы диспансеризации больных, реабилитации их и оценки трудоспособности; <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • методами общего клинического обследования пациентов. • интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов. • навыками построения тактики ведения хирургических больных с различными нозологическими формами. 	
--	--	--	--	--	---	--

					<ul style="list-style-type: none"> • владеть навыками выделения ведущих клинических симптомов или синдромов заболевания и поставить наиболее достоверный или синдромальный диагноз заболевания у больных с нарушениями кровоснабжения органов брюшной полости. 	
	<p>Варикозное расширение вен нижних конечностей. Облитерирующие заболевания нижних конечностей.</p>	2/0,05	<p>Клинические симптомы и стадии течения ВБ. Функциональные пробы на состоятельность клапанного аппарата и проходимость глубоких вен. Клиническая характеристика хронической венозной недостаточности I, II и III степени. Вероятные осложнения ВБ и их клинические проявления. Современная лабораторная и инструментальная диагностика. Виды флебографии и показания к ней. Перечень подобных заболеваний, с которыми необходимо проводить</p>	ОПК-4.3; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.4; ОПК-8.1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • знать классификацию острых и хронических нарушений регионального кровообращения, • степени острой и хронической ишемии • Основные причины, приводящие к возникновению этих заболеваний. • принципы диагностики и комплексного лечения. • Клинические формы некрозов, трофических расстройств и свищей. • Принципы диагностики, лечения и профилактики. <p>Уметь:</p>	

		<p>дифференциальную диагностику. Методы лечения (консервативные, оперативные). Выбор лечебной тактики. Показания и противопоказания к хирургическому лечению ВБ. Основные принципы патогенетически обоснованной консервативной терапии заболевания. Лечение осложнений. Виды оперативных вмешательств и показания к ним при данном заболевании. Хирургические доступы. Современные операции, в т.ч. миниинвазивные. Обезболивание. Особенности ведения послеоперационного периода, возможные послеоперационные осложнения, их профилактика, диагностика, лечение. Диагностика и лечение осложнений ВБ. Причины развития рецидива варикозного расширения вен нижних конечностей по-</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Уметь проводить опрос и физикальное обследование больных заболеваниями конечностей и анализировать их результаты; • Определять пульсацию периферических артерий в стандартных точках, измерять окружность конечности и ее кожную температуру, • определять наличие трофических нарушений мягких тканей, различать виды омертвений тканей. • Интерпретировать рентгенконтрастные ангиограммы. • Оказывать первую помощь при этих заболеваниях. • Назначать план современного лабораторного и инструментального обследования больных с заболеваниями конечностей, используя стан- 	
--	--	--	--	--	--

			сле венэктомии и его лечение. Профилактика варикозной болезни нижних конечностей. Экспертиза нетрудоспособности у больных ВБ, показания к диспансерному наблюдению, принципы реабилитации.		дартные схемы, и оценивать результаты исследований. Владеть: <ul style="list-style-type: none"> • Навыками оценки данных методов исследования: • самостоятельно проводить пальпацию пульса в типичных точках • аускультацию магистральных сосудов (бедренных, сонных, над артериальными и артериовенозными аневризмами); • подготовить больного к методам обследования (доплерографии, артериографии, флебографии). 	
	Синдром портальной гипертензии	2/,0,05	Понятие о внутripеченочной, внепеченочной и смешанной формах блокады портального кровотока. Клиника и диагностика. Спленопортография, спленопортометрия. Гиперспленизм. Хирургические методы	ОПК-4.3; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.4; ОПК-8.1	Знать: <ul style="list-style-type: none"> • основные клинические проявления заболеваний печени; • клиническую анатомию портального кровообращения; • классификацию форм портальной гипертензии; 	

			<p>лечения портальной гипертензии (спленэктомия, оменто-гепатопексия, виды сосудистых анастомозов – мезентери-кокавальный и т.д.). Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Кровотечение из расширенных вен пищевода и кардии. Консервативное лечение, применение зонда-обтуратора Блекмора. Хирургическое лечение (перевязка вен желудка и пищевода, операция Таннера и др.).</p>		<ul style="list-style-type: none"> • основные клинические проявления у больных с синдромом портальной гипертензии; • методы лабораторного и инструментального обследования. • механизм действия различных групп лекарственных препаратов. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз; • выявить симптомы, характерные для заболеваний печени и селезенки; • оценить результаты лабораторных исследований крови и мочи, биохимических тестов печени, коагулограммы; • интерпретировать данные инструментальных методов диагностики: УЗИ, гастродуоденоскопии, компьютерной томографии, лапароскопии; 	
--	--	--	--	--	---	--

					<ul style="list-style-type: none"> • определить группу крови и провести пробы, связанные с гемотрансфузией. • определить тактику лечения больного. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • навыками пальпации и перкуссии печени. • навыками пальпации желчного пузыря (симптом Курвуазье). • владеть навыками составления плана лабораторно-инструментального обследования больного с патологией желчного пузыря и/или поджелудочной железы с целью уточнения нозологической природы заболевания; • навыками подбора индивидуальной схему лечения при заболеваниях желчного пузыря и поджелудочной железы. 	
	Механическая желтуха. Дифференциальная диагностика,	2/0,05	Анатомо-физиологические данные о печени, желчном пузыре, желчных протоках, большом	ОПК-4.3; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.4; ОПК-8.1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • основные клинические проявления заболеваний печени; 	

	лечебно-тактические вопросы		<p>дуоденальном сосочке. Понятие о синдроме желтухи. Виды желтух. Этиология и патогенез механической желтухи. Классификация ее по характеру основного заболевания, степени нарушения проходимости желчных протоков, уровню обтурации протоков, наличию осложнений. Понятие о низкой, средней, высокой блокаде желчных путей и внутрипеченочном блоке. Клиническая картина механической желтухи с выделением специфических синдромов. Диагноз и дифференциальный диагноз</p>		<ul style="list-style-type: none"> • клиническую анатомию портального кровообращения; • методы лабораторного и инструментального обследования. • механизм действия различных групп лекарственных препаратов. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз; • выявить симптомы, характерные для заболеваний печени и селезенки; • оценить результаты лабораторных исследований крови и мочи, биохимических тестов печени, коагулограммы; • интерпретировать данные инструментальных методов диагностики: УЗИ, гастродуоденоскопии, компьютерной томографии, лапароскопии; 	
--	-----------------------------	--	---	--	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> • определить группу крови и провести пробы, связанные с гемотрансфузией. • определить тактику лечения больного. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • навыками пальпации и перкуссии печени. • навыками пальпации желчного пузыря (симптом Курвуазье). • владеть навыками составления плана лабораторно-инструментального обследования больного с патологией желчного пузыря и/или поджелудочной железы с целью уточнения нозологической природы заболевания; • навыками подбора индивидуальной схему лечения при заболеваниях желчного пузыря и поджелудочной железы. 	
	Острый абсцесс легкого. Острый гнойный плеврит	2/0,05	Анатомическое строение легких. Основные функции легких. Защитные факторы легких. Методы	ОПК-4.3; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.4; ОПК-8.1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • основные клинические проявления заболеваний легкого; 	

			<p>диагностики заболеваний легкого. Рентгенологический метод и его частные виды (томография, компьютерная томография, бронхография, ангиопульмонография), виртуальная и оптическая бронхоскопия, торакоскопия, оценка функции внешнего дыхания. Острые абсцессы и гангрена легкого. Причины и пути развития легочных нагноений. Типы абсцедирования. Осложнения острых легочных нагноений.</p> <p>Лечение острых инфекционных деструкций легких. Чрезбронхиальное и трансторакальное дренажное лечение абсцессов легкого. Эмпиема плевры. Классификация.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • методы клинического, лабораторного и инструментального обследования больных с патологией легких. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз; • составить план лабораторного и инструментального обследования больного для уточнения диагноза; • измерить пульс и артериальное давление больного; • определить группу крови больного; • оценить результаты инструментальной диагностики: эзофагогастроскопии, компьютерной томографии; • определить тактику лечения в зависимости от диагностированного заболевания. 	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • методикой физикального обследования больного – перкуссия и аускультация. • методикой оценки основных рентгенологических симптомов – гидроторакс, пневмоторакс, пневмогидроторакс, осумкованный гидроторакс, очаги деструкции лёгкого, смещение органов средостения. 	
	Атеросклероз. Аневризма брюшной аорты	2/0,05	<p>Определения аорты. Причины возникновения аневризмы аорты в брюшном отделе. Классификация по течению и клинике заболевания. Клинические проявления. Эпидемиология АБА. Симптомы аневризмы брюшной аорты. Врожденные аневризмы. Воспалительные аневризмы. Инфекционные аневризмы. Осложнения аневризм. Диагностика. Лечение. Показание к резекции ане-</p>	ОПК-4.3; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.4; ОПК-8.1	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ознакомиться с общей симптоматологией, диагностикой • Изучить клинику и основные методы лечения • Ознакомиться с понятием и дифференциальной диагностикой <p>Уметь.</p> <ul style="list-style-type: none"> • оценивать результаты клинических и лабораторно-инструментальных методов обследования больных с патологией магистральных артерий и вен. 	

			<p>вризмы. Противопоказания к открытым вмешательствам. Тактика ведения пациента с АБА.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • диагностировать: • врожденные пороки аорты; • неспецифический аортоартериит, атеросклероз аорты; • аневризмы аорты и периферических артерий; • флеботромбоз, ТЭЛА. • обосновывать и формулировать диагноз, назначать адекватное консервативное и хирургическое лечение • собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз; • составить план специального обследования больного для уточнения локализации и характера поражения сосуда; • выполнить пальпацию пульса на артериях • оценить результаты инструментальных методов диагностики: реографии, 	
--	--	--	--	---	--

					ультразвуковой доплерографии, ангиографии; <ul style="list-style-type: none"> • определить хирургическую тактику. Владеть: <ul style="list-style-type: none"> • методами общего клинического обследования пациентов с заболеваниями сосудов; • интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов. 	
	ИТОГО	16/0,5				

5.4. Клинические практические и семинарские занятия, их наименование, содержание и объем в часах

№ п/п	№ раздела дисциплины	Наименование практических и семинарских занятий	Объем в часах / трудоемкость в з.е.
IX семестр			
1.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Тупая травма живота. Лечебно-тактические вопросы.	4/0,1
2.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Геморрой, анальная трещина, выпадение прямой кишки. Острый парапроктит.	4/0,1
3.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Доброкачественные заболевания прямой кишки. Рак ободочной и прямой кишки.	4/0,1
4.	Хирургические заболевания грудной полости. Заболевания легких и плевры средостения	Острые и хронические гнойные заболевания легких. Эмпиема плевры. Хирургическое лечение гнойных заболеваний легких и плевры. Показания к операции и виды оперативных вмешательств. Повреждения груди.	4/0,1
5.	Заболевания желчных путей и поджелудочной железы	Хирургическая тактика при остром холецистите. Острый, хронический рецидивирующий, первичный склерозирующий холангиты. Перихоледохеальный лимфаденит.	4/0,1
6.	Заболевания желчных путей и поджелудочной железы	Хронический панкреатит. Кисты, свищи поджелудочной железы	4/0,1
7.	Заболевания сосудов	Окклюзионные поражения артерий нижних конечностей. Артериальные тромбозы и эмболии	4/0,1
8.	Заболевания сосудов	Заболевания вен нижних конечностей (острые тромбозы системы нижней полой вены, хроническая венозная недостаточность нижних конечностей)	4/0,1
9.	Заболевания молочной железы	Мастопатия и рак молочной железы	4/0,1
10.	Итого IX семестр		36/1

№ п/п	№ раздела дисциплины	Наименование практических и семинарских занятий	Объем в часах / трудоемкость в з.е.
	Итого по дисциплине:		36/1

5.5 Лабораторные занятия, их наименование и объем в часах

Лабораторные занятия не предусмотрены учебным планом.

5.6. Примерная тематика курсовых проектов (работ)

Курсовой проект (работа) учебным планом не предусмотрен.

5.7. Самостоятельная работа студентов

5.7.1. Содержание и объем самостоятельной работы студентов

№ п/п	Разделы и темы рабочей программы самостоятельного изучения	Перечень домашних заданий и других вопросов для самостоятельного изучения	Сроки выполнения	Объем в часах / трудоемкость в з.е.
IX семестр				
	Тема: Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний органов живота	курация и клинический разбор больных; освоение практических навыков и умений	9 сем	2
	Тема: Ущемленные грыжи	клиническая курация больных решение ситуационных задач; освоение практических навыков и умений;	9 сем	2
	Тема: Рефлюкс-эзофагит	клиническая курация больных освоение практических навыков и умений;	9 сем	2
	Тема: Хирургические заболевания гепатопанкреатобилиарной зоны	клиническая курация больных оформление карт микрокурации,	9 сем	2
	Тема: Заболевания молочной железы	клиническая курация больных конспектирование доп. учебной литературы,	9 сем	4

	Тема: Заболевания вен нижних конечностей	клиническая курация больных освоение практических навыков и умений.	9 сем	4
	Тема: Опухоли и кисты средостения	клиническая курация больных освоение практических навыков и умений.	9 сем	4
	ИТОГО:			20/0,5

6. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Госпитальная хирургия»

6.1. Методические указания (собственные разработки).

1. Острый панкреатит: современное состояние диагностики и лечения: учебное пособие для студентов, врачей-интернов и клинических ординаторов / [сост.: Гурмиков Б.Н., Болоков М.С.]. - Майкоп: Коблева М.Х., 2016. - 100 с.- Режим доступа: <http://lib.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=2100019428>
2. Оформление академической истории болезни хирургического больного: методическое пособие для студентов и ординаторов по специальности "Хирургия" / [сост.: М.С. Болоков, Р.М. Хадж Мохамед]. - Майкоп : МГТУ, 2014. - 16 с. - Режим доступа: <http://lib.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=2100024287>
3. Практические навыки по хирургии: методическое пособие для студентов и ординаторов по специальности "Хирургия" / [сост.: М.С. Болоков, Р.М. Хадж Мохамед]. - Майкоп : МГТУ, 2014. - 56 с. - Режим доступа: <http://lib.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=2100024286>
4. Контрольные вопросы и ситуационные задания по хирургическим болезням [Электронный ресурс] : методические рекомендации для преподавателей и студентов 5-6 курсов лечебного факультета / [сост.: М.Х. Ашхамаф, М.С. Болоков]. - Майкоп : Изд-во АГУ, 2006. - 56 с. - Режим доступа: <http://lib.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=1000073695>
5. Самостоятельная работа студентов на кафедре госпитальной хирургии [Электронный ресурс] : метод. рекомендации для преподавателей и студентов / [сост.: М.Х. Ашхамаф, М.С. Болоков ; под ред. В.А. Авакимяна]. - Майкоп : Изд-во АГУ, 2006. - 20 с. - Режим доступа: <http://lib.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=1000073693>
6. Грыжи живота [Электронный ресурс] : методические рекомендации для студентов, клинических интернов и ординаторов / [сост.: М.Х. Ашхамаф, М.С. Болоков ; под ред. В.А. Авакимяна]. - Краснодар : Изд-во КГМА, 2004. - 38 с. - Режим доступа: <http://mark.nbmgtu.ru/libdata.php?id=1000053325>
7. Диафрагмальные грыжи [Электронный ресурс] : методические рекомендации для студентов, клинических интернов и ординаторов / [сост.: М.Х. Ашхамаф, М.С. Болоков ; под ред. В.А. Авакимяна]. - Краснодар : Изд-во КГМА, 2004. - 18 с. - Режим доступа: <http://mark.nbmgtu.ru/libdata.php?id=1000053324>
8. Кишечная непроходимость [Электронный ресурс] : методические рекомендации для студентов, клинических интернов и ординаторов / [сост.: М.Х. Ашхамаф, М.С. Болоков ; под ред. В.А. Авакимяна]. - Краснодар : Изд-во КГМА, 2004. - 38 с. - Режим доступа: <http://lib.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=1000053323>

6.2. Литература для самостоятельной работы

а) основная

1. **Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 992 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439845.html>

2. **Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434970.html>
- б) дополнительная
 1. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440421.html>
 2. Нурмаков, Д.А. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Д. А. Нурмаков - М.: Литтерра, 2017. - 640 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423502409.html>
 3. Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 1 [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 720 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439982.html>
 4. Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 2 [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 688 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439999.html>
 5. Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 1 [Электронный ресурс]: учебник / Н.В. Мерзликин и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 400 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434567.html>
 6. Нутритивная поддержка больных в хирургической практике [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов, врачей-интернов и клинических ординаторов / [сост.: Гурмиков Б.Н., Болоков М.С.]. - Майкоп: Коблева М.Х., 2017. - 96 с. - Режим доступа: <http://lib.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=2100018870>
 7. Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 2 [Электронный ресурс]: учебник / Н.В. Мерзликин и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 600 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434574.html>
 8. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433713.html>
 9. Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1040 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429068.html>
 10. Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 440 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424346.html>

Учебно-методические материалы для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) предоставляются в формах,

адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Для лиц с нарушениями зрения:

В печатной форме увеличенным шрифтом,

В форме электронного документа,

В форме аудиофайла

В печатной форме на языке Брайля.

Для лиц с нарушениями слуха:

В печатной форме,

В форме электронного документа,

Для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата:

В печатной форме,

В форме электронного документа,

В форме аудиофайла

7. Фонды оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине «Госпитальная хирургия»
 7.1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе образовательной программы

ОПК-4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	
ОПК-4.3 Демонстрирует умение применять диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза	
7	Топографическая анатомия и оперативная хирургия
3,4	Микробиология, вирусология
7	Факультетская терапия, профессиональные болезни
9	Госпитальная хирургия
6	Детская стоматология
8,9, А	Акушерство и гинекология
7,8,9	Факультетская педиатрия
С	Симуляционное обучение
9	Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков диагностического профиля
8	Клиническая практика хирургического профиля
С	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
ОПК-5.3 Определяет основные показатели физического развития и функционального состояния пациента с учетом анатомо-физиологических особенностей в разных возрастных периодах детства	
3,12	Анатомия
2,3	Гистология, эмбриология, цитология
3,4	Нормальная физиология
4	Иммунология
4	Обмен веществ и энергии у детей
5,6	Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия
5,6	Патофизиология, клиническая патофизиология
8	Неврология
7	Оториноларингология
4,5	Пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика
7,8	Госпитальная терапия
7	Факультетская хирургия
9	Госпитальная хирургия
А	Нейрохирургия
А, В, С	Детская хирургия
А	Травматология и ортопедия
8,9, А	Акушерство и гинекология
5,6	Пропедевтика детских болезней
7,8,9	Факультетская педиатрия
9, А, В, С	Поликлиническая и неотложная педиатрия
С	Школьная медицина
С	Симуляционное обучение

A	Клиническая практика терапевтического профиля
9	Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля
B	Амбулаторно-поликлиническая практика в педиатрии
C	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	
ОПК-7.1 Назначает лечебно-охранительный режим, определяет место и виды лечения с учетом тяжести состояния пациента	
A	Эпидемиология
7	Дерматовенерология
8	Неврология
9	Психиатрия
9	Инфекционные болезни
B	Фтизиатрия
6	Общая хирургия, лучевая диагностика
7	Факультетская хирургия
9	Госпитальная хирургия
A	Нейрохирургия
A, B, C	Детская хирургия
A	Травматология и ортопедия
8,9, A	Акушерство и гинекология
B,C	Госпитальная педиатрия
9, A, B, C	Поликлиническая и неотложная педиатрия
C	Симуляционное обучение
8	Клиническая практика педиатрического профиля
8	Клиническая практика хирургического профиля
C	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
ОПК-7.4 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения на всех этапах его выполнения	
7	Дерматовенерология
8	Неврология
9	Психиатрия
7	Оториноларингология
7	Офтальмология
7	Факультетская терапия, профессиональные болезни
7,8	Госпитальная терапия
B	Клиническая фармакология
B	Фтизиатрия
6	Общая хирургия, лучевая диагностика
C	Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия
7	Факультетская хирургия
8	Урология
9	Госпитальная хирургия
A	Нейрохирургия
A, B, C	Детская хирургия
9	Онкология, лучевая терапия

A	Травматология и ортопедия
8,9, А	Акушерство и гинекология
7,8,9	Факультетская педиатрия
В, С	Госпитальная педиатрия
В, С	Инфекционные болезни у детей
9, А, В, С	Поликлиническая и неотложная педиатрия
С	Симуляционное обучение
6	Клиническая практика терапевтического профиля
8	Клиническая практика педиатрического профиля
8	Клиническая практика хирургического профиля
9	Клиническая практика акушерско - гинекологического профиля
С	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
ОПК-8 Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и реабилитации ребенка-инвалида, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность	
ОПК-8.1 Разрабатывает план медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и реабилитации ребенка-инвалида в рамках первичной медико-санитарной помощи	
8	Медицинская реабилитация
7	Факультетская хирургия
9	Госпитальная хирургия
А, В, С	Детская хирургия
9, А, В, С	Поликлиническая и неотложная педиатрия
8	Клиническая практика хирургического профиля
С	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
А	Восстановительная медицина в педиатрии

7.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкалы оценивания

Планируемые результаты освоения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Наименование оценочного средства
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	
ОПК-4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза					
ОПК-4.3 Демонстрирует умение применять диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза					
Знать: диагностические инструментальные методы обследования; задачи и функциональные обязанности медицинского персонала при использовании медицинских технологий, медицинских изделий, диагностического оборудования при решении профессиональных задач.	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Блиц-опрос; решение тестов, ситуационных задач, вопросы к экзамену.

Уметь: выполнять диагностические мероприятия с применением инструментальны х методов обследования.	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформирован- ные, но содержащие отдельные про- белы знания	Сформирован- ные систематически е знания	
Владеть: навыками применения ин- струментальных методов об- следования с целью постановки диагноза.	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформирован- ные, но содержащие отдельные про- белы знания	Сформирован- ные систематически е знания	
ОПК-5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач					
ОПК-5.3 Определяет основные показатели физического развития и функционального состояния пациента с учетом анатомо - физиологических особенностей в разных возрастных периодах детства					
Знать: анатомо- физиологические и возрастно- половые особен- ности детей; показатели гомеостаза по возрастно- половым группам	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированны е, но содержащие отдельные про- белы знания	Сформированн ые систематически е знания	Блиц-опрос; решение тестов, ситуаци- онных задач, вопросы к эк- замену.

Уметь: оценивать физическое и психомоторное развитие детей с учетом анатомо-физиологических и возрастно-половых особенностей	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	
Владеть: методикой оценки состояния и самочувствия ребенка с учетом анатомо-физиологических и возрастно-половых особенностей детей, определения и оценки показателей физического развития и психомоторного развития детей различных возрастных	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	
ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности					

ОПК-7.1 Назначает лечебно-охранительный режим, определяет место и виды лечения с учетом тяжести состояния пациента					
Знать: клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям; Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Блиц-опрос; решение тестов, ситуационных задач, вопросы к экзамену.
Уметь: обосновывать необходимость направления детей на госпитализацию; Формировать у детей и их родителей (законных представителей) приверженность к лечению.	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	

Владеть: навыками оценки клинической картины болезней и состояний, требующих оказа- ния медицинской помощи.	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформирован- ные, но содержащие отдельные про- белы знания	Сформирован- ные систематически е знания	
ОПК-7.4 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения на всех этапах его выполнения					
Знать: признаки эффективности и безопасности действия лекар- ственных препаратов.	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированны е, но содержащие отдельные про- белы знания	Сформированн ые систематически е знания	Блиц-опрос; решение тестов, ситуаци- онных задач, вопросы к эк- замену.
Уметь: оценивать эффективность и безопасность применения ле- карственных препаратов.	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформирован- ные, но содержащие отдельные про- белы знания	Сформирован- ные систематически е знания	
Владеть: навыками контроля эффек- тивности и безопасности ле- чения.	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформирован- ные, но содержащие отдельные про- белы знания	Сформирован- ные систематически е знания	

ОПК-8 Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и реабилитации ребенка-инвалида, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность					
ОПК-8.1 Разрабатывает план медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и реабилитации ребенка-инвалида в рамках первичной медико-санитарной помощи					
Знать: виды и методы медицинской реабилитации.	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Блиц-опрос; решение тестов, ситуационных задач, вопросы к экзамену.
Уметь: составлять индивидуальный план реабилитационного ухода.	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	
Владеть: методикой составления индивидуального плана реабилитационного ухода совместно с пациентом/семьей.	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	

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

Примерная тематика рефератов по дисциплине «Госпитальная хирургия»

1. Сочетанная механическая травма
2. Желчнокаменная болезнь.
3. Обтурационный холецистит. Клиника, диагностика, лечение.
4. Хирургические заболевания брюшной полости. Неотложная медицинская помощь. Транспортировка
5. Осложнения язвенной болезни (пенетрация язвы, рубцово-язвенный стеноз).
6. Травмы грудной клетки и живота. Неотложная помощь.
7. Симптомы в хирургии
8. Портальная гипертензия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
9. Оперативное лечение рака молочной железы.
10. Синдром острого живота
11. Тупая травма живота
12. Оперативное лечение рака молочной железы
13. Пособие при стомах толстого кишечника
14. Поддиафрагмальный абсцесс (этиология, клиника, диагностика, лечение).
15. Сепсис. Клиника, диагностика, интенсивная терапия.
16. Аневризмы. Клиника, диагностика, лечение.
17. Хемодектомы и опухоли шеи. Классификация, клиника, оперативное лечение.
18. Повреждения сердца и перикарда. Клиника, диагностика, оперативная тактика.
19. Критическая ишемия нижних конечностей. Инструментальная диагностика, хирургическое лечение.
20. Рентгенэндоваскулярные оперативные вмешательства.
21. Ангихирургические аспекты гемодиализа.
22. Парапротезная инфекция в хирургии сосудов.
23. Венозные тромбэмболические осложнения. Диагностика, профилактика, лечение

Контрольные вопросы и задания
для проведения текущего контроля по курсу «Госпитальная хирургия»
для студентов специальности «Педиатрия»

Тесты по дисциплине «Госпитальная хирургия» для студентов V курса
специальности «Педиатрия»

(выбрать один или несколько правильных ответов)

При странгуляционной тонкокишечной непроходимости отмечаются все симптомы, кроме:

Возникновение сильных схваткообразных болей в животе

Рвота на высоте болевого приступа

Вздутие живота
Усиление кишечных шумов
Рвота с примесью крови
Основными ричинами патогеного шока являются:
Ферментативный перитонит
Снижение объёма ОЦК вследствие многократной рвоты
Гиперферментивная токсемия
Гнойная интоксикация
Морфологическими признаками геморрагического панкреонекроза являются следующие признаки:
Бляшки стеатонекроза
Геморрагическое пропитывание в парапанкреатической клетчатке и в корне брыжейки тонкой кишки
Геморрагический выпот в брюшной полости
Околопупочные экхимозы
Морфологическими признаками жирового панкреонекроза являются:
Бляшки стеатонекроза в корне брыжейки тонкой кишки и большом сальнике.
Стекловидный отек брыжейки тонкой кишки
Геморрагическое пропитывание в парапанкреатической клетчатке и в корне брыжейки тонкой кишки
Геморрагический выпот в брюшной полости
Симптом Грюнвальда
С целью профилактики панкреатогенного шока панкреатогенного шока проводятся следующие лечебные мероприятия:
Назначают внутривенно введение антиферментных препаратов;
Проводят инфузионно-дезинтоксикационную терапию;
Проводят форсированный диурез;
Проводят наружное дренирование грудного лимфатического потока
Массивная антибактериальная терапия.
В инструментальной диагностике острого панкреатита наиболее информативны:
Лапароскопия;
Ультразвуковое исследование
Эзофагогастродуоденоскопия
Обзорная рентгенография брюшной полости;
Компьютерная томография;
Исследование крови на содержание панкреатических ферментов
В лабораторной диагностике острого панкреатита в стадии гиперферментемии наиболее информативными и специфичными являются определение:
Активности альфа-амилазы крови;
Активности диастазы мочи;
Определение прокальцитонина
Проведение пробы Вольгемута
Определение С-реактивного белка
Триада Мондора при остром панкреатите включает:
Выраженный болевой синдром, перитонеальные симптомы, кровоподтеки в кожно-жировой клетчатке передней брюшной стенки;
Метеоризм, многократная рвота, околопупочные экхимозы

Множественная рвота, отсутствие пульсации брюшной аорты при пальпации живота в эпигастрии, вздутие живота
Множественная рвота, не приносящая больному облегчение, выраженный болевой синдром в эпигастрии, выраженный метеоризм.
Лапароскопическое дренирование брюшной полости показано при наличии:
Ферментативного выпота в брюшной полости в большом количестве;
Ограниченных жидкостных скоплений в брюшной полости и забрюшинном пространстве;
Разлитого гнойного перитонита
Экстренная лапаротомия при остром деструктивном панкреатите показана при:
Ферментативном перитоните;
Разлитом гнойном перитоните;
Абсцессе сальниковой сумки;
Флегмоне забрюшинного пространства
Консервативная инфузионная терапия с контролем пассажа бария возможна при:
Динамической послеоперационной кишечной непроходимости
Странгуляционной кишечной непроходимости
Инвагинации
Толстокишечной непроходимости
Во всех этих случаях
Основные признаки жирового панкреонекроза во время диагностической лапароскопии:
Серьезный выпот в брюшной полости;
Бляшка стеатонекроза;
Геморрагическое пропитывание корня брыжейки тонкой кишки
Геморрагический выпот в брюшной полости
Напряженный желчный пузырь
При диагностической лапароскопии установлен диагноз жировой панкреонекроз. Какую лечебную тактику следует выбрать в этой ситуации:
Лапаротомия, санация брюшной полости и ее дренирование;
Лапаротомия, санация брюшной полости, новокаиновую блокаду брыжейки тонкой кишки;
Лапаротомия, холецистэктомия и дренирование подпеченочного пространства
Лапароскопическое дренирование брюшной полости, назначить интенсивную инфузионно-медикаментозную и антибактериальную терапию;
Все ответы верны.
В классификацию острого панкреатита входят следующие формы заболевания:
Псевдотуморозный панкреатит;
Отечный панкреатит;
Жировой панкреонекроз;
Инфильтративный панкреатит;
Геморрагический панкреонекроз.
Геморрагическая имбиция при геморрагическом панкреатите возникает вследствие повышения активности фермента:

Фосфолипазы;
Трипсина;
Хемотрипсина;
Амилазы;
Колагеназы;
Эластазы.

Первичными факторами агрессии при остром панкреатите являются:
Гидролитические ферменты поджелудочной железы (трипсин, химотрипсин, липаза, фосфолипаза, колагеназа, эластаза, липаза);
Брадикинин, серотонин, гистамин;
Интерлейкины 1, 6 и 8, фактор некроза опухоли, фактор активации тромбоцитов, простагландины, тромбосаны, лейкотриены;
Экзо- и эндотоксины микроорганизмов.

Вторичными факторами агрессии при остром панкреатите являются:
Гидролитические ферменты поджелудочной железы (трипсин, химотрипсин, липаза, фосфолипаза, колагеназа, эластаза, липаза);
Брадикинин, серотонин, гистамин;
Интерлейкины 1, 6 и 8, фактор некроза опухоли, фактор активации тромбоцитов, простагландины, тромбосаны, лейкотриены;
Экзо- и эндотоксины микроорганизмов.

Третичными факторами агрессии при остром панкреатите являются:
Гидролитические ферменты поджелудочной железы (трипсин, химотрипсин, липаза, фосфолипаза, колагеназа, эластаза, липаза);
Брадикинин, серотонин, гистамин;
Интерлейкины 1, 6 и 8, фактор некроза опухоли, фактор активации тромбоцитов, простагландины, тромбосаны, лейкотриены;
Экзо- и эндотоксины микроорганизмов.

Ультразвуковыми признаками отека панкреатита являются:
Нечеткость контуров поджелудочной железы;
Жидкостное скопление в сальниковой сумке и панкреатической клетчатке;

Увеличение размеров поджелудочной железы;
Свободная жидкость в брюшной полости;

Незначительная инфильтрация панкреатической клетчатки

Ультразвуковыми и КТ-признаками инфицированного панкреанекроза являются:

Выраженная инфильтрация парапанкреатической клетчатки;

Невозможность дифференцировать ткань поджелудочной железы от окружающей клетчатки;

Наличие жидкостных скоплений в парапанкреатической клетчатке, брюшной полости, и забрюшном пространстве;

Наличие свободной жидкости в брюшной полости

У больного, перенесшего месяц назад панкреанекроз, в сальниковой сумке визуализируется аваскулярное, анэхогенное образование размером 108х62мм. Живот мягкий, без перитонеальных явлений.

Температура и формула крови – в пределах нормы. О каком осложнении острого панкреатита идет речь:

Опухоль поджелудочной железы;

Абсцесс сальниковой сумки;

Постнекротическая псевдокиста поджелудочной железы;

Истинная киста поджелудочной железы;

Псевдотуморозный панкреатит.

Оптимальным способом хирургического лечения неинфицированного панкреанекроза с наличием жидкостных компонентов в парапанкреатической клетчатке, забрюшинном пространстве, а также с выпотом в брюшной полости является:

Широкая срединная лапаротомия, санация, дренирование брюшной полости;

Бисубкостальная люботомия с дренированием забрюшинного пространства;

Некр-, секвестрэктомия программируемая, и по требованию;

Лапаростомия;

Малоинвазивные вмешательства: дренирование жидкостных компонентов по УЗИ-контролем, лапароскопическое дренирование брюшной полости

Основными показаниями к лапаротомии с последующим выполнением некр-, секвестрэктомии при панкреанекрозе являются:

Инфицированный панкреанекроз с преобладанием некротического компонента над жидкостным с нарастанием синдрома системной реакции на воспаление;

Разлитой гнойный перитонит;

Инфицированный панкреанекроз с преобладанием жидкостного компонента над некротическим;

Наличие панкреатогенного абсцесса в сальниковой сумке без перитонеальной симптоматики;

Острый интерстициальный панкреатит;

Ферментативный перитонит

Клиническая картина панкреанекроза характеризуется всем перечисленным, кроме:

Опоясывающих болей в животе;

Множественной рвоты, не приносящей больному облегчение;

Усиленной кишечной перистальтики;

Коллапса;

Тахикардии

Системными осложнениями острого панкреатита в доинфекционной стадии являются:

Абсцесс сальниковой сумки;

Ферментативный шок;

Ферментативный перитонит;

Полиорганная недостаточность.

Системными осложнениями острого панкреатита в инфекционной фазе являются:

Забрюшинная флегмона;

Ферментативный перитонит;

Инфицированная постнекротическая псевдокиста;

Бактериально-токсический (септический) шок;

Полиорганная недостаточность

У больного, перенесшего полгода назад жировой панкреанекроз, появилось опухолевидное образование в эпигастрии и левом подреберье, плотное, малоболезненное, размерами 15x20см. температура тела не повысилась. При рентгеноскопии желудка

отмечено, что желудок оттеснен кпереди, петля 12-ти перстной кишки развернута. Ваш диагноз

- Опухоль поперечной ободочной кишки;
- Опухоль поджелудочной железы;
- Ложная киста поджелудочной железы;
- Парапанкреатический инфильтрат с абсцедированием;
- Абсцесс сальниковой сумки.

Что является наиболее частой причиной для возникновения тонкокишечной непроходимости

- Спаечный процесс в брюшной полости
- Опухоль тонкой кишки
- Дивертикулы тонкой кишки
- Фитобезоар
- Инородное тело

Для поддиафрагмального абсцесса характерно

- высокое стояние купола диафрагмы и снижение дыхательной экскурсии легких
- базальные ателектазы легких
- выпот в плевральной полости
- боли, иррадиирующие в надключичную область

все ответы верны

Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками:

- Инсуломы поджелудочной железы.
- Синдрома приводящей петли.
- Пептической язвы анастомоза.
- Демпинг-синдрома.
- Синдрома малого желудка.

Активная хирургическая тактика в экстренном порядке показана при следующих эндоскопических критериях по J.A.H. Forrest:

- наличии рыхлого красного тромба
- наличии фиксированного тромба
- видимого «пенька» сосуда в дне язвы
- наличии струйного артериального кровотечения
- на фоне кровотечения без видимого источника

При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные:

- Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки.
- Поздней обращаемостью.
- Возможностью психозов.
- Возможностью суицидальных попыток.
- Всем перечисленным.

Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются:

- Рвота.
- Желудочные кровотечения.
- Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости.

Частый жидкий стул.
Икота.
О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволит судить:
Доскообразный живот.
Сильные боли в эпигастрии.
Боли в поясничной области.
Повышение лейкоцитоза до 15000.
Легкая желтуха склер и кожных покровов.
Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки является:
12-перстная кишка.
Пилорический отдел желудка.
Малая кривизна желудка.
Большая кривизна желудка.
Кардиальный отдел желудка.
В момент прободения язвы желудка или 12-перстной кишки наиболее часто встречается:
Тахикардия.
Схваткообразная боль.
Локализованная, умеренная боль.
Внезапно возникшая интенсивная боль.
Жидкий стул.
Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны:
При каллѐзной язве.
При пенетрирующей язве
При поверхностных эрозиях слизистой.
При тромбированном сосуде на дне язвы диаметром более 0,1 см.
При рубцующейся язве.
Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах:
Рихтеровской.
Косой паховой.
Скользящей.
Прямой паховой.
Пупочной.
При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо:
Вначале рассечь ущемляющее кольцо.
Вначале рассечь грыжевой мешок.
Можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот.
Выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальника).
Сделать лапаротомию.
При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает:
Лапаротомию с ревизией органов брюшной полости.
Тщательное наблюдение за больным в условиях стационара.
Поставить очистительную клизму.
Возможность отпустить больного домой с повторным осмотром.
Назначить теплую ванну.

Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию:

Бассини и Постемпского

Мартынова.

Жирара-Спасокукоцкого.

Руджи-Парлавеччио

Ру

При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступя от видимой границы некроза на расстояние:

5-10 см

15-20 см

25-30 см

35-40 см

45-50 см

При поступлении больной с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести:

Наблюдение в течение 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию. *

Выполнение срочной операции.

Наблюдение.

Консервативное лечение.

Выпрямление грыжи.

При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегать:

К трансиллюминации и пальпации.

К пункции.

К перкуссии.

К аускультации.

К пальцевому исследованию прямой кишки.

Шейка мешка бедренной грыжи расположена:

Впереди круглой связки.

Медиальнее бедренных сосудов. *

Латеральнее бедренных сосудов.

Позади бедренных сосудов.

Медиальнее купферовской связки.

Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются:

Со слизистого слоя.

С подслизистого слоя.

С мышечного слоя.

С субсерозного слоя.

С серозного слоя.

При ущемлении петли кишки при грыжах наибольшие патологические изменения происходят:

В приводящей петле

В отводящей петле

В приводящей и отводящей петле

В сегменте брыжейки ущемленной кишки

На всем протяжении кишки

Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует:

- Ограничению патологического процесса в брюшной полости
- Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство
- Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки
- Улучшению кровоснабжения железы
- Уменьшению активности протеолитических ферментов

Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть:

- Беременность.
- Хронический холецистит.
- Алкоголизм.
- Травма живота.
- Применение кортикостероидов.

Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является:

- Травма живота.
- Применение кортикостероидов.
- Алкоголизм.
- Хронический холецистит.
- Цирроз печени.

Ведущим в лечении больных перитонитом является:

- Хирургическое вмешательство
- Дезинтоксикационная терапия
- Рациональная антибиотикотерапия
- Борьба с парезом кишечника
- Устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания

При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост:

- Стафилококка
- Протея
- Кишечной палочки
- Смешанной флоры
- Анаэробной флоры

При ущемленном камне БДС следует:

- Сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку
- Наложить ХДА
- После дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через кулю пузыря протока
- Вскрыть холедох и попытаться удалить камень. При неудаче - произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану ДПК и дренировать холедох *
- Наложить холедохо-энтероанастомоз

Рациональным лечением ЖКБ является:

- Диетическое
- Медикаментозное
- Хирургическое
- Санаторно-курортное
- Лечение минеральными водами

Во время операции по поводу желчнокаменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями, расширенный до 2,5 см общий желчный проток. Больному следует:

Произвести холецистэктомию.

Произвести холецистэктомию, холангиографию и решить вопрос о тактике *

Сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока.

Наложить холецистостому.

Произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка.

Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Наиболее целесообразно для нее:

Диетотерапия, применение спазмолитиков.

Санаторно-курортное лечение.

Плановое хирургическое лечение.

Лечение сахарного диабета и стенокардии.

Хирургическое лечение только по витальным показаниям.

Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано:

С желчнокаменной болезнью.

Со стенозирующим папиллитом.

С забросом кишечного содержимого через ранне наложение билиодигестивный анастомоз.

С псевдотуморозным панкреатитом.

С опухолью головки поджелудочной железы.

Желчный камень, вызывающий обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и:

Слепой кишкой.

Малой кривизной желудка.

Двенадцатиперстной кишкой.

Тощей кишкой.

Ободочной кишкой.

Желчные камни чаще всего состоят:

Из холестерина.

Из цистина.

Из оксалатов.

Из солей желчных кислот.

Из мочевой кислоты.

Холестероз желчного пузыря наиболее часто сочетается:

С острым холециститом.

С желчнокаменной болезнью.

Со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта.

С раком желчного пузыря.

С хроническими неспецифическими заболеваниями легких.

По воротной вене инфекция попадает в печень:

Из воспаленных очагов органов брюшной полости.

Из большого круга кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдельных органов.

Из желчного пузыря при деструктивных формах острого холецистита

Из желчных протоков при гнойном холангите.
Из левых отделов сердца при септическом эндокардите.
Множество мелких абсцессов печени, как правило, развиваются:
При остром деструктивном холецистите.
При заплзании аскарид во внутрпеченочные желчные протоки.
При нагноении вокруг инородного тела печени
При нагноении паразитарной кисты печени.
При тяжелом гнойном холангите.
Основным видом оперативного вмешательства при солитарных абсцессах печени является:
Резекция доли или сегмента печени.
Наложение билиодигестивного соустья.
Вскрытие и дренирование абсцесса.
Трансплантация печени.
Гемигепатэктомия.
Заболевание амебным абсцессом печени, как правило совпадает:
С учащением случаев амебной дизентерии
С учащением случаев инфекционного гепатита.
С учащением случаев описторхоза.
С эпидемией острых респираторных вирусных заболеваний.
С сезонными обострениями язвенной болезни ДПК
При наличии крупных амебных абсцессов печени комплексная консервативная терапия должна сочетаться:
С пункционной аспирацией содержимого полости амебного гнойника и введением в нее противоамебных препаратов
С лапаротомией, вскрытием и дренированием полости гнойника
С резекцией пораженной доли печени
С гемигепатэктомией
С применением антибиотиков широкого спектра действия
Основным показанием для наложения порто-кавального анастомоза является:
Цирроз печени
Асцит
Кровотечение из вен пищевода
Портальная энцефалопатия
Рецидивирующая желтуха
Постоянным симптомом внепеченочной портальной гипертензии является:
Интермиттирующая лихорадка
Общая слабость
Спленомегалия
Кровоточивость слизистой оболочки носа
Маточные кровотечения

Ситуационные задачи
по дисциплине «Госпитальная хирургия»

Ситуационная задача №1

Вратарь 22 лет получил сильный удар мячом в эпигастральную область.
Через 3 часа доставлен в приемный покой в тяжелом состоянии.

Жалуется на резчайшие нарастающие боли в эпигастральной области. Боли постепенно приобрели опоясывающий характер. Появилось затрудненное дыхание. Состояние больного прогрессивно ухудшается. Он бледен. Выражен акроцианоз. Покрыт липким потом. Пульс слабого наполнения, 140 в минуту. Живот слегка вздут, имеется напряжение мышц и резкая болезненность в эпигастральной области. Симптом Щеткина - Блюмберга здесь слабо выражен. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Эритроцитов в крови $4,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобина 140 г/л.

Ваш диагноз? Тактика лечения?

Ответ:

Учитывая характер травмы и клинические проявления, есть веские основания предположить у больного травму поджелудочной железы, с явлениями панкреонекроза. Дообследование, консервативная терапия.

Ситуационная задача №2

У девочки 6 лет при профилактическом осмотре обнаружено по средней линии на 3 см. выше пупочного кольца безболезненное выпячивание 0,5x0,5 см., легко вправляемое в брюшную полость, при этом определяется дефект апоневроза по средней линии 0,7x0,5 см.

Ваш диагноз и тактика лечения.

Ответ:

Грыжа белой линии живота. Оперативное лечение в плановом порядке после 3-4 лет.

Ситуационная задача №3

У девочки 3 месяцев отмечается расширение пупочного кольца с выпячиванием безболезненного, эластической консистенции образования 1,5x1,5 см., легко вправляемого в брюшную полость.

Ваш диагноз, тактика лечения.

Ответ

Пупочная грыжа. Рекомендуются массаж, ЛФК. Оперативное лечение после 5 лет.

Ситуационная задача №4

Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура — $37,6^{\circ}$. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выраженная болезненность в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц и резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоциты — $14,5 \times 10^9$ /л.

1) Ваш предварительный диагноз?

2) Какое заболевание следует исключить?

3) Какое обследование необходимо провести для его исключения?

4) Какое решение должно быть принято?

Ответ

Рак слепой кишки.

Ситуационная задача №5

Больной 30 лет оперирован по поводу ущемленной паховой грыжи. При вскрытии грыжевого мешка было обнаружено ущемление двух петель тонкой кишки, которые по внешнему виду жизнеспособны.

- 1) Характер ущемления тонкой кишки?
- 2) Что необходимо проверить в ходе операции?
- 3) Ведение послеоперационного периода?

Ответ

С копростазом и ложным ущемлением

Ситуационная задача №6

При лапаротомии у больного раком желудка обнаружена неподвижная опухоль кардиального отдела, которая прорастает в диафрагму и забрюшинное пространство, значительно суживает просвет органа. В печени – множественные метастазы.

Какой оптимальный объём операции в данном случае?

Ответ

Показана симптоматическая операция – гастростомия.

Ситуационная задача №7

Больному выполнена гастрэктомия по поводу рака тела желудка T3N1M0. В программе диспансерного наблюдения запланирован регулярный эндоскопический контроль и определение опухолевого маркера.

Какой опухолеассоциированный антиген избрать для мониторинга?

Ответ

При раке желудка наиболее информативным является раково-эмбрионный антиген (PEA).

Ситуационная задача №8

При лапаротомии у больного раком желудка обнаружена опухоль антрального отдела, которая перекрывает выход из желудка, прорастает в мезоколон, инфильтрирует печёчно-дуоденальную связку, головку поджелудочной железы. Желудок переполнен жидкостью. В печени – множественные метастазы.

Какой объём операции?

Ответ

Необходимо выполнить симптоматическую операцию – обходную гастроэнтеростомию

Ситуационная задача №9

Больной 59 лет. Жалобы на тупую боль в эпигастрии, не связанную с приёмом пищи, отрыжку воздухом. Считает себя больным в течение 9 лет. Лечился по поводу атрофического гастрита, последний курс лечения прошел месяц назад без эффекта. Объективно: кожа бледная, периферические л/в не увеличены; живот мягкий, болезненный в эпигастрии, печень – около края рёберной дуги. Пальцевое исследование прямой кишки – в параректальной клетчатке обнаружено плотно-эластичное образование до 3 см в диаметре.

Какой предварительный диагноз?

Ответ

Рак желудка.

Ситуационная задача №10

Больная, 38 лет, жалуется на жидкий стул со слизью и кровью до 6-8 раз в сутки, боли в животе, больше слева в подвздошной области, тенезмы, субфебрильную температуру, снижение веса, слабость. Из анамнеза известно, что страдает данным заболеванием 3 года, заболевание имеет тенденцию к рецидивированию. Объективно: бледность кожных покровов, умеренная тахикардия до 100 уд/мин., болезненность при пальпации живота по ходу нисходящей толстой кишки, которая пальпируется в виде болезненного спазмированного тяжа в диаметре 3 см. В анализе крови: гемоглобин 90 г/л лейкоциты 10,0 СОЭ 30 мм гамма-глобулинов 28,2%. При ирригоскопии - сглаженность рельефа слизистой нисходящего отдела толстой кишки, отсутствие гаустраций. Кишка спазмирована, отмечается контактное кровотечение, осмотр затруднен.

Сформулируйте диагноз.

Назначьте лечение.

Ответ

Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, фаза обострения, средне - тяжелая форма, активность II-IIIc поражением нисходящего отдела толстой кишки. Осложнение: железодефицитная анемия.

Стол 4а, преднизолон 40 мг в день в течение недели с дальнейшим снижением, сульфасалазин или салазидин по 2 таблетки 4 раза в день, микроклизмы с преднизолоном (20 мг) или с гидрокортизоном (125 мг), при необходимости гидрокортизон внутривенно (125 мг), препараты железа, лечение сопутствующего дисбактериоза.

Ситуационная задача №11

Больной, 37 лет, жалуется на ректальное кровотечение, небольшие боли внизу живота, слабость, головокружение. Из анамнеза известно, что в 20-летнем возрасте перенес какое-то заболевание, проявившееся кровавым поносом. Затем периодически повторялись кровотечения, которые объясняли геморроем. Не обследовался, месяц назад появились боли в животе. Объективно: состояние больного средней тяжести, отмечается бледность кожных покровов и слизистых, одышка, тахикардия до 100 уд/мин.. Язык обложен, влажный. Живот вздут, болезненность при пальпации толстой кишки, сигмовидная кишка пальпируется в виде болезненного шнура. Температура тела 37,4 С.

1. Назовите заболевания, которые дают подобную картину и порядок диагностики.

2. Назначьте лечение.

Ответ .

Подобная картина заболевания может быть при язвенном колите, болезни Крона, туберкулезе кишечника, опухоли кишечника, постинфекционном колите, внутреннем геморрое. В плане диагностики необходимо следующее: осмотр хирурга; пальцевое исследование прямой кишки; обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости; УЗИ внутренних органов; колоноскопия (включая ректороманоскопию,

биопсия); кал на копрологию, дисбактериоз, гельминты; анализ крови общий и биохимические анализы.

Лечение после верификации диагноза.

Ситуационная задача №12

Больной, 38 лет, геолог по профессии, после летнего экспедиционного сезона на фоне хорошего самочувствия случайно обнаружил кровь в кале. К врачам не обращался. Через 2-3 недели после поднятия тяжести отметил резкое ухудшение в самочувствии - стал утомляться, ухудшился аппетит, появились боли в суставах и болезненные синюшно-розовые узлы на обеих голених возвышающиеся над кожей. Участился стул с болезненными тенезмами до 10-15 раз со слизью и кровью. Объективно: бледен, на голених элементы узловатой эритемы. Температура тела 37,8 С. Пальпаторно отмечается болезненность по ходу толстой кишки, пальпируется болезненная спазмированная сигма. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Тоны сердца ритмичные, тахикардия с ЧСС 89 уд/мин. Дыхание везикулярное. Анализ крови: гемоглобин 108 г/л эритроциты 2,5 тромбоциты 200,0 СОЭ 36 мм. Общий белок 70 г/л, альбумины 60% гамма-глобулины 30%. При микроскопии кала обнаружены слизь, лейкоциты, эритроциты, клетки кишечного эпителия. Ректороманоскопия : слизистая прямой кишки отечна, воспалена, гиперемирована, отмечаются гнойно-геморрагические наложения, контактная кровоточивость, эрозии и изъязвления. Ирригоскопия : сглаженность рельефа слизистой, отсутствие гаустраций, множественные язвы.

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Наметьте план лечения.

Определите трудоспособность и прогноз.

Ответ

Язвенный колит впервые выявленный, проктосигмоидит, средне - тяжелая форма, активность II-III. Узловатая эритема. Осложнение: железодефицитная анемия.

Дифференцировать в первую очередь необходимо с болезнью Крона Стол 4а, преднизолон 40 мг в день с последующим снижением, сульфасалазин или салазодин по 2 - 4 гр в день, микроклизмы с преднизолоном (20мг) или гидрокортизоном (125мг) дважды в день, при необходимости гидрокортизон внутривенно по 125 мг, препараты железа, лечение дисбактериоза при его подтверждении.

В момент обострения - нетрудоспособен, в дальнейшем профессию геолога необходимо сменить. Прогноз сомнителен.

Ситуационная задача №13

У больной, 35 лет, периодически появляются схваткообразные боли в животе, частый жидкий стул со слизью и кровью. Объективно : на фоне значительного похудания, слабости и гиповитаминоза тахикардия. При ректороманоскопии слизистая кишки отечна и гиперемирована, кровоточит, множественные язвы. Гемоглобин 75 г/л СОЭ 60 мм.

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Ответ

Диагноз можно поставить только после обследования.
Дифференцировать следует: язвенный колит, болезнь Крона, опухоль кишечника, туберкулез кишечника.

Патогенетическое лечение провести после уточнения диагноза. На данный момент лечение симптоматическое: диета 4, противодиарейные препараты (смекта по 3 – 4 пакетика в сутки, имодиум (лоперамид) 4 мг одномоментно, затем по 2 мг после дефекации, регидратационные растворы, препараты железа.

Ситуационная задача №14

У 20-летней больной на фоне длительного стресса появился кровавый понос с частотой за сутки до 20 раз. При эндоскопическом исследовании слизистая в виде «губки» розового цвета, толстая, пористая, поры заполнены кровью, при дотрагивании - контактное кровотечение. Анализ кала на дизгруппу отрицательный.
наиболее вероятный диагноз?

Ответ.

Наиболее вероятен диагноз язвенный колит, острая форма.

Ситуационная задача №15

При рентгенологическом исследовании больного с патологией кишечника обнаружено: потеря гаустраций, сужение просвета, рельеф слизистой «мраморной окраски» - неравномерно контрастируется на всем протяжении, прослеживаются округлые образования в виде дефектов наполнения - псевдополипы.

Назовите предварительный диагноз.

Ответ

Язвенный колит, хроническое течение. Тотальное поражение толстой кишки. Осложнение: псевдополипоз.

Ситуационная задача №16

У больного, 26 лет, частый жидкий стул с примесью крови, боли в правой подвздошной области. Здесь же пальпируется плотная кишка. При рентгенографии подвздошная кишка имеет вид «струны».
Гемоглобин 96 г/л СОЭ 36 мм.

Назовите предварительный диагноз.

Ответ.

1.Предварительный диагноз болезнь Крона, хроническое течение с поражением слепого отдела толстой кишки, активность II степени. Железодефицитная анемия.

Ситуационная задача № 17.

Больной У., 45 лет, предъявляет жалобы на задержку при проглатывании твердой пищи, появившуюся 4 месяца назад. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Питание умеренное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхательная, сердечно-сосудистая система - без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. При ФГДС на 27 см от резцов выявлена чашеобразная опухоль слизистой пищевода по задней и боковым стенкам 4,5 см в диаметре. Желудок и

двенадцатиперстная кишка без патологии. Гистологически - высокодифференцированный плоскоклеточный рак. При рентгеноскопии пищевода выявлена ниша с приподнятыми краями на уровне Th V-VI, протяжённость опухоли 5 см. При ФЛГ, УЗИ брюшной полости, лапароскопии и компьютерной томографии грудной клетки данных за метастазы и прорастание опухоли в соседние органы не получено.

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

Ответы

Рак пищевода II стадия (размер опухоли 3-5 см).

Резекция пищевода с пластикой большой кривизной желудка, возможно проведение Льюиса (резекция поражённого участка и наложение эзофагогастроанастомоза), операция Добромысова-Торека (резекция, наложение гастростомы, через 3-6 мес, пластика пищевода кишечником).

Ситуационная задача № 18.

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

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

Какую операцию следует выполнить?

Какая клиническая форма рака ободочной кишки имела место в данном случае?

Ответы

Двухэтапное оперативное лечение. 1 - правосторонняя гемиколонэктомия с наложением колостомы. 2 - межкишечный анастомоз

Обтурационная (другие формы - токсикоанемическая, диспептическая, энтероколитическая, псевдовоспалительная, опухолевая).

Ситуационная задача № 19.

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

При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 76 ударов в минуту, АД - 140/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации болезненный в левой подвздошной области, где пальпируется плотная опухоль 5 см. в диаметре. Печень по краю реберной дуги. При ректальном

исследовании патологии не выявлено. При фиброколоноскопии на 25 см от ануса чашеобразная опухоль протяженностью 4 см. Гистология – умеренно дифференцированная аденокарцинома толстой кишки. При ирригоскопии в средней трети сигмовидной кишки дефект наполнения протяженностью 5 см. При УЗИ брюшной полости, ФЛГ и лапароскопии данных за метастазы не получено.

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

Диагноз, стадия?

Какую операцию следует выполнить?

Ответы

Рак сигмовидной кишки IV стадии

Операция Гартмана (резекция поражённого участка, ушивание культи прямой кишки, колостомы)

Ситуационная задача 20.

Больной С., 37 лет, 2 месяца назад обнаружил примесь крови в каловых массах. Из анамнеза: в течение многих лет страдает запорами, отец больного в возрасте 40 лет погиб от рака прямой кишки (неоперабельного).

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. ЧСС 72 удара в минуту, АД - 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в левом мезогастрii. Печень не увеличена. При пальцевом исследовании определяется нижний полюс плотной опухоли по задней стенке, на перчатке - кровь. Общий анализ крови:

Эритроциты $3,6 \times 10^{12}/л$, Hb - 102 г/л, СОЭ - 25 мм/час. Лейкоциты $7,4 \times 10^9/л$, формула не изменена. При колоноскопии на 7 см от ануса выявлена экзофитная, рыхлая, контактно кровоточащая опухоль до 6 см в диаметре (гистология: высокодифференцированная аденокарцинома). В ободочной кишке, начиная от печеночного изгиба, множество полипов от 0,5 до 2 см в диаметре.

Ваш диагноз?

Минимальный объем дополнительного обследования для определения лечебной тактики?

Характер оперативного пособия при отсутствии распространенности процесса?

Ответы

Рак прямой кишки. Диффузный полипоз толстого кишечника (синдром Пейтс-Эгерса)

УЗИ, КТ, лимфодуктография, радиоизотопное исследование

Экстирпация прямой кишки (брюшно-промежностная), субтотальная резекция ободочной кишки по поводу полипоза.

Ситуационная задача 21.

Больной П., 48 лет. Жалуется на сухой кашель, слабость, упадок сил, одышку, после перенесенного гриппа, начавшегося с температуры 39,50С, вот уже в течение 3 недель держится субфебрильная температура. При осмотре: состояние удовлетворительное

Температура 37,2°C. Кожные покровы бледной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Справа в верхнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание. ЧСС 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Общий анализ крови: Эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, НЬ - 112 г/л, СОЭ - 45 мм/ч. Лейкоциты $11,4 \times 10^9/л$, эозинофилы-1%, п/я-10%, с/я 61%, лимфоциты-23%, моноциты-5%. В скудной мокроте слизистого характера много эритроцитов. Рентгенологически в верхней доле правого легкого определяется неравномерной интенсивности затемнение без четких границ. На боковом снимке определяется ателектаз III сегмента. При бронхографии было выявлено значительное сужение верхнедолевого бронха и изъеденность его контуров, отсутствие бронха переднего сегмента.

Ваш диагноз?

Объём дообследования больного?

Тактика лечения больного?

Ответы

Центральный рак лёгкого. T2NxMx (перибронхиальный рост)

КТ, ангиография, Бронхоскопия с биопсией, медиастиноскопия, анализ мокроты на АК, УЗИ отдалённые метастазы)

Лобэктомия, лучевая, химиотерапия (циклофосфан, 5-фторурацил, нирозомочевина)

Ситуационная задача № 22.

У больной В., 30 лет, ни разу не беременевшей, появились болезненные ощущения в молочных железах, усиливающиеся перед менструацией. Железы стали набухать, а из сосков появились выделения серо-зеленого цвета. Периодически болезненные ощущения заметно уменьшались без какого-либо лечения, а затем появлялись вновь. При осмотре: Состояние удовлетворительное. В легких без патологии. ЧСС - 92 удара в минуту, АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Местно: молочные железы имеют грубо дольчатое строение, в верхненаружных квадрантах желез мелкая зернистость, болезненная при пальпации («дробинчатая грудь»), Аксиллярные лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа диффузно увеличена, II степень по Николаеву,

Какой может быть поставлен диагноз?

Какое дополнительное обследование следует предпринять?

Как лечить больную?

Ответы

Кистозная мастопатия. Диффузный нетоксический зоб II стадии
Биопсия молочной железы, определение гормонов щитовидной железы, Rg скопия грудной клетки

0,25% р-р KI по одной чайной ложке в день, после еды, стимулирует выработку ЛГ гипофиза – нормализуется овариальный цикл, снижается уровень эстрогенов, снижается их влияние на молочную железу, в ней уменьшаются пролиферативные процессы. Витамины. Однобромистая камфора 0,25 – 0,3 мг 2-3 раза в день с перерывами на 3-4 дня до и после менструации. Димексид, растворяет избыточную рубцовую ткань, обладает обезболивающим и п/в действием 0,5 – 1 мл 50% р-ра стеклянной палочкой перед сном на кожу в место проекции болевых

ощущений. Гепатотропные препараты (метионин, холензим, аллохол – улучшают функцию печени – инактивация эстрогенов), тонизирующие препараты, женьшень, элеутерококк, седативные средства). Гормональная терапия, при отсутствии эффекта от вышеизложенной терапии (эстрогены или антиэстрогены в зависимости от гормонального спектра), лечение зоба.

Ситуационная задача № 23.

У больной Ж, 51 года, 15 лет назад был диагностирован узловой эутиреоидный зоб размером 3х3 см. Все годы образование не причиняло ей никакого беспокойства, за последние 3 месяца образование несколько увеличилось в размерах. Больная отмечает ухудшение общего состояния: слабость, быструю утомляемость. При пальпации в левой доле щитовидной железы опухолевидное образование 4 см в диаметре, поверхность неровная, консистенция плотная. Образование ограничено в подвижности. Лимфатические узлы по ходу левой кивательной мышцы увеличены до 3 см, плотные. Какой вы поставите диагноз?

Как можно подтвердить диагноз и какие методы исследования применить для уточнения стадии заболевания?

Как будете лечить больную?

Ответы

Рак щитовидной железы, III стадии (л/у поражены с той же стороны, ограничение подвижности)

УЗИ, пункция щитовидной железы и увеличенного Л/У, радиоизотопное сканирование, ангиография

Комбинированная терапия (предоперационно 30-40 Грей на щитовидную железу, через 3 недели субтотальная резекция).

Ситуационная задача № 24.

Больная Б., 61 года, 2 месяца назад обнаружила образование в правой молочной железе. Из анамнеза: менопауза в течение 9 лет.

Беременностей - 4, родов - 2, аборт - 2. При осмотре: состояние удовлетворительное Температура 36,2°C. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Местно: левая молочная железа мягкая. На границе наружных квадрантов правой молочной железы в 3 см от соска определяется плотное бугристое образование без чётких границ 4,5 см в диаметре, положительный симптом «площадки». В правой аксиллярной области плотный лимфоузел 1 см в диаметре. В пунктате из образования молочной железы - картина высококодифференцированного рака, в пунктате из лимфоузла - элементы лимфоидной ткани.

Ваш диагноз, стадия заболевания?

План лечения больной?

Ответы

Высокодифференцированный рак правой молочной железы IIБ стадии (имеются смещающиеся поражённые л/у на той же стороне)

Радикальная мастэктомия по Холстеду (одним блоком удаляется большая грудная и малая грудная мышцы с лимфоузлами, клетчаткой),

и по Пэйти (оставляют большую грудную мышцу) + лучевая терапия, химиотерапия (Адреамицин, Циклофосфан, 5-фторурацил, метотрексат).

Ситуационная задача № 25.

Больная К., 51 года, предъявляет жалобы на опухоль в левой молочной железе, наличие язвы на коже левой молочной железы с неприятным запахом. Из анамнеза: опухоль в молочной железе больная обнаружила 2 года назад, за помощью не обращалась. Менопауза 1 год. При осмотре: состояние удовлетворительное Температура 37,3°C. Кожные покровы обычной окраски. Повышенного питания. В легких дыхание везикулярное, ослаблено слева в нижних отделах. ЧСС 80 ударов в минуту. АД – 150/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Местно: в левой молочной железе плотная бугристая опухоль диаметром 11 см, на коже в верхненаружном квадранте язва, дно которой покрыто гнойно-некротическим налетом со зловонным запахом. Подмышечные лимфатические узлы слева значительных размеров, спаяны. При рентгенологическом исследовании в легких выявлены метастазы, экссудативный плеврит слева. В пунктате из опухоли и лимфоузла - элементы эпителиальной злокачественной опухоли. В мазке-отпечатке из язвы - фибринозно-некротические массы. Ваш диагноз, стадия заболевания согласно международной и старой классификации.

Какова тактика лечения больной?

Ответы

Рак левой молочной железы IV стадии. T4N2M1

Расширенная радикальная мастэктомия, гормональная терапия (женщина в менопаузе - тамоксифен), лучевая терапия, химиотерапия – ЦМФ (6 2х недельных курсов).

Ситуационная задача № 26.

Женщина 28 лет жалуется на наличие образования в левой подмышечной области, которое в период менструального цикла становится плотнее, слегка болезненным. Образование округлой формы, диаметром 4 см, мягко-эластической консистенции, имеет дольчатое строение.

Вопросы

Ваш диагноз?

Какие дополнительные методы обследования позволяют верифицировать диагноз?

Какую опасность представляет данное заболевание?

Тактика при данной патологии?

С каким заболеванием следует дифференцировать данную патологию?

Ответ

Диффузная форма мастопатии.

ОАК, ОАМ, СРБ, маммография, УЗИ, пункционная биопсия.

Данное заболевание является факультативным предраком.

Коррекция гормонального фона- используются андрогены, а так же мастодиол, маммолептин, йодомарин, рекомендуются роды.

Оперативное лечение- подкожная или простая мастэктомия,

секторальная резекция, в зависимости от характера патологического процесса.

Следует дифференцировать с раком, туберкулезом, другими доброкачественными опухолями.

Ситуационная задача № 27

Больная Т., 50 лет, обратилась с жалобами на постоянные боли ноющего характера в правой паховой области, усиливающиеся при ходьбе, ограничение движений в правом тазобедренном суставе.

Объективно: у больной в правом тазобедренном суставе определяется: сгибание - 70°, разгибание - 0°, отведение - 15°, приведение - 15°, наружная ротация - 0°, внутренняя - 0°.

Поставьте предварительный диагноз.

Укажите дополнительные методы обследования.

Проведите дифференциальную диагностику.

Классификация дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов (ДДЗС).

Этиология и патогенез ДДЗС.

Консервативное лечение ДДЗС.

Оперативное лечение ДДЗС.

Современные методы диагностики и лечения ДДЗС на ранних и поздних стадиях.

Ответы

Асептический некроз головки бедренной кости справа

Rg. МРТ, измерения ВКД, термогарафия, флебография

На основании Rg картины.

По Косинской ДОА Кистовидная перестройка сочленяющихся костей

Асептический некроз врожденная дисплазия сосудов + внешние факторы (алкоголь, курение, переохлаждение, физические перегрузки). Существует 3 теории - сосудистая (кафедра), механистическая, метаболическая

Разгрузка, обезболивающая, нитроглицерин в/в, артепарон, румалон, лазер п/в, обезболивающая терапия

Тунелизация, межвертельная остеотомия, ротационная остеотомия, костнопластическая (Шаиро - пересадка мышечно-сосудистого лоскута), Имплантация нижней надчревной артерии, артродез, эндопротезирование. см п2

Ситуационная задача № 28.

Больной Х., 62 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастрии и за грудиной, возникающие натощак, усиливающиеся по ночам. Боли сопровождаются тяжелой отрыжкой и изжогой, ночным кашлем. Подобные боли отмечает около трех недель, связывает с нерегулярным питанием. Прием соды кратковременно купирует боль.

При поступлении: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, правильного телосложения, повышенного питания.

При пальпации живота незначительная болезненность в эпигастрии.

Каков ваш предварительный диагноз?

Дифференциальная диагностика.

Составьте план обследования больного.

При ФГДС выявлены участки гиперемии слизистой с небольшими эрозиями в области пищеводно-желудочного перехода.

Какая степень тяжести заболевания по эндоскопической классификации (Савари-Миллера)?

Сформулируйте полный клинический диагноз.

Современные методы консервативной терапии.

Показания к оперативному лечению.

Методы хирургического лечения данной патологии.

Ответы

ГЭРБ

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, дивертикул пищевода, ИБС, ЯБ.

Обязательный + рентген с барием, ФГС с биопсией, эзофагоманометрия, рН-метрия, ЭКГ, посев на НР.

II степень по Петровскому (Эрозии).

ГЭРБ, рефлюкс-эзофагит II степени тяжести.

Нормализация образа жизни. Диета, антациды, венгер, H₂-блокаторы, блокаторы протонной помпы, церукал, мотилимум, цизаприд

Неэффективность консервативной терапии, повторяющееся

кровотечение, пищевод Баррета, дисплазия эпителия, малигнизация, стеноз.

Воссоздание угла Гиса, фундопликация. Можно сочетать с ваготомией и пилоропластикой.

Ситуационная задача № 29.

Больной К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правой паховой области, появившиеся после поднятия тяжести. С момента появления боли прошло 3 часа. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошно-паховой области, симптомов раздражения брюшины нет. В правой паховой области имеется резко болезненное опухолевидное образование плотноэластической консистенции, размером 5х6х4 см, невправимое в брюшную полость. Кожа над ним не изменена. Из анамнеза: в течение двух лет отмечал периодическое появление в правом паху данного образования, но оно самостоятельно исчезало.

Сформулируйте полный клинический диагноз.

С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

Какова хирургическая тактика при этом заболевании?

Назовите особенности хирургического вмешательства при данной патологии.

Во время проведения хирургической операции у этого больного оказалось, что в рану предлежат две петли тонкой кишки обычного цвета, с блестящей серозной оболочкой, перистальтирующие, сосуды брыжейки пульсируют.

Какой вариант патологии имеется у больного?

Какова дальнейшая интраоперационная тактика?

Современные методы хирургического лечения.

Назовите меры первичной и вторичной профилактики данной патологии.

Ответы

Ущемленная правосторонняя паховая грыжа.

С невправимой грыжей (существует длительно, не сопровождается выраженной болью, отсутствует напряжение грыжевого выпячивания, нет резкой болезненности при пальпации и сохраняется кашлевой толчок, общее состояние больного не страдает). С копростазом при невправимой грыже (у пожилых, отсутствуют классические симптомы ущемления, нарастает постепенно без предшествующего физического напряжения с медленным развитием болевого синдрома, боль не такая интенсивная, задержка стула и газов, напряжение грыжевого мешка не выражено, «+» симптом кашлевого толчка). С паховым лимфаденитом (инфекция на стопе, голени, бедре или промежности, развивается постепенно, с лихорадкой, ознобом и т.д., контуры л/у более четкие, иногда пальпируется группа л/у). С натечным абсцессом (появляется в вертикальном положении и исчезает лежа, флюктуация, перкуторно — тупой звук). С метастазами в паховые л/у (л/у плотные, б/б, отсутствуют симптомы ОКН, +жалобы, анамнез, обследование).

Срочная операция.

Первоочередная задача - как можно более быстрое обнажение и фиксация ущемленного органа. Только после этого производят рассечение ущемляющего кольца и обследование ущемленного органа. Перед вскрытием грыжевого мешка рану надо изолировать от окружающих тканей салфетками, т.к. содержимое грыжевого мешка м.б. инфицировано. После устранения ущемления оценивается жизнеспособность органа. Петля кишки извлекается вместе с приводящей и отводящей петлями, помнить о ретроградном ущемлении. Если необходимо, то производят герниолапаротомию или дополнительную срединную лапаротомию.

Ретроградное ущемление по Полия.

Необходимо извлечь и осмотреть промежуточную петлю. Если она тоже жизнеспособна, то погружение кишки в брюшную полость, удаление грыжевого мешка и пластика грыжевых ворот. Если нет - резекция ее и 30-40см приводящей и 15-20см отводящей петли кишки. Анастомоз (лучше «конец в конец»).

Метод Шулдайса (укрепление задней стенки пахового канала за счет создания дубликатуры поперечной фасции путем нептерывного многорядного шва металлизированной нитью + дубликатура апоневроза наружной косой мышцы живота). Пластика проленовой или полипропиленовой сеткой - по Лихтенштейну. Лапароскопическая герниопластика, Постемсого, Мак - Вея, Кукуджанова, классический способ Бассини.

1я профилактика: исключать стойкое ↑ внутрибрюшное давления. 2я: плановое грыжесечение.

Ситуационная задача № 30.

Больная П., 66 лет, обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования, расположенного на передней поверхности брюшной стенки, периодические боли в области его.

Из анамнеза: три года назад оперирована по поводу гангренозно-перфоративного холецистита, желчного перитонита. Через 2 месяца после операции отметила появление опухолевидного образования в области послеоперационного рубца. Постепенно образование увеличилось в размерах, появились боли.

Сопутствующие заболевания: ИБС: стенокардия напряжения, ФК II; Гипертоническая болезнь II стадии.

При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Отмечается выраженная асимметрия живота за счет опухолевидного образования размером 20x25x18 см, мягко-эластической консистенции, направленного в брюшную полость, расположенного в области старого послеоперационного рубца.

Клинический диагноз.

Дифференциальная диагностика.

Причины появления данного заболевания.

Показания к оперативному лечению.

Особенности предоперационной подготовки при данном заболевании.

Современные методы хирургического лечения.

Ведение послеоперационного периода.

Ответы

Гигантская послеоперационная вентральная грыжа.

С опухолью

Нагноение послеоперационной раны (из-за небрежного гемостаза, грубого обращения с тканями во время операции и плохая защита раны от загрязнения, введение через рану тампонов и дренажей, нарушение правил асептики и т.д.).

Эвентрация (стойкое повышение внутрибрюшного давления при кашле, рвоте, ранних физических нагрузках, парез кишечника при перитоните, технические погрешности при ушивании). Большая физ нагрузка

Ущемление, травматизация, спаечная непроходимость, угрожающий разрыв (абсолютные); косметический дефект, быстрый рост, узкие ворота, нарушение пассажа пищи, желание пациента.

Стабилизация сопутствующих заболеваний, консультации специалистов, исследование свертывающей системы крови, дополнительное рентгенологическое исследование с барием. Ношение бандажа, чтобы организм привык к повышенному в/б давлению. ЛФК для укрепления ДС и ССС. Очистительная клизма, реланиум на ночь, не завтракать.

Пластика аутокожей, аутофасцией, капроновой, проленовой или полипропиленовой сеткой. Используется ненатяжной метод. Можно сделать невосправляемую грыжу вправляемой и после экономного иссечения рубцов закрыть дефект аллотрансплантатом.

Профилактика пареза кишечника. Бинтовать ноги, аспирин.

Наблюдение. Следить за состоянием ССС и ДС, обезболить.

Поднимают на 2-3 день. Ношение бандажа сроком до 1г. При необходимости - переливание жидкости, коррекция водно-солевого и КЩР. Витамины А, С, Д. ЛФК.

Ситуационная задача № 31.

Больная Н., 62 лет оперирована 30 дней назад по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита, в анамнезе имела место желтуха. Была произведена холецистэктомия «от дна». В желчном пузыре обнаружено большое количество мелких конкрементов.

Вследствие наличия выраженного инфильтрата в области гепатодуоденальной связки детальная ревизия холедоха не производилась. Холангиография на операционном столе

не выполнялась. Брюшная полость ушита с подведением в подпеченочное пространство страховочного дренажа, который был удален на 6-й день после операции. Состояние больной было удовлетворительным, но на 12 день после операции у нее открылся наружный желчный свищ. Симптомов раздражения брюшины нет. В сутки отделялось до 600–700 мл желчи. Со временем у больной появилась слабость, стали беспокоить поносы, отмечался ахоличный стул. Билирубин крови 120,3 мкм / л.

Какое интраоперационное исследование не выполнено у больного? Что могло послужить причиной образования наружного желчного свища?

Какова лечебная тактика?

Ответ:

Интраоперационная холеграфия.

Желчная гипертензия, связанная с наличием резидуального камня холедоха или стеноза ДОХ или БСДК.

Выполнение ЭРПХГ с последующей ЭПСТ.

Ситуационная задача № 32.

Больная Г., 59 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в правой голени, повышение температуры тела до 38,50С. Заболела неделю тому назад. Лечилась самостоятельно путем применения спиртовых компрессов на голень. Боли не прошли, стойко держалась высокая температура тела.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Местно: кожа голени гиперемирована по ходу варикозно расширенной вены в нижней трети голени, там же уплотнение кожи. Умеренный отек голени, движения в суставах конечности пассивные. В средней трети голени язва размерами 2х3 см с подрытыми краями, умеренным гнойным отделяемым. В очаге уплотнения вены имеется флюктуация.

Сформулируйте клинический диагноз: основной, осложнения основного.

Дифференциальный диагноз.

Дальнейшая хирургическая тактика.

Причины появления трофических язв на нижних конечностях.

Современные методы консервативного лечения трофических язв на почве хронической венозной недостаточности.

Особенности трофических язв другой этиологии: диабетические, нейротрофические, гипертонические.

Показания и методы хирургического лечения.

Профилактика трофических язв венозной этиологии.

Ответы

Варикозная болезнь III стадии. Осложнения: острый тромбоз поверхностных вен правой голени. Трофическая язва голени

Рожа, флегмона подкожной клетчатки,

Оперативное лечение. (перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную, в специализированном стационаре различные варианты тромбэктомий.)

Застой, отёк, гипоксия, нарушение трофики

Эластическая компрессия конечности с помощью лечебных чулок, или бинтов, цинк-желатиновая повязка на трофическую язву, ГБО, УФО, возвышенное положение конечности, склерозирующая терапия (фибровен, тромбовар, этоксисклерол), Венотоники (троксивазин, венорутон)

Ситуационна задача № 33.

Больной Ш., 24 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой, количество которой доходило до 1 литра в сутки.

Заболел 6 месяцев назад, когда появилось общее недомогание, головная боль, боль в правой половине грудной клетки, температура повысилась до 39,20С. Через 5 дней появился кашель с гнойной мокротой, в которой была примесь крови. До поступления получал антибиотикотерапию с переменным успехом.

При поступлении: общее состояние тяжелое, кожные покровы с желтоватым оттенком, лицо одутловатое, губы и видимые слизистые цианотичные, ногтевые фаланги по типу «барабанных палочек».

При осмотре: правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, пальпация правой половины грудной клетки болезненна, перкуторный звук на всей поверхности правой половины грудной клетки укорочен; дыхание ослабленное, жесткое, с большим количеством разнокалиберных сухих и влажных хрипов, число дыхательных движений – 40 в минуту.

Поставьте предварительный диагноз.

Дифференциальный диагноз.

Составьте план обследования больного.

Рентгенография легких: в верхней доле справа определяется интенсивное негетогенное затемнение легочной ткани с четкой нижней границей. На фоне затемнения видна полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Окончательный клинический диагноз.

Основные методы консервативного лечения.

Показания и методы оперативного лечения.

Ответы

Бронхоэктатическая болезнь IIIA (декомпенсация, с частичнообратимыми изменениями в органах)

Туберкулез, хронический абсцесс легкого.

Рентген грудной клетки, томография, бронхография, бронхоскопия, посев мокроты и промывных вод бронхов, реакция Манту.

Хронический абсцесс правого легкого.

Дезинтоксикационная терапия, санация бронхиального дерева, антибиотикотерапия, коррекция водно-электролитных нарушений и белкового обмена, нарушений ДС и ССС, повышение иммунологической резистентности организма. Оксигенотерапия.

Наличие абсцесса. Методы: лоб-, билоб- или пульмонэктомия.

Ситуационная задача №34

У больной 50 лет 6 месяцев назад появились жалобы на боли за грудиной в проекции нижней её трети, возникающие во время приема

пищи и почти постоянное чувство жжения в пищеводе. Изредка наблюдались явления дисфагии.

Объективно: шея правильной формы, безболезненная при пальпации. Грудина без особенностей. Эпигастральная область обычной формы, безболезненная. При эзофагоскопии было установлено выпячивание левой стенки пищевода на уровне 32 см от резцов размерами 3 x 4 см с неизменной слизистой и входом в него до 2 см. Больная ранее не лечилась, впервые обратилась к врачу.

Вопросы

Ваш диагноз?

Классификация этой патологии.

Какие механизмы возникновения данной патологии Вы знаете?

Какие дополнительные методы исследования следует выполнить?

Какую тактику лечения следует избрать?

В чем заключается курс консервативных мероприятий при данной патологии?

Каковы возможные осложнения данного заболевания?

Что является показанием к операции и какие виды оперативного лечения применяются при данной патологии?

Ответы

Эпифренальный пульсионный дивертикул пищевода.

По механизму возникновения выделяют пульсионные и тракционные дивертикулы, релаксационные и спаечные, по локализации – глоточно-пищеводные (дивертикулы Ценкера), дивертикулы средней трети (бифуркационные) и наддиафрагмальные.

В данном случае ведущим механизмом возникновения дивертикула, по-видимому, является затруднение прохождения пищи в нижележащих отделах пищевода.

Обязательный метод обследования – рентгеноскопия пищевода. Для углубленной диагностики причин возникновения дивертикула – гастроскопия, рентгенография легких, спиральная компьютерная томография средостения.

Лечебная тактика зависит от причины дивертикула и тяжести его проявлений. В наиболее тяжелых случаях, при развитии осложнений или большом (более 10 см) размере дивертикула – резекция пищевода, дивертикулэктомия, инвагинация дивертикула (доступ – чаще левосторонняя заднебоковая торакотомия).

Курс консервативного лечения включает диету (исключение горячей или очень холодной, грубой, острой и кислой пищи), прием растительного или облепихового масла, атропин, антациды, сон в определенном положении тела (для дренирования содержимого дивертикула).

Воспаление (дивертикулит), изъязвление, кровотечение, перфорация с развитием медиастинита, сегментарный эзофагит.

Ситуационная задача №35

Больной 26 лет. В течение 2,5 недель находится на стационарном лечении по поводу язвы 12-перстной кишки размером до 1,8 см. В процессе лечения боли прошли полностью, однако в последние дни стала беспокоить тяжесть в эпигастральной области к концу дня. При контрольном эндоскопическом и рентгенологическом исследовании

установлено, что язва зарубцевалась, однако бариевая взвесь задерживается в желудке на 14 часов.

Сформулируйте развернутый диагноз?

Показано ли больному оперативное лечение?

Если показано, то какую операцию Вы бы выбрали, если нет, то какое лечение Вы назначите?

Ответ:

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка.

Да.

Резекция 2/3 желудка

Ситуационная задача № 36.

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спигарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,80С, лейкоцитоз – 11,5x10⁹/л. На обзорной рентгеноскопии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы полоска воздуха.

Ваш диагноз, дифференциальная диагностика?

Хирургическая тактика.

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

Дальнейшие действия хирурга?

Классификация закрытых повреждений живота.

Ответы

Закрытая тупая травма живота. Разрыв полого органа. Разлитой перитонит. Дифференциальная диагностика с прободной язвой желудка, острым деструктивным аппендицитом, дивертикулезом толстой кишки.

Лапаротомия, ревизия.

Резекция кишки с выведением стомы, затем, после купирования перитонита анастомоз. Санация брюшной полости и дренирование ее назоинтестинальная интубация для разгрузки анастомоза.

Повреждение передней брюшной стенки (гематома, ушиб, разрывы мышц), с повреждением полых или паренхиматозных органов, органов забрюшинного пространства.

Ситуационная задача № 37.

Больной М., 50 лет, поступил в отделение хирургической гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастральной области с иррадиацией в правое подреберье, тошноту, периодическую рвоту. Боли практически постоянные, усиливаются через 30-40 мин после приема пищи. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последних 6 месяцев. Лечился амбулаторно по поводу язвенной болезни желудка, практически без эффекта. При осмотре: Удовлетворительное питание. Пульс 76 в мин. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, определяется локальная болезненность ниже мечевидного отростка грудины. Симптомов раздражения брюшины нет. Общий анализ крови: эритроц. $4,1 \times 10^{12}$, Hb 120 г/л, лейкоц. $7,3 \times 10^9$, СОЭ 15 мм/ч. Общий анализ мочи и биохимические анализы крови в пределах нормы. При фиброгастродуоденоскопии обнаружена каллезная язва средней трети желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне, диаметром около 2 см, дно язвы выполнено белым налетом. При рентгеноскопии желудка определяется «ниша» по малой кривизне тела желудка глубиной до 3 см с воспалительным кратером вокруг дефекта и конвергенцией складок слизистой. Исследование желудочной секреции аспирационно-титрационным методом: базальный уровень секреции соляной кислоты 5 ммоль/л, стимулированный – 10 ммоль/л. рН-метрия: нормацидное состояние, непрерывное кислотообразование, щелочное время 20 мин.

Сформулируйте диагноз.

Укажите тип язвенной болезни по Джонсону, какие особенности патогенеза характерны для данного типа язвенной болезни желудка?

Какое осложнение язвенной болезни желудка можно заподозрить?

Дайте трактовку результатов исследования желудочной секреции.

Какой параметр желудочной секреции характеризует критерий «щелочное время»?

Нуждается ли больной в проведении дополнительных методов исследования?

С чем связана резистентность к консервативной терапии?

Показания к плановому оперативному лечению язвенной болезни желудка, показано ли оперативное лечение этому больному?

Определите рациональный объем оперативного пособия.

Ответы

ЯБЖ, стадия обострения.

I тип. (по Джонсону медиагастральная язва, с пониженной кислотностью желудка III – препилдорическая или пилорическая с нормальной или повышенной секрецией, II – язва желудка + ЯБДПК).

Преобладание снижения защитных свойств над повышением факторов агрессии (норм- или гипоацидное состояние).

Пенетрация, малигнизация.

Гипореактивный тип, нормоацидный.

Косвенно можно судить о количестве вырабатываемой HCl.

Да. Биопсия.

Каллезная язва. Пенетрация.

Неэффективность консервативного лечения в течение 6 месяцев.

Тяжелая форма ЯБ (через 1г); среднетяжелая форма ч/з 3г; гигантские, каллезные язвы, подозрительные на малигнизацию; пенетрирующие.

Резекция 2/3 желудка по Бильрот I.

Ситуационная задача № 38.

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

Объективно: Пониженного питания. Пульс 66 в мин. Язык влажный, покрыт белым налетом. Живот не вздут, мягкий, в эпигастрии определяется умеренная болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Общий анализ крови: эритроц. $4,9 \times 10^{12}$, Hb 140 г/л, лейкоц. $6,3 \times 10^9$, СОЭ 15 мм/ч. Общий анализ мочи и биохимические анализы крови в пределах нормы. При фиброгастродуоденоскопии обнаружена хроническая язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, диаметром около 1 см, глубиной до 0,5 см, дно язвы выполнено белым налетом. Отмечается гиперемия слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки и антрального отдела желудка. В антральном отделе желудка следы желчи. При исследовании желудочной секреции выявлены: высокая секреция и кислотность в базальной и цефалической фазах и нормальная кислотность в желудочной фазе. Тест медикаментозной ваготомии положителен. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием тяжести течения язвенной болезни.

Особенности патогенеза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Какие вопросы следует дополнительно выяснить при сборе анамнеза? Дайте трактовку результатов исследования желудочной секреции. Методика проведения теста медикаментозной ваготомии, с какой целью этот тест проводится и насколько он информативен? Нуждается ли больной в проведении доп. методов исследования? С чем может быть связана резистентность к консервативной терапии? Показания к плановому оперативному лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, показано ли оперативное лечение этому больному?

Определите рациональный объем оперативного пособия.

Ответы

ЯБДПК средней степени тяжести. Бульбит. Гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс.

Гиперацидность (увеличение массы главных и обкладочных клеток, повышение чувствительности их к стимуляторам, ваготония, снижение эффективности «антрального кислотного тормоза», недостаточность «секретинного механизма»), нарушение моторики ЖКТ (быстрое опорожнение желудка, дуоденостаз) + НР.

Сопутствующие, проф, курение, аллергия.

0,1% атропин – 1мл п/к. Проводится перед ваготомией с целью определения эффективности данной операции.

Рентген с барием (дуоденостаз), реакция Греггерсена.

С чем угодно.

Тяжелая форма ЯБ (через 1г); среднетяжелая форма ч/з 4-5л; пенетрирующие.

СПВ

Ситуационная задача № 39.

Больной С., 51 года, поступил в хирургическое отделение с жалобами на головокружение и резкую слабость. Из анамнеза: В течение последних 5 дней беспокоили умеренные ноющие боли в эпигастральной области. Рано утром, около 8 часов назад, появилась сильная слабость, однократная рвота темной кровью со сгустками, боли в животе стихли, позже был обильный черный жидкий зловонный стул. На несколько минут потерял сознание, упал, доставлен бригадой скорой помощи. Язвенный анамнез отсутствует. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Удовлетворительное питание. Кожные покровы бледные, влажные. На лбу – свежая ссадина (ударился при падении). Пульс 100 ударов в мин, удовлетворительного наполнения. АД 100/70 мм рт ст. Язык чистый, сухой. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Per rectum: Ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала. Общий анализ крови: эритроц. $2,8 \times 10^{12}$, Hb 92 г/л, Ht 0,31.

Фиброгастродуоденоскопия: на стенках желудка следы темной крови, в антральном отделе обнаружена каллезная язва диаметром около 1,5 см, в дне которой определяется «пенек» сосуда диаметром около 2 мм. Данных за продолжающееся кровотечение нет. Группа крови АВ(IV)Rh+(положительная), в наличии только 1 доза эритроцитной массы этой группы.

Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.

Чем можно объяснить купирование болевого синдрома на фоне кровотечения?

Дайте оценку эндоскопической картины с использованием классиф. Forrest.

Насколько велика вероятность рецидива кровотечения?

Нуждается ли б-ой в экстренном провед. доп. методов исследования? Каких?

Тактика ведения больного?

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

Определите рациональный объем оперативного пособия.

Показана ли больному гемотрансфузия, если показана, то в каком объеме?

Можно ли этому больному по жизненным показаниям иногруппную кровь, если нет одногруппной

Ответы

ЯБЖ, желудочное кровотечение, кровопотеря II степени

Кровь нейтрализует соляную кислоту (с-м Бергмана)

Форест IIБ (состоявшееся кровотечение, крупный сосуд в язве, умеренное количество кофейной гущи в желудке 40-50%.

Обзорная рентгенография брюшной полости (м.б. перфорация).

Восполнение ОЦК, гемостатическая терапия, антациды, зонд в желудок, очистительная клизма, поддерживающая терапия, подготовка к операции.

Срочном (отсроченном) ч/з 12-24ч.

Резекция 2/3 желудка.

Да 5мл эр-массы/кг.

Можно до 500мл I (0) Rh-.

Ситуационная задача № 40

Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупноузлового цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субъиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Per rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритроц. $2,7 \times 10^{12}$, Hb 88 г/л, Ht 0,29.

Фиброгастродуоденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билирубин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, непрямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).

Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.

Назовите наиболее частые причины крупноузлового цирроза печени.

К какой клинической группе по Child следует отнести эту больную?

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

Тактика ведения больной?

Методика постановки зонда Сенгстакена-Блэкмора.

Насколько целесообразно включение в комплексную консервативную терапию вазопрессина?

Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?

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

Определите рациональный объем оперативного пособия.

Ответы

Цирроз печени. Синдром портальной гипертензии. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Кровопотеря II степени. (I) Вирусный, алкогольный, токсический (соли металлов, яды грибов, афлотоксин, промышленные яды)

Нет

Зонд Блекмора, питуитрин 20ЕД в 200мл 5% глюкозы.

Вызывает сужение артериол, приносящих кровь к непарным органам брюшной полости, отсюда уменьшается отток.
Да. Склеротерапия, лигирование, диатермия.
Если не остановится, то в экстренном.
Операция Таннера (отсекают пищевод, затем пришивают назад), перевязка вен, транссекция аппаратом ПКС.

Примерный перечень вопросов к итоговому экзамену по дисциплине «Госпитальная хирургия» IX семестр

Зоб и тиреотоксикоз. Осложнения во время и после операции. Клиника осложнений, их лечение и профилактика.
Тиреоидиты и струмиты. Определение. Понятия. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное и хирургическое лечение. Тиреоидит Хашимото и Риделя.
Рак щитовидной железы. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Типы операций. Комбинированное лечение.
Острый мастит. Классификация. Клиника различных форм. Диагностика. Консервативное лечение. Показания к операции, методы операции. Профилактика мастита у беременных и родильниц.
Дисгормональные заболевания молочной железы. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение консервативное и хирургическое.
Доброкачественные опухоли молочной железы. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
Рак молочной железы. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций.
Пневмоторакс. Классификация. Причины. Клиника. Диагностика. Первая помощь. Лечение. Спонтанный пневмоторакс. Причины. Лечение.
Острый абсцесс легкого. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативные методы лечения. Показания к операции в остром периоде. Виды операций. Осложнения.
Гангрена легкого. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Стафилококковая деструкция легких. Понятие. Клиника. Диагностика. Лечение.
Острая эмпиема плевры. Определение понятия. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Показания к дренированию плевральной полости. Виды дренирования.
Хроническая эмпиема плевры. Понятие. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Клиника. Диагностика. Лечение. Открытые и закрытые методы лечения.
Рак легкого. Классификация. Клиническая и рентгенологическая картина. Пути метастазирования. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
Легочное кровотечение. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
Аневризмы брюшной аорты. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Расслаивающаяся аневризма и ее клиника. Лечение.

Артериальные тромбозы и эмболии. Понятие, отличие. Этиология. Клиника. Степени ишемии конечностей. Диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения.

Облитерирующий атеросклероз периферических артерий. Клиническая картина по стадиям. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Консервативное лечение. Показание к оперативному лечению. Виды операций. Показания к ампутациям. Синдром Лериша.

Облитерирующий эндартериит периферических артерий. Клиническая картина по стадиям. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению. Виды операций. Показания к ампутациям. Болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит).

Болезнь Рейно. Клиника. Диагностика. Лечение.

Варикозное расширение вен нижних конечностей. Течение заболевания. Осложнения, их клиника и лечение. Правила эластического бинтования нижних конечностей. Причины рецидива варикозной болезни.

Флеботромбозы и тромбофлебиты глубоких вен нижних конечностей. Клиника в зависимости от локализации и протяженности тромбоза. Диагностика. Консервативное и оперативное лечение. Виды операций.

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное и оперативное лечение. Профилактика.

Синдром Педжета – Шреттера. Определение понятия. Причины острого тромбоза подключичной вены. Клиника. Диагностика. Лечение.

Грыжи живота. Определение. Элементы грыжи живота. Классификация грыж живота по происхождению и локализации. Общая симптоматика грыж. Редкие формы грыж живота.

Показания и противопоказания к грыже сечению. Основные этапы операции грыже сечения. Принципы надежной пластики грыжевых ворот.

Косая паховая грыжа. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций. Врожденная паховая грыжа.

Прямая и косая паховые грыжи (анатомические и клинические различия). Причины рецидива грыж. Методы операций.

Паховые грыжи. Грыже сечение по Кукуджанову. Отношение связки Купера к пупартовой. Грыже сечение по Мартынову.

Бедренные грыжи. Анатомия бедренного канала. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций.

Пупочные грыжи. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций. Особенности лечения пупочных грыж в детском возрасте.

Диастаз прямых мышц живота. Определение понятия. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Грыжи белой линии живота: клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, методы операций.

Послеоперационные грыжи живота (вентральные). Причины, клиника, диагностика. Осложнения. Методы операций. Ущемление в грыжевом мешке.

Ущемленная грыжа. Определение понятия. Виды ущемления. Патологоанатомические и патофизиологические изменения в различных участках (отделах) ущемленного органа. Клиника ущемления. Дифференциальный диагноз.

Особенности оперативной техники при ущемленной грыже живота. Критерии для определения жизнеспособности ущемленной петли кишки. Лечебная тактика при: сомнительном диагнозе ущемленной грыжи живота; при самопроизвольном вправлении ущемлённой грыжи; при ложном ущемлении.

Мнимое вправление ущемленной грыжи живота. Показания и принципы резекции кишечника. Тактика при сомнительной жизнеспособности практически всей ущемленной тонкой кишки. Хирургическая тактика при флегмоне грыжевого мешка.

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Осложнения. Принципы консервативного лечения. Показания к оперативному лечению. Методы операций.

Диафрагмальные грыжи. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к оперативному лечению. Методы операций. Грыжи Ларрея и Бохдалека.

Медиастинит. Классификация. Клиника переднего и заднего медиастинита. Диагностика. Виды операций. Доступы.

Дивертикулы пищевода. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

Химические ожоги пищевода. Патогенез и патофизиология заболевания. Первая помощь при ожогах. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативное лечение в остром и мета ожоговом периоде. Место лечения в остром периоде. Раннее и позднее бужирование.

Рубцовые сужения пищевода после химического ожога. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Локализация и формы сужения. Методы бужирования. Показания к хирургическому вмешательству. Оперативное лечение: подготовка, доступы, анестезия, виды операций. Органы для эзофагопластики. Пути проведения трансплантата по отношению к грудной клетке и плевральной полости.

Кардиоспазм (ахалазиякардии). Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Кардиодилатация. Показания к операции и виды вмешательств.

Недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит. Клиника. Диагностика. Осложнения. Дифференциальный диагноз. Показания к оперативному лечению. Виды операций.

Доброкачественные опухоли и кисты пищевода. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Рак пищевода. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Подготовка, доступы, анестезия, виды операций. Органы для эзофагопластики. Пути проведения трансплантата по отношению к грудной клетке и плевральной полости.

Язвенная болезнь желудка. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Классификация Джонсона. Осложнения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методы операций.

Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Виды операций (виды резекций и ваготомий).

Каллезная и пенетрирующая язвы. Клиника. Диагностика. Лечение.

Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Метод Тейлора. Виды операций.

Кровоточащая язва желудка и 12 перстной кишки. Клиника. Диагностика. Классификация по степени тяжести кровопотери. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Хирургическая тактика.

Кровоточащая язва желудка и 12 перстной кишки. Классификация Форреста (Forrest). Консервативное и оперативное лечение. Методы операций. Эндоскопические методы остановки кровотечения.

Стеноз привратника язвенной этиологии. Клиника. Стадии стеноза. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Предоперационная подготовка больных с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом. Показания (абсолютные и относительные) к операциям. Виды операций.

Симптоматические острые язвы: стрессовые, гормональные, лекарственные. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Хирургическая тактика. Показания и особенности хирургического лечения. Синдром Золлингера-Эллисона. Синдром Меллори-Вейса. Определение. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное лечение. Показания к операции.

Рак желудка. TNM классификация. Пути метастазирования, признаки иноперабельности. Стадии заболевания. Виды расширенной лимфаденэктомии. Химиотерапия и лучевая терапия при раке желудка.

Рак желудка. Осложнения: кровотечения, прободение, стеноз. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.

Рак кардиального отдела желудка. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания и противопоказания к радикальным и паллиативным операциям Основные этапы проксимальной резекции желудка и гастрэктомии.

Рак тела желудка. Клиника. Диагностика, дифференциальный диагноз. Принципы хирургического лечения. Комбинированные операции.

Рак пилорического отдела желудка. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Подготовка к операции. Показания и противопоказания к радикальным и паллиативным операциям. Отличие дистальной резекции желудка при раке и язвенной болезни.

Кишечная непроходимость. Классификация. Патогенетические и патофизиологические изменения в кишечнике и организме при разных видах непроходимости кишечника. Коррекция гомеостаза в послеоперационном периоде.

Динамическая кишечная непроходимость. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.

Механическая кишечная непроходимость. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Предоперационная подготовка.

Обтурационная кишечная непроходимость. Определение. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Борьба с интоксикацией, парезом кишечника.

Странгуляционная кишечная непроходимость. Понятие. Классификация. Клиника различных видов странгуляционной непроходимости. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Показания к резекции кишечника.

Спаечная непроходимость кишечника. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное и хирургическое лечение.

Инвагинация кишечника. Определение. Виды инвагинации. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Техника и показания к дезинвагинации и резекции кишки.

Свищи тонкой кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания к операции и ее сроки. Виды операций. Доступы.

Острый аппендицит. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Хирургическая тактика. Методы операций. Доступы.

Острый аппендицит. Особенности клиники в зависимости от варианта положения червеобразного отростка. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания и противопоказания к аппендэктомии. Доступы. Анестезия.

Острый аппендицит у беременных, детей и стариков. Перитонит как осложнение острого аппендицита. Особенности оперативного вмешательства в зависимости от распространенности перитонита. Подготовка к операции и ведение послеоперационного периода. Осложнения острого аппендицита. Классификация. Аппендикулярный инфильтрат. Причины возникновения. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Исходы. Консервативное лечение.

Аппендикулярный абсцесс. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы оперативных вмешательств в зависимости от локализации абсцесса.

Карциноид червеобразного отростка. Карциноидный синдром. Пилефлебит. Определение. Клиника. Диагностика. Лечение.

Болезнь Крона. Определение понятия. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения, их диагностика и лечение.

Дивертикулы ободочной кишки. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.

Полипы и полипоз ободочной кишки. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения.

Рак ободочной кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Виды операций при неосложненном и осложненном раке ободочной кишки.

Рак правой и левой половины ободочной кишки. Особенности клиники. Диагностика. Особенности хирургического лечения при

непроходимости одной из половин толстой кишки. Паллиативные и радикальные операции. Виды расширенной лимфаденэктомии. Геморрой. Определение понятия. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания к хирургическому лечению. Методы консервативного лечения. Геморрой. Осложнения. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды консервативного и оперативного лечения. Расширение геморроидальных вен как симптом ряда заболеваний. Дифференциальный диагноз. Методы лечения. Острый парапроктит. Классификация. Пути инфицирования. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Доступы. Анестезия. Трещина заднего прохода: классификация, клиника, диагностика, лечение. Рак прямой кишки. Классификации. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Лучевая и химиотерапия. Рак прямой кишки. Клиника в зависимости от анатомической формы и локализации рака. Радикальные и паллиативные операции. Виды расширенной лимфаденэктомии. Дивертикулы двенадцатиперстной и тонкой кишки. Классификация. Дивертикул Меккеля. Значение в практике. Осложнения и их клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Желчнокаменная болезнь (камне носительство). Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к хирургическому лечению. Методы лечения. Осложнения. Острый холецистит. Хирургическая тактика. Показания к хирургическому вмешательству. Виды операций по срочности выполнения. Доступы. Анестезия. Желчнокаменная болезнь, осложненная механической желтухой. Очередность диагностической программы. Диаметр холедоха по данным УЗИ, рентгенологического и визуального исследования. Виды холедохотомий, холедохостомий, билиодигестивных анастомозов. Эндоскопические методы лечения, их плюсы и минусы. Мини-лапаротомный доступ. Желчнокаменная болезнь. Клиника в зависимости от локализации камня. Осложнения: водянка, эмпиема, сморщенный желчный пузырь. Синдром Мириizzi. Холангит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС). Определение понятия. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Эхинококкоз и альвеококкоз печени. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Рак желчного пузыря и желчевыводящих протоков. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы хирургического лечения. Виды операций. Острый панкреатит. Классификации. Показания к хирургическому лечению. Виды операций. Осложнения острого панкреатита. Хирургическая тактика. Виды операций.

Рак поджелудочной железы. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды радикальных и паллиативных операций.

Травмы поджелудочной железы. Острые травматические панкреатиты. Острые послеоперационные панкреатиты. Клиника. Диагностика. Особенности хирургического лечения.

Псевдокисты и свищи поджелудочной железы. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций.

Перитониты. Классификация. Клиническая картина при различных стадиях. Принципы комплексного лечения.

Острый гнойный перитонит. Клиника. Диагностика, Дифференциальный диагноз. Особенности оперативного вмешательства. Показания к дренированию брюшной полости, программируемым санациям (реоперациям).

Перитониты. Борьба с нарушениями гемодинамики и микроциркуляции, гидроионными нарушениями, парезом кишечника, интоксикацией. Принципы инфузионной терапии и парентерального питания.

Гинекологические перитониты. Клиника, диагностика, лечение.

Туберкулезный перитонит. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.

Проникающие и непроникающие повреждения грудной клетки. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.

Проникающие и непроникающие повреждения живота. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.

Диабетическая ангиопатия нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение. Диабетическая стопа.

Хирургический сепсис. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

7.4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений и навыков, и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Примерный перечень оценочных средств, их краткая характеристика и шкала оценивания

Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Шкала оценивания
<u>Текущий контроль успеваемости</u>			
Реферат	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение содержания и результатов индивидуальной учебно-исследовательской деятельности. Автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее. Реферат должен быть структурирован (по главам, разделам, параграфам) и включать разделы: введение, основную часть, заключение, список использованной литературы. В зависимости от тематики реферата к нему могут быть оформлены приложения, содержащие документы, иллюстрации, таблицы, схемы и т.д.	Темы рефератов	Двухбалльная/четырёхбалльная шкала
Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося. В тестовых заданиях используются четыре типа вопросов: закрытая форма - наиболее распространенная форма и предлагает несколько альтернативных ответов на поставленный вопрос. Например, обучающемуся задается вопрос, требующий альтернативного ответа «да» или «нет», «является» или «не является», «относится» или «не относится» и т.п. Тестовое задание, содержащее вопрос в закрытой форме,	Фонд тестовых заданий	

	<p>включает в себя один или несколько правильных ответов и иногда называется выборочным заданием. Закрытая форма вопросов используется также в тестах-задачах с выборочными ответами. В тестовом задании в этом случае сформулированы условие задачи и все необходимые исходные данные, а в ответах представлены несколько вариантов результата решения в числовом или буквенном виде. Обучающийся должен решить задачу и показать, какой из представленных ответов он получил;</p> <p>открытая форма - вопрос в открытой форме представляет собой утверждение, которое необходимо дополнить. Данная форма может быть представлена в тестовом задании, например, в виде словесного текста, формулы (уравнения), графика, в которых пропущены существенные составляющие - части слова или буквы, условные обозначения, линии или изображения элементов схемы и графика. Обучающийся должен по памяти вставить соответствующие элементы в указанные места («пропуски»);</p> <p>установление соответствия - в данном случае обучающемуся предлагают два списка, между элементами которых следует установить соответствие;</p> <p>установление последовательности - предполагает необходимость установить правильную последовательность предлагаемого списка слов или фраз.</p>		
Промежуточная аттестация			
Экзамен	Служит для проверки результатов обучения в целом и в полной мере позволяет оценить совокупность приобретенных обучающимся универсальных и	Вопросы к государственному экзамену	Четырехбалльная шкала

	<p>профессиональных компетенций. Государственный экзамен по своему содержанию может быть реализован в виде: полидисциплинарного экзамена по направлению (специальности), в котором каждое из заданных экзаменуемому заданий (вопросов) опирается лишь на одну дисциплину, но среди самих заданий (вопросов) могут быть относящиеся к различным дисциплинам; междисциплинарного экзамена по направлению (специальности), в котором ответ на задание (вопрос) требует знание из различных дисциплин; итогового экзамена по отдельной дисциплине. Полидисциплинарный или междисциплинарный экзамен по направлению подготовки (специальности) должен наряду с оценкой уровня освоения содержания отдельных профильных дисциплин оценить также знания и навыки, вытекающие из общих требований к уровню подготовки выпускника, предусмотренных соответствующим образовательным стандартом по направлению подготовки (специальности). Итоговый экзамен по отдельной дисциплине должен определять уровень освоения обучающимся материала, предусмотренного учебной программой, и охватывать минимальное содержание данной дисциплины, установленное образовательным стандартом.</p>		
--	--	--	--

Требования к написанию реферата.

Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение содержания и результатов индивидуальной учебно-исследовательской деятельности. Автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.

Реферат должен быть структурирован (по главам, разделам, параграфам) и включать разделы: введение, основную часть, заключение, список использованной литературы. Объем реферата 15-20 стр. печатного текста. В зависимости от тематики реферата к нему могут быть оформлены приложения, содержащие документы, иллюстрации, таблицы, схемы и т.д.

Его задачами являются:

Формирование умений самостоятельной работы с источниками литературы, их систематизация.

Развитие навыков логического мышления.

Углубление теоретических знаний по проблеме исследования.

При оценке реферата используются следующие критерии:

Новизна текста;

Обоснованность выбора источника;

Степень раскрытия сущности вопроса;

Соблюдение требований к оформлению.

Критерии оценивания реферата:

«отлично»	Выполнены все требования к написанию и защите реферата, обозначена проблема и обоснована ее актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объем, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
«хорошо»	Основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
«удовлетворительно»	Имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании

	реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.
«неудовлетворительно»	Тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Требования к выполнению тестового задания.

Тестирование является одним из основных средств формального контроля качества обучения, это система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.

В тестовых заданиях используются четыре типа вопросов:

закрытая форма - наиболее распространенная форма и предлагает несколько альтернативных ответов на поставленный вопрос. Например, обучающемуся задается вопрос, требующий альтернативного ответа «да» или «нет», «является» или «не является», «относится» или «не относится» и т.п. Тестовое задание, содержащее вопрос в закрытой форме, включает в себя один или несколько правильных ответов и иногда называется выборочным заданием. Закрытая форма вопросов используется также в тестах-задачах с выборочными ответами. В тестовом задании в этом случае сформулированы условие задачи и все необходимые исходные данные, а в ответах представлены несколько вариантов результата решения в числовом или буквенном виде.

Обучающийся должен решить задачу и показать, какой из представленных ответов он получил;

открытая форма - вопрос в открытой форме представляет собой утверждение, которое необходимо дополнить. Данная форма может быть представлена в тестовом задании, например, в виде словесного текста, формулы (уравнения), графика, в которых пропущены существенные составляющие - части слова или буквы, условные обозначения, линии или изображения элементов схемы и графика. Обучающийся должен по памяти вставить соответствующие элементы в указанные места («пропуски»);

установление соответствия - в данном случае обучающемуся предлагают два списка, между элементами которых следует установить соответствие;

установление последовательности - предполагает необходимость установить правильную последовательность предлагаемого списка слов или фраз.

Критерии оценки знаний при проведении тестирования

«отлично»	Выставляется при условии правильного ответа 85-100% тестовых заданий
«хорошо»	Выставляется при условии правильного ответа 70-84% тестовых заданий

«удовлетворительно»	Выставляется при условии правильного ответа 50-69% тестовых заданий
«неудовлетворительно»	Выставляется при условии правильного ответа менее 50% и меньше правильных ответов тестовых заданий

Критерии оценки знаний при проведении экзамена

Экзамен по дисциплине (модулю) служит для оценки работы обучающегося в течение семестра (семестров) и призван выявить уровень, прочность и систематичность полученных им теоретических и практических знаний, приобретения навыков самостоятельной работы, развития творческого мышления, умение синтезировать полученные знания и применять их в решении профессиональных задач.

Экзамен проводится в форме устного опроса по билетам или без билетов, с предварительной подготовкой или без подготовки по усмотрению преподавателя. Экзаменатор вправе задавать вопросы сверх билета, в так же помимо теоретических вопросов, давать ситуационные задачи по программе данного курса.

Экзаменационные билеты (вопросы) утверждаются на заседании кафедры и подписываются заведующим кафедрой. Комплект экзаменационных билетов должен содержать не менее 25-и билетов. Экзаменатор может проставить экзамен без опроса или собеседования студентам, которые активно участвовали в практических занятиях.

Отметка «отлично» - студент глубоко и прочно усвоил весь программный материал, исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно его излагает, тесно увязывает теорию с практикой. Студент не затрудняется с ответом при видоизменении задания, свободно справляется с ситуационными задачами и другими видами заданий, правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических навыков, обнаруживает умение самостоятельно обобщать и излагать материал, не допуская ошибок.

Отметка «хорошо» - студент твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допускает существенных неточностей в ответе на вопрос, может правильно применять теоретические знания, владеет необходимыми навивками выполнения практических манипуляций.

Отметка «удовлетворительно» - студент усвоил только основной материал, знает положения отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, последовательность в изложении программного материала, и испытывает затруднения в выполнении практических заданий.

Отметка «неудовлетворительно» - студент не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, с большим затруднением выполняет практические работы.

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины Литература

8.1 Основная литература

**Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 992 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439845.html>

**Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434970.html>

8.2 Дополнительная литература

Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440421.html>

Нурмаков, Д.А. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Д. А. Нурмаков - М.: Литтерра, 2017. - 640 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423502409.html>

Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 1 [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. -720 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439982.html>

Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 2 [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 688 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439999.html>

Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 1 [Электронный ресурс]: учебник / Н.В. Мерзликин и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 400 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434567.html>

Нутритивная поддержка больных в хирургической практике [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов, врачей-интернов и клинических ординаторов / [сост.: Гурмиков Б.Н., Болоков М.С.]. - Майкоп: Коблева М.Х., 2017. - 96 с. - Режим доступа: <http://lib.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=2100018870>

Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 2 [Электронный ресурс]: учебник / Н.В. Мерзликин и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 600 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434574.html>

Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433713.html>

Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1040 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429068.html>

Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 440 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424346.html>

8.3. Информационно-телекоммуникационные ресурсы сети «Интернет»

Образовательный портал ФГБОУ ВО «МГТУ» [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://mkgtu.ru/>

Официальный сайт Правительства Российской Федерации. [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.government.ru>

Информационно-правовой портал «Гарант» [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.garant.ru/>

Научная электронная библиотека www.eLIBRARY.RU - Режим доступа: <http://elibrary.ru/>

Электронный каталог библиотеки - Режим доступа: // <http://lib.mkgtu.ru:8004/catalog/fo12>;

Единое окно доступа к образовательным ресурсам: Режим доступа: <http://window.edu.ru/>

Федеральная электронная медицинская библиотека Режим доступа: <http://www.femb.ru/>

Медицинский образовательный сайт

социальная сеть для врачей: Режим доступа: <https://vrachivmeste.ru/>

Лучшие медицинские сайты: Режим доступа: <https://links-med.narod.ru/>

9. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины
Учебно-методические материалы по изучению лекционного курса по
дисциплине «Госпитальная хирургия» для студентов
Дисциплина осваивается посредством лекций, практических занятий и
самостоятельной работы. Темы лекций, их краткое содержание
показаны в разделе 5.3. лекции проводятся с использованием приемов
актуализации знаний, полученных при изучении дисциплин учебного
плана специальности и направлены на развитие познавательной
деятельности обучающихся. Для освоения содержания лекционного

материала и получения новых более глубоких знаний, обучающийся должен, проработав имеющиеся конспекты, составить краткий план, подготовить вопросы (в устной или письменной форме), необходимые для проведения практического занятия и вынесенные на самостоятельное изучение.

Практические занятия и их наименование, содержание и объем в часах

№ п/п	№ раздела дисциплины	Наименование практических и семинарских занятий	Объем в часах / трудоемкость в з.е.
	Заболевания органов пищеварительного тракта	Тупая травма живота. Лечебно-тактические вопросы.	4/0,1
	Заболевания органов пищеварительного тракта	Геморрой, анальная трещина, выпадение прямой кишки. Острый парапроктит.	4/0,1
	Заболевания органов пищеварительного тракта	Доброкачественные заболевания прямой кишки. Рак ободочной и прямой кишки.	4/0,1
	Хирургические заболевания грудной полости. Заболевания легких плевры и средостения	Острые и хронические гнойные заболевания легких. Эмпиема плевры. Хирургическое лечение гнойных заболеваний легких и плевры. Показания к операции и виды оперативных вмешательств. Повреждения груди.	4/0,1
	Заболевания желчных путей и поджелудочной железы	Хирургическая тактика при остром холецистите. Острый, рецидивирующий, первичный склерозирующий холангиты. Перихоледохеальный лимфаденит.	4/0,1
	Заболевания желчных путей и поджелудочной железы	Хронический панкреатит. Кисты, свищи поджелудочной железы	4/0,1
	Заболевания сосудов	Окклюзионные поражения артерий нижних конечностей. Артериальные тромбозы и эмболии	4/0,1
	Заболевания сосудов	Заболевания вен нижних конечностей (острые тромбозы системы нижней полой вены, хроническая венозная недостаточность нижних конечностей)	4/0,1

	Заболевания молочной железы	Мастопатия и рак молочной железы	4/0,1
	Итого по дисциплине:		36/1

Учебно-методические материалы по подготовке к практическим занятиям по дисциплине «Госпитальная хирургия» для студентов специальности «Педиатрия»

Перечень тем теоретического курса, предварительное изучение которых необходимо для выполнения практических работ

№ п/п	Разделы и темы рабочей программы самостоятельного изучения	Перечень домашних заданий и других вопросов для самостоятельного изучения	Сроки выполнения	Объем в часах / трудоемкость в з.е.
IX семестр				
	Тема: Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний органов живота	курация и клинический разбор больных; оформление историй болезни. освоение практических навыков и умений	9 сем	2
	Тема: Ущемленные грыжи	клиническая курация больных решение ситуационных задач; освоение практических навыков и умений; оформление историй болезни.	9 сем	2
	Тема: Рефлюкс-эзофагит	клиническая курация больных освоение практических навыков и умений; оформление историй болезни.	9 сем	2
	Тема: Хирургические заболевания гепатопанкреатобилиарной зоны	клиническая курация больных оформление карт микрокурации, оформление историй болезни.	9 сем	2
	Тема: Заболевания молочной железы	клиническая курация больных конспектирование доп. учебной литературы, оформление историй болезни.	9 сем	4

	Тема: Заболевания вен нижних конечностей	клиническая курация больных освоение практических навыков и умений. оформление историй болезни.	9 сем	4
	Тема: Опухоли и кисты средостения	клиническая курация больных освоение практических навыков и умений. оформление историй болезни.	9 сем	4
	ИТОГО:			20/0,5

10. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.

Информационные технологии, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, позволяют:

Организовать процесс образования путем визуализации изучаемой информации посредством использования презентаций, учебных фильмов;

Контролировать результаты обучения на основе компьютерного тестирования;

Автоматизировать расчеты аналитических показателей, предусмотренные программой научно-исследовательской работы;

Автоматизировать поиск информации посредством использования справочных систем.

10.1 Перечень необходимого программного обеспечения

Для осуществления учебного процесса используется свободно распространяемое (бесплатное не требующее лицензирования) программное обеспечение:

Операционная система «Windows», договор 0376100002715000045-0018439-01 от 19.06.2015;

Свободно распространяемое (бесплатное не требующее лицензирования) программное обеспечение:

Программа для воспроизведения аудио и видео файлов «VLC media player»

Графический пакет Gimp;
Программа для воспроизведения аудио и видео файлов «K-lite codec»;
Офисный пакет «WPS office»;
Программа для работы с архивами «7zip»;
Программа для работы с документами формата .pdf «Adobe reader»;
10.2 Перечень необходимых информационных справочных систем:
Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к электронно-библиотечным системам:
Электронно-библиотечная система «Консультант студента».
Коллекции: Медицина. Здравоохранение (ВПО), ГЭОТАР-Медиа.
Премиум комплект <http://www.studentlibrary.ru/>
Электронная библиотечная система «ZNANIUM.COM»
<http://www.znanium.com>
Электронно-библиотечная система IPR BOOKS <http://www.iprbookshop.ru>
Консультант Плюс – справочная правовая система <http://consultant.ru>
Научная электронная библиотека (НЭБ) <http://www.elibrary.ru>
Киберленинка <http://cyberleninka.ru>
Национальная электронная библиотека <http://www.нэб.рф>.
Электронно-библиотечная система «Консультант врача»
<http://www.studentlibrary.ru/>

11. Описание материально-технической базы необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

Наименования специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
Специальные помещения		
<p>Методический аттестационно-аккредитационный центр медицинского института ФГБОУ ВО «МГТУ», корпус 6, помещения 2-3 этажей, ул. Комсомольская 222.</p>	<p>Станция 1. «Базовая сердечно - легочная реанимация»: система для отработки навыков родовспоможения и оказания приемов неотложной медицинской помощи в акушерской практике; манекен взрослого человека для обучения сердечно - легочной реанимации с компьютерной регистрацией результатов. Станция 2. «Экстренная медицинская помощь»: медицинский образовательный робот - симулятор У1 уровня реалистичности; набор муляжей травм по обучению оказания медицинской помощи при различных травмах; манекен ребенка первого года жизни для сердечно - легочной реанимации; дефибриллятор ShiLLLR мод. EasiTrainer с принадлежностями. Станция 3. «Неотложная медицинская помощь»: фантом руки для венепункции и венесекции; тренажер для отработки базовых хирургических навыков с набором тканей; симулятор для промывания желудка;</p>	<p>Microsoft Office Word 2015. 0376100002715000045-0018439-01 от 19.06.2015. Adobe Reader 9. Бесплатно, бессрочный. K-Lite Codec Pack, Codec Guide. Бесплатно, бессрочный. OCWindows7, Microsoft Corp. № 00371-838-5849405-85257, 23.01.2012, бессрочный. 7-zip.org. GNU LGPL. 6. Офисный пакет WPSOffice. Свободно распространяемое ПО.</p>

<p>Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа: Лекционный зал АРКБ № адрес: ул. Жуковского, Д. 4</p> <p>Аудитория для занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации: Отделения АРКБ: Хирургии; Анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии; Сосудистой хирургии; Травматологии и ортопедии;</p>	<p>фантом для обработки парентеральных инъекций. Станция 4. «Физикальное исследование пациента»: Манекен для диагностики сердечно – сосудистых заболеваний; манекен для аускультации и пальпации грудной клетки. Станция 5. «Диспансеризация»: манекен для брюшной пальпации и аускультации; манекен для определения величины артериального давления.</p> <p>Мультимедийное оборудование. Мебель для аудиторий. Аудиторная доска.</p> <p>Переносное мультимедийное оборудование. Мебель для аудиторий. Аудиторная доска.</p>	
---	--	--

<p>специальная литература; компьютер, оргтехника, аудио-, видеотехника; лабораторное и лечебно-диагностическое оборудование больницы находится в совместном пользовании в соответствии с договором;</p> <p>Оснащенный операционный блок, перевязочная, аппарат для искусственной вентиляции легких РО-3, эндоскопический кабинет, гастроскоп, колоноскопы, кабинет УЗИ диагностики, стационарная ультразвуковая универсальная установка; микроскопы «Биолам Р-12», микроскоп МБС-9</p> <p>Аудитория для занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и</p>		
---	--	--

<p>промежуточной аттестации: для проведения кураций – хирургическое отделение АРКБ, перевязочные №1, №2, операционная. Аудитория для занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации: АРКБ, учебный корпус хирургического отделения, аудитории 2,1,4,5,6 ул. Жуковского 4;</p>	<p>Переносное мультимедийное оборудование. Мебель для аудиторий. Аудиторная доска.</p>	
<p>Помещения для самостоятельной работы</p>		
<p>Учебные аудитории для самостоятельной работы:</p> <p>1. Читальный зал научной библиотеки ФГБОУ ВО «МГТУ»: корпус 1, 3 этаж, ул. Первомайская, 191.</p>	<p>Мебель для аудиторий. Библиотечный фонд специальной литературы.</p> <p>Компьютерный класс на 30 посадочных мест, оснащенный компьютерами «msi» с выходом в Интернет.</p>	<p>Microsoft Office Word 2015. 0376100002715000045-0018439-01 от 19.06.2015. Adobe Reader 9. Бесплатно, бессрочный. K-Lite Codec Pack, Codec Guide. Бесплатно, бессрочный.</p>

<p>2. Компьютерный класс, читального зала научной библиотеки ФГБОУ ВО «МГТУ»: корпус 1, 3 этаж, ул. Первомайская,191.</p> <p>3. Методический аттестационно-аккредитационный центр медицинского института ФГБОУ ВО «МГТУ», корпус 6, 2 и 3 этажи, ул. Комсомольская, 222.</p>	<p>Фантомы, манекены, тренажеры, роботы – симуляторы, системы для отработки навыков оказания медицинской помощи и т.д.</p>	<p>ОСWindows7, Microsoft Corp. № 00371-838-5849405-85257, 23.01.2012, бессрочный. 7-zip.org. GNU LGPL. Офисный пакет WPSOffice Свободно распространяемое ПО.</p>
--	--	--

Дополнения и изменения в рабочей программе (дисциплины, модуля, практики)

На 2027 /2028 учебный год
 В рабочую Госпитальная хирургия
 программу
 для направления 31.05.02 Педиатрия вносятся
 (специальности) (код, наименование) следующие

дополнения и изменения:

1. В пункте 5 программы:
5. Структура и содержание учебной и воспитательной деятельности при реализации дисциплины
- 5.1. Структура дисциплины

№ п/п	Раздел дисциплины	Неделя семестра	Виды учебной работы, включая самостоятельную и трудоемкость (в часах)					Контроль	СР	Формы текущего контроля успеваемости (по неделям семестра) Форма промежуточной аттестации (по семестрам)
			Л	С/ПЗ	КРАТ	СРП				
IX семестр										
	Раздел 1. Введение. Деонтологические принципы в подготовке врача как клинициста и исследователя	1	1	-	-			-		Теоретический разбор

5.3.Содержание разделов дисциплины «Госпитальная хирургия»
Лекционный курс

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
IX семестр						
1.	Раздел1. Вводная лекция Деонтологические принципы в подготовке врача как клинициста и исследователя	2/0,05	Особенности изучения дисциплины. Основные направления учебной и научной деятельности кафедры. Деонтология – как наука о долге перед обществом и морали. Медицинская деонтология - совокупность этических норм при выполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей, а также принципов поведения, профессиональных приемов психологического общения.	ОПК-4.3; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.4; ОПК-8.1;	Знать: основные принципы управления и организации медицинской помощи населению; ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях; современную классификацию заболеваний; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной	Лекция-беседа

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
			Дифференциальный диагноз и тактика хирурга при острых заболеваниях живота.		форме у различных возрастных групп.	

2. Добавлен пункт 5.8

5.8. Календарный план воспитательной работы по дисциплине

Модуль 3. Учебно-исследовательская и научно-исследовательская деятельность

Дата, место проведения	Название мероприятия	Форма проведения мероприятия	Ответственный	Достижения обучающихся
Сентябрь 2027, Лекционный зал АРКБ	Лекция «Деонтологические принципы в подготовке врача как клинициста и исследователя»	групповая	Болоков М.С.	Сформированность ОПК-4.3; ОПК-5.3; ОПК-7.1; ОПК-7.4; ОПК-8.1;

В пункте 6 и 8 Литература внесены следующие изменения и дополнения

Кузин, М.И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / М.И. Кузин [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1024 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа:

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454381.html>

Хирургические болезни. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 816 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа:

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450987.html>

Хирургические болезни. В 2 т. Т. 2 [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 592 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа:

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450994.html>

Дополнения и изменения внес ___к.м.н., доцент Болоков М.С. _____

Дополнения и изменения рассмотрены и одобрены на заседании кафедры

«_8_» __сентября____2021г

Заведующий кафедрой

Болоков М.С.