

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Задорожная Людмила Ивановна
Должность: Проректор по учебной работе
Дата подписания: 04.07.2025 14:28:18
Уникальный программный ключ:
faa404d1aeb2a023b5f4a331ee5ddc540496512d

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

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

Факультет _____ Лечебный

Кафедра _____ Госпитальной хирургии и последипломного образования



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	Б1.О.26 Хирургические болезни (наименование дисциплины)
По специальности	31.05.03 Стоматология (код и наименование специальности)
Квалификация выпускника	Врач-стоматолог (наименование квалификации)
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2023

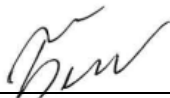
Майкоп

Рабочая программа составлена на основе ФГОС ВО и учебного плана МГТУ по направлению
31.05.03 Стоматология

Составители рабочей программы:

К.м.н., доцент

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

Болоков М.С.

(Ф.И.О.)

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

Заведующий кафедрой
«20» августа 2023 г.



(подпись)

Болоков М.С.

(Ф.И.О.)

Одобрено учебно-методической комиссией факультета
(где осуществляется обучение)

«23» августа 2023 г.

Председатель
учебно-методического
совета направления (специальности)
(где осуществляется обучение)



(подпись)

Шовгенов В.Б.

(Ф.И.О.)

Декан факультета
(где осуществляется обучение)
«23» августа 2023 г.



(подпись)

Шовгенов В.Б.

(Ф.И.О.)

СОГЛАСОВАНО:
Начальник УМУ
«24» августа 2023 г.



(подпись)

Чудесова Н.Н.

(Ф.И.О.)

Зав. выпускающей кафедрой
по направлению (специальности)



(Ф.И.О.)

Шовгенов В.Б.

1. Цели и задачи дисциплины

Цель освоения учебной дисциплины «Хирургические болезни» является: получение знаний по этиологии, патогенезу, клинической картине и диагностике хирургических заболеваний, методам лечения и профилактики.

Для реализации поставленной цели решаются следующие **задачи**:

- продолжить изучение основ клинической хирургии с анализом течения хирургических болезней и их осложнений;
- ознакомить студентов с новыми разделами дисциплины и более сложными формами патологических процессов;
- расширить и совершенствовать знания студентов по проведению дифференциальной диагностики, формулированию клинического диагноза;
- особое внимание в процессе обучения уделить вопросам ранней диагностики и показаний к хирургическому лечению острых заболеваний органов брюшной полости;
- научить студентов определять лечебную тактику, исходя из конкретных особенностей исследованных ими больных;
- ознакомить студентов и способствовать овладению ими способами предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных;
- совершенствовать навыки и умения студентов в оказании помощи при неотложных состояниях и в неотложной хирургии;
- обучить их оформлению медицинской документации.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП

Дисциплина «Хирургические болезни» входит в перечень дисциплин базовой части блока по специальности 31.05.03 «Стоматология» высшего медицинского образования, изучается в V и VI семестре. Ее роль в общей системе подготовки врача является одной из ведущих.

Обучение «Хирургическим болезням» 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 «Хирургические болезни» изучается посредством лекций, практических занятий и самостоятельной работы.

В этой связи очевидна необходимость внедрения в учебном процессе единой методической системы, определяющей цели и задачи обучения, регулирующей связи выпускающих кафедр с другими кафедрами – теоретическими, пред клиническими и клиническими с акцентом на практическую деятельность студентов.

3. Перечень планируемых результатов обучения и воспитания по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

В результате изучения учебной дисциплины у обучающегося формируются компетенции:

ПКУВ-1.3 Проведение мероприятий по снижению заболеваемости, включая инфекционные заболевания, инвалидизации, смертности, летальности

ПКУВ-2.1 Интерпретация данных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и

цифровых носителях))

В результате изучения дисциплины студент должен:

Знать:

- этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний;
- социальную роль физической культуры в развитии личности и подготовке ее к профессиональной деятельности;
- принципы здорового образа жизни;
- основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения;
- комплексную взаимосвязь между стоматологическим здоровьем, питанием, общим здоровьем, заболеваниями;
- понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, применение в медицине
- научные принципы стерилизации, дезинфекции и антисептической обработки во избежание инфицирования при работе в стоматологической практике, структуру и функции иммунной системы, ее возрастные особенности, механизмы развития и функционирования, основные методы иммунодиагностики, методы оценки иммунного статуса и показания к применению иммуномодулирующей терапии,
- основные тенденции проявления и уровень распространённости стоматологических заболеваний в стране;
- основы санитарного законодательства по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- тератогенные факторы среды, влияющие на развитие пороков ротовой полости, классификацию паразитов и источники паразитарных заболеваний, природноочаговые болезни, меры личной профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний полости рта.

Уметь:

- интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза;
- сформулировать клинический диагноз;
- провести опрос больного, его родственников (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию);
- анализировать результаты рентгенологического обследования пациентов;
- интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и функциональной диагностики, термометрии для выявления патологических процессов в органах и системах пациентов;
- обосновать необходимость клинико-иммунологического обследования больного;
- собрать полный медицинский анамнез пациента, включая данные о состоянии полости рта и зубов;
- оценивать результаты лучевой и ультразвуковой диагностики, используемые в стоматологической практике.

Владеть:

- методикой чтения различных видов рентгенограмм;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов разного возраста;
- навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного и инструментального обследования пациентов;
- определением стоматологических индексов оценки состояния стоматологического здоровья населения различных возрастно-половых групп
- клиническими методами обследования челюстно-лицевой области;

- методами диагностики и лечения кариеса, болезней пульпы и периодонта, заболеваний пародонта и слизистой рта у детей и взрослых в соответствии с нормативными документами ведения пациентов.

4. Объем дисциплины и виды учебной работы. Общая трудоемкость дисциплины

4.1 Общая трудоемкость дисциплины составляет 5 зачетных единиц (180 часов).

Вид учебной работы	Всего Часов/з.ед	Семестры		
		6		
Контактные часы (всего)	48,35/1,3	48,35/1,3		
В том числе:				
Лекции (Л)	14/0,4	14/0,4		
Практические занятия (ПЗ)	34/0,9	34/0,9		
Семинары (С)				
Лабораторные работы (ЛР)				
Контактная работа в период аттестации (КРАТ)	0,35/0,01	0,35/0,01		
Самостоятельная работа под руководством преподавателя (СРП)				
Самостоятельная работа студентов (СРС) (всего)	33/0,92	33/0,92		
В том числе:				
Курсовой проект (работа)	-	-		
Расчетно-графические работы	-	-		
Реферат	18/0,5	18/0,5		
<i>Другие виды СРС (если предусматриваются, приводится перечень видов СРС)</i>				
1. Изучение разделов и тем дисциплины, вынесенных за рамки практических занятий.	15/0,42	15/0,42		
2. Оформление карт микроурации				
3. Оформление историй болезни	15/0,42	15/0,42		
Контроль всего	26,65/0,74			
Форма промежуточной аттестации: экзамен		26,65/0,74 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	КЛЗ	КРАТ	СРП	Контроль	СР	
1.	Раздел 1. Введение	1	2	-	-			-	Теоретический разбор
2.	Раздел 2. Заболевания органов пищеварительного тракта	1- 17	6	20				11	Контроль за освоением практических навыков при курации больного, вечернем дежурстве и на зачетном занятии, экзамен
3.	Раздел 3. Заболевания желчных путей и поджелудочной железы	1- 17	4	2				11	Контроль за освоением практических навыков при курации больного, вечернем дежурстве и на зачетном занятии, экзамен
4.	Раздел 4. Заболевания легких, плевры и средостения.	1- 17	2	12				11	Контроль за освоением практических навыков при курации больного, вечернем дежурстве и на зачетном занятии, экзамен
	Промежуточная аттестация	18				0,35	26,65		Экзамен
	Итого		14	34		0,35	26,65	33	

5.3.Содержание разделов дисциплины «Хирургические болезни»
Лекционный курс

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
5 семестр						
1.	Раздел 1. <i>1.1.Вводная лекция</i>	2/0,06	Особенности изучения дисциплины. Основные направления учебной и научной деятельности кафедры. Дифференциальный диагноз и тактика хирурга при острых заболеваниях живота.	ПКУВ-1.3; ПКУВ-2.1	Знать: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 форме у различных возрастных групп. 	Лекция-беседа
2.	Раздел 2. Заболевания органов пищеварительного тракта	6/0,17		ПКУВ-1.3; ПКУВ-2.1	Знать: <ul style="list-style-type: none"> ✓ клинические проявления грыж, диагностику и лечение. ✓ клинические проявления доброкачественных заболеваний ободочной кишки, возможные их осложнения; 	
	<i>1.2 Диафрагмальные грыжи. Хирургия диафрагмы.</i>	1/0,03	Краткие анатомо-физиологические данные о диафрагме. Понятие о грыжах и релаксации диафрагмы. Классификация диафрагмальных грыж. Клинические проявления грыж, диагностика их и лечение. Грыжи пищевода от отверстия диафрагмы:	ПКУВ-1.3; ПКУВ-2.1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ факторы, способствующие возникновению заболеваний толстой кишки; ✓ вопросы диспансеризации больных, реабилитации их и оценки трудоспособности; ✓ значение лапароцентеза и торакоцентеза и технику выполнения. ✓ объем операций при травмах живота. 	Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоем- кость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируе- мые компе- тенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образователь- ные технологии
			скользящие и параэзофаге- альные.		Уметь: ✓ 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; ✓ 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; Владеть: ✓ методами общего клинического обследования пациентов.	
	2.2. Доброкачественные заболевания ободочной кишки. Хронический колостаз. Злокачественные заболевания ободочной кишки.	1/0,03	Краткая анатомо-физиологическая характеристика. Методы исследования толстого кишечника: наружный осмотр; пальцевое исследование; осмотр с помощью ректальных зеркал; ректороманоскопия; рентгенологическое исследование; колоноскопия. Доброкачественные опухоли: полипы, 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. Колиты: клинические формы, диагноз и дифференциальная диагностика.	ПКУВ-1.3; ПКУВ-2.1		Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоем- кость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируе- мые компе- тенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образователь- ные технологии
			<p>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> <p>Рак ободочной кишки. Актуальность проблемы и распространенность заболевания. Этиология. Классификация. Этиологические и патогенетические факторы. Предраковые заболевания. Патологоанатомическая характеристика. Дифференциальная диагностика. Закономерности метастазирования. Профилактика.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов. ✓ навыками построения тактики ведения хирургических больных с различными нозологическими формами. ✓ 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. 	
	3.2. Синдром острой хронической абдоминальной ишемии (ишемическая болезнь кишок)	1/0,03	<p>Диагностика и лечебная тактика у больных с синдромом острой и хронической абдоминальной ишемии. Особенности анамнеза и клинические проявления при острых и хронических нарушениях</p>	ПКУВ-1.3; ПКУВ-2.1		Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоем- кость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируе- мые компе- тенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образователь- ные технологии
			мезентериального крово- обращения. Виды опера- тивных вмешательств при острой тромбозомболии брыжеечных сосудов			
	4.2. Травма живота	1/0,03	Классификация травм жи- вота. Повреждения печени. Повреждение желче- выводящих путей. Повре- ждения селезенки. Повре- ждения поджелудочной железы. Повреждения же- лудка. Повреждения две- надцатиперстной кишки. Повреждения тонкой кишки. Повреждения обо- дочной кишки. Поврежде- ния прямой кишки. Травма крупных сосудов. лечеб- ная тактика у пострадав- ших с сочетанной закрытой травмой живота. Торакоаб- доминальные ранения.	ПКУВ-1.3; ПКУВ-2.1		Мультимедийные презентации. Разбор клиниче- ских больных
3.	Раздел 3. Заболевания желч- ных путей и подже- лудочной железы	4/0,11		ПКУВ-1.3; ПКУВ-2.1	Знать: ✓ основные клинические проявления за- болеваний печени и селезенки; ✓ клиническую анатомию портального кровообращения; ✓ классификацию форм портальной ги- пертензии;	
	1.3 Хронический пан- креатит. Кисты,	2/0,06	Анатомо-физиологические данные о поджелудочной железе. Определение	ПКУВ-1.3; ПКУВ-2.1		Мультимедийные презентации.

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоем- кость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируе- мые компе- тенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образователь- ные технологии
	<i>свищи поджелудочной железы.</i>		<p>понятия «хронический панкреатит». Этиология и патогенез. Современные методы диагностики и лечения.</p> <p>Классификация. Клиническая картина заболевания с выделением специфических синдромов. Диагноз и дифференциальный диагноз. Роль физического, лабораторных и инструментальных методов исследования в диагностике заболевания. Лечение. Принципы медикаментозной терапии. Показания к оперативному вмешательству и основные виды оперативных пособий при различных формах хронического панкреатита. Виды кист и свищей поджелудочной железы. Клиническая картина, особенности диагностики и лечения.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ основные клинические проявления у больных с синдромом портальной гипертензии; ✓ классификацию постхолецистэктомического синдрома; ✓ факторы, способствующие возникновению патологических расстройств после холецистэктомии; ✓ методы лабораторного и инструментального обследования, используемые при этих заболеваниях; <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; ✓ определить группу крови и провести пробы, связанные с гемотрансфузией. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ навыками составления плана минимального объема медицинской помощи пациентам с факторами риска 	Разбор клинических больных
	<i>2.3 Постхолецист-эк- томический синдром.</i>	2/0,05	Холецистэктомия как метод лечения желчнокаменной болезни. Постхолецистэктомический син-		<ul style="list-style-type: none"> ✓ определить тактику лечения больного. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ навыками составления плана минимального объема медицинской помощи пациентам с факторами риска 	

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоем- кость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируе- мые компе- тенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образователь- ные технологии
			дром: определение поня- тия. Причины. Клиника. Воспаление внутривече- ночных желчных путей (холангит). Острый; хрони- ческий рецидивирующий; первичный склерози- рующий холангиты. Хале- дохилипаз. Сужение БДС. Воспалительное по- ражение БДС (панеллит). Диагностика. Лечение. Ча- стота «постхолецистэкто- мического синдрома». Профилактика.		развития заболеваний желчного пу- зыря и желчевыводящих путей (холе- цистит, холангит, дискинезия желче- выводящих путей и желчного пузыря, желчнокаменная болезнь. опухоли желчного пузыря и желчевыводящих путей, постхолецистэктомиический синдром);	
4.	Раздел 4. Заболевания легких, плевры и средосте- ния	2/0,06		ПКУВ-1.3; ПКУВ-2.1	Знать: ✓ основные клинические проявления за- болеваний легкого; ✓ методы клинического, лабораторного и инструментального обследования больных с патологией легких.	
	<i>1.4. Острый абсцесс легкого. Острый гнойный плеврит</i>	2/0,06	Анатомическое строение легких. Основные функции легких. Защитные факторы легких. Методы диагностики заболеваний легкого. Рентгенологиче- ский метод и его частные виды (томография, компь- ютерная томография, бронхография, ангиопуль- мография), виртуальная и оптическая бронхоско- пия, торакоскопия, оценка		Уметь: ✓ собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулиро- вать предварительный диагноз; ✓ составить план лабораторного и ин- струментального обследования боль- ного для уточнения диагноза; ✓ измерить пульс и артериальное давле- ние больного; ✓ определить группу крови больного;	Мультимедийные презентации. Разбор клиниче- ских больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоем- кость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируе- мые компе- тенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образователь- ные технологии
			функции внешнего дыха- ния. Острые абсцессы и гангрена легкого. При- чины и пути развития ле- гочных нагноений. Типы абсцедирования. Ослож- нения острых легочных нагноений. Лечение острых инфекци- онных деструкций легких. Чрезбронхиальное и тран- сторакальное дренажное лечение абсцессов легкого. Эмпиема плевры. Клас- сификация.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ оценить результаты инструментальной диагностики: эзофагогастроскопии, компьютерной томографии; ✓ определить тактику лечения в зависи- мости от диагностированного заболе- вания. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ методикой физикального обследова- ния больного – перкуссия и аускуль- тация. ✓ методикой оценки основных рентге- нологических симптомов – гидрото- ракс, пневмоторакс, пневмогидрото- ракс, осумкованный гидроторакс, очаги деструкции лёгкого, смещение органов средостения. 	
	Итого за 5 сем.	14/0,4				

5.4. Клинические практические и семинарские занятия, их наименование, содержание и объем в часах «Хирургические болезни»

№ п/п	№ раздела дисциплины	Наименование практических и семинарских занятий	Объем в часах / трудоемкость в з.е.
5 семестр			
1.	2	Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.	4/0,11
2.	2	Желудочно-кишечные кровотечения неязвенной этиологии	4/0,11
3.	2	Тупая травма живота. Лечебно-тактические вопросы	4/0,11
4.	2	Доброкачественные заболевания прямой кишки	4/0,11
5.	2	Геморрой, анальная трещина, выпадение прямой кишки. Острый парапроктит.	2/0,03
6.	2	Рак ободочной и прямой кишки.	2/0,03
7.	3	Заболевания желчных путей и поджелудочной железы	2/0,03
8.	4	Острые и хронические гнойные заболевания легких. Эмпиема плевры.	4/0,1
9.	4	Постхолецистэктомический синдром.	4/0,1
10.	4	Повреждения грудной клетки	4/0,1
Итого			34/0,9

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.
5 семестр				
1.	Тема: Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний органов живота	* курация и клинический разбор больных; * подготовка к написанию этапного эпикриза * оформление карт микрокурации, * оформление историй болезни.	5	5/0,14
2.	Тема: Ущемленные грыжи	* клиническая курация больных * решение ситуационных задач;	5	5/0,14

		<ul style="list-style-type: none"> * освоение практических навыков и умений; * оформление историй болезни. 		
3.	Тема: Паразитарные болезни печени	<ul style="list-style-type: none"> * клиническая курация больных * конспектирование доп. учебной литературы, * оформление карт микрокурации, * оформление историй болезни. 	5	5/0,14
4.	Тема: Опухоли и кисты средостения	<ul style="list-style-type: none"> * клиническая курация больных * конспектирование доп. учебной литературы, * оформление карт микрокурации, * оформление историй болезни. 	5	5/0,14
5.	Тема: Рефлюкс-эзофагит	<ul style="list-style-type: none"> * клиническая курация больных * подготовка к написанию этапного эпикриза; * освоение практических навыков и умений; * оформление историй болезни. 	5	5/0,14
6.	Тема: Диффузный семейный полипоз толстой кишки	<ul style="list-style-type: none"> * клиническая курация больных * конспектирование доп. учебной литературы, * оформление карт микрокурации, * оформление историй болезни. 	5	8/0,22
7.	Итого			33/0,92

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
Май 2026, Лекционный зал АРКБ	Лекция «Деонтологические принципы в подготовке врача как клинициста и исследователя»	групповая	Болоков М.С.	Сформированность ПКУВ-1.3; ПКУВ-2.1

6. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Хирургические болезни»

6.1. Методические указания (собственные разработки).

1. Нутритивная поддержка больных в хирургической практике: 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>
2. 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>
3. 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>
4. 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>
5. 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>
6. 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>
7. 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>
8. 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>
9. 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. 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>
2. 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>
3. 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>

б) дополнительная

4. 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>
5. 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>
6. 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>
7. 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>
8. 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.mkgstu.ru:8002/libdata.php?id=2100018870>
9. Дыдыкин, С.С. Современные хирургические инструменты [Электронный ресурс]: справочник / С.С. Дыдыкин, Е.В. Блинова, А.Н. Щербук - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 144 с. - ЭБС «Консультант врача» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437421.html>
10. Детская хирургия. Национальное руководство [Электронный ресурс]: краткое издание / под ред. А.Ю. Разумовского; отв. ред. А.Ф. Дронов - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 784 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438039.html>
11. 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>
12. 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>
13. Оформление академической истории болезни хирургического больного [Электронный ресурс]: методическое пособие для студентов 3-го курса лечебного факультета / [сост.: М.С. Болоков, Р.М. Хадж Мохамед]. - Майкоп: ИП Коблева М.Х., 2014. - 18 с. - Режим доступа: <http://lib.mkgstu.ru:8002/libdata.php?id=00035944>
14. 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>
15. Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. А.Ф. Черноусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 496 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421161.html>
16. Черноусов, А.Ф. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423929.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 «Хирургические болезни»

7.1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе образовательной программы

Этапы формирования компетенции (номер семестра согласно учебному плану)	Наименование учебных дисциплин, формирующих компетенции в процессе освоения образовательной программы
ПКУВ-1.3	
Проведение мероприятий по снижению заболеваемости, включая инфекционные заболевания, инвалидизации, смертности, летальности	
7	Эпидемиология
6	Хирургические болезни
5	Гигиена
6	Пропедевтика детской стоматологии
9	Ортопедическое лечение заболеваний ВНЧС
10	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
ПКУВ-2.1	
Интерпретация данных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))	
5,6	Внутренние болезни
6	Хирургические болезни
8	Дерматовенерология
7	Эндодонтия
10	Челюстно-лицевое протезирование
6	Пропедевтика детской стоматологии
6	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (По хирургической стоматологии))
10	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена

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	
ПКУВ-1.3. Проведение мероприятий по снижению заболеваемости, включая инфекционные заболевания, инвалидизации, смертности, летальности					
Знать - Особенности специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний, причины, приводящие к инвалидизации, смертности, летальности	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Блиц-опрос; оформление карт микроурации; Оформление историй болезни; решение ситуационных задач, вопросы к зачету, экзамену.
Уметь - Применять методы специфической и неспецифической профилактики заболеваний в любой возрастной группе для снижения заболеваемости, инвалидизации, смертности, летальности	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	
Владеть - Навыками проведение мероприятий по снижению заболеваемости, включая инфекционные заболевания, инвалидизации, смертности, летальности	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	

ПКУВ-2.1. Интерпретация данных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))					
Знать: - Значение специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Блиц-опрос; оформление карт микрокурации; Оформление историй болезни; решение ситуационных задач, вопросы к зачету, экзамену.
Уметь: - Обосновывать необходимость и объем дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	
Владеть: ✓ Навыками интерпретации данных дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях)).	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
«Хирургические болезни»**

Семестр 5.

1. Желчекаменная болезнь. Клиника, диагностика, лечение.
2. Обтурационный холецистит. Клиника, диагностика, лечение.
3. Механическая желтуха. Этиология, патогенез. Дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение.
4. Осложнения язвенной болезни (пенетрация язвы, рубцово-язвенный стеноз). Клиника, диагностика, лечение.
5. Кисты и свищи поджелудочной железы. Клиника, диагностика, лечение.
6. Хронический панкреатит. Клиника, диагностика, лечение.
7. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Клиника, диагностика, лечение.
8. Болезнь Крона, неспецифический язвенный колит. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению.
9. Портальная гипертензия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.

Семестр 6.

1. Рак молочной железы. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
2. Первичный рак печени, метастатическое поражение. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Опухоли средостения. Клиника, диагностика, лечение.
4. Опухолевые поражения кожи. Клиника, диагностика, лечение.
5. Рак почки. Клиника, диагностика, лечение.
6. Гнойный мастит. Клиника, диагностика, лечение.
7. Местные гнойные заболевания (фурункул, карбункул, гидраденит, абсцесс, флегмона, рожа).
8. Сепсис. Клиника, диагностика, интенсивная терапия.

**7.3. Тестовые по дисциплине «Хирургические болезни» для студентов специальности
«Стоматология»**

(выбрать один или несколько правильных ответов)

1. При странгуляционной тонкокишечной непроходимости отмечаются все симптомы, кроме:
 - а) Возникновение сильных схваткообразных болей в животе
 - б) Рвота на высоте болевого приступа
 - в) Вздутие живота
 - г) Усиление кишечных шумов
 - д) **Рвота с примесью крови**
2. Основными ричинами патогеного шока являются:
 - а) Ферментативный перитонит
 - б) Снижение объёма ОЦК вследствие многократной рвоты
 - в) **Гиперферментивная токсемия**
 - г) Гнойная интоксикация
3. Морфологическими признаками геморрагического панкреонекроза являются следующие признаки:
 - а) Бляшки стеатонекроза
 - б) **Геморрагическое пропитывание в парапанкреатической клетчатке и в корне брыжжейки тонкой кишки**
 - в) **Геморрагический выпот в брюшной полости**

- г) **Околопупочные экхимозы**
4. Морфологическими признаками жирового панкреонекроза являются:
- а) **Бляшки стеатонекроза в корне брыжейки тонкой кишки и большом сальнике.**
 - б) **Стекловидный отек брыжейки тонкой кишки**
 - в) Геморрагическое пропитывание в парапанкреатической клетчатке и в корне брыжейки тонкой кишки
 - г) Геморрагический выпот в брюшной полости
 - д) Симптом Грюнвальда
5. С целью профилактики панкреатогенного шока панкреатогенного шока проводятся следующие лечебные мероприятия:
- а) **Назначают внутривенно введение антиферментных препаратов;**
 - б) **Проводят инфузионно-дезинтоксикационную терапию;**
 - в) **Проводят форсированный диурез;**
 - г) **Проводят наружное дренирование грудного лимфатического потока**
 - д) Массивная антибактериальная терапия.
6. В инструментальной диагностике острого панкреатита наиболее информативны:
- а) **Лапароскопия;**
 - б) **Ультразвуковое исследование**
 - в) Эзофагогастродуоденоскопия
 - г) Обзорная рентгенография брюшной полости;
 - д) **Компьютерная томография;**
 - е) Исследование крови на содержание панкреатических ферментов
7. В лабораторной диагностике острого панкреатита в стадии гиперферментемии наиболее информативными и специфичными являются определение:
- а) **Активности альфа-амилазы крови;**
 - б) **Активности диастазы мочи;**
 - в) **Определение прокальцитонина**
 - г) **Проведение пробы Вольгемота**
 - д) Определение С-реактивного белка
8. Триада Мондора при остром панкреатите включает:
- а) Выраженный болевой синдром, перитонеальные симптомы, кровоподтеки в кожно-жировой клетчатке передней брюшной стенки;
 - б) Метеоризм, многократная рвота, околопупочные экхимозы
 - в) Многократная рвота, отсутствие пульсации брюшной аорты при пальпации живота в эпигастрии, вздутие живота
 - г) **Многократная рвота, не приносящая больному облегчение, выраженный болевой синдром в эпигастрии, выраженный метеоризм.**
9. Лапароскопическое дренирование брюшной полости показано при наличии:
- а) Ферментативного выпота в брюшной полости в большом количестве;
 - б) **Отграниченных жидкостных скоплений в брюшной полости и забрюшинном пространстве;**
 - в) Разлитого гнойного перитонита
10. Экстренная лапаротомия при остром деструктивном панкреатите показана при:
- а) Ферментативном перитоните;
 - б) **Разлитом гнойном перитоните;**
 - в) Абсцессе сальниковой сумки;
 - г) Флегмоне забрюшинного пространства
11. Консервативная инфузионная терапия с контролем пассажа бария возможна при:
- а) **Динамической послеоперационной кишечной непроходимости**
 - б) Странгуляционной кишечной непроходимости
 - в) Инвагинации
 - г) Толстокишечной непроходимости

- д) Во всех этих случаях
12. Основные признаки жирового панкреонекроза во время диагностической лапароскопии:
- а) **Серозный выпот в брюшной полости;**
 - б) **Бляшка стеатонекроза;**
 - в) Геморрагическое пропитывание корня брыжейки тонкой кишки
 - г) Геморрагический выпот в брюшной полости
 - д) Напряженный желчный пузырь
13. При диагностической лапароскопии установлен диагноз жировой панкреонекроз. Какую лечебную тактику следует выбрать в этой ситуации:
- а) Лапаротомию, санацию брюшной полости и ее дренирование;
 - б) Лапаротомию, санацию брюшной полости, новокаиновую блокаду брыжейки тонкой кишки;
 - в) Лапаротомию, холецистэктомию и дренирование подпеченочного пространства
 - г) **Лапароскопическое дренирование брюшной полости, назначить интенсивную инфузионно-медикаментозную и антибактериальную терапию;**
 - д) Все ответы верны.
14. В классификацию острого панкреатита входят следующие формы заболевания:
- а) **Псевдотуморозный панкреатит;**
 - б) Отечный панкреатит;
 - в) **Жировой панкреанекроз;**
 - г) Инфильтративный панкреатит;
 - д) **Геморрагический панкреанекроз.**
15. Геморрагическая имбибиция при геморрагическом панкреатите возникает вследствие повышения активности фермента:
- а) Фосфолипазы;
 - б) Трипсина;
 - в) Хемотрипсина;
 - г) Амилазы;
 - д) Колагеназы;
 - е) **Эластазы.**
16. Первичными факторами агрессии при остром панкреатите являются:
- а) **Гидролитические ферменты поджелудочной железы (трипсин, химотрипсин, липаза, фосфолипаза, колагеназа, эластаза, липаза);**
 - б) Брадикинин, серотонин, гистамин;
 - в) Интерлейкины 1, 6 и 8, фактор некроза опухоли, фактор активации тромбоцитов, простагландины, тромбоксаны, лейкотриены;
 - г) Экзо- и эндотоксины микроорганизмов.
17. Вторичными факторами агрессии при остром панкреатите являются:
- а) Гидролитические ферменты поджелудочной железы (трипсин, химотрипсин, липаза, фосфолипаза, колагеназа, эластаза, липаза);
 - б) **Брадикинин, серотонин, гистамин;**
 - в) Интерлейкины 1, 6 и 8, фактор некроза опухоли, фактор активации тромбоцитов, простагландины, тромбоксаны, лейкотриены;
 - г) Экзо- и эндотоксины микроорганизмов.
18. Третичными факторами агрессии при остром панкреатите являются:
- а) Гидролитические ферменты поджелудочной железы (трипсин, химотрипсин, липаза, фосфолипаза, колагеназа, эластаза, липаза);
 - б) Брадикинин, серотонин, гистамин;
 - в) **Интерлейкины 1, 6 и 8, фактор некроза опухоли, фактор активации тромбоцитов, простагландины, тромбоксаны, лейкотриены;**
 - г) Экзо- и эндотоксины микроорганизмов.
19. Ультразвуковыми признаками отека панкреатита являются:

- а) **Нечеткость контуров поджелудочной железы;**
 - б) Жидкостное скопление в сальниковой сумке и панкреатической клетчатке;
 - в) **Увеличение размеров поджелудочной железы;**
 - г) Свободная жидкость в брюшной полости;
 - д) **Незначительная инфильтрация панкреатической клетчатки**
20. Ультразвуковыми и КТ-признаками инфицированного панкреанекроза являются:
- а) **Выраженная инфильтрация парапанкреатической клетчатки;**
 - б) **Невозможность дифференцировать ткань поджелудочной железы от окружающей клетчатки;**
 - в) **Наличие жидкостных скоплений в парапанкреатической клетчатке, брюшной полости, и забрюшинном пространстве;**
 - г) **Наличие свободной жидкости в брюшной полости**
21. 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:
- а) Опухоль поджелудочной железы;
 - б) Абсцесс сальниковой сумки;
 - в) **Постнекротическая псевдокиста поджелудочной железы;**
 - г) Истинная киста поджелудочной железы;
 - д) Псевдотуморозный панкреатит.
22. Оптимальным способом хирургического лечения неинфицированного панкреанекроза с наличием жидкостных компонентов в парапанкреатической клетчатке, забрюшинном пространстве, а также с выпотом в брюшной полости является:
- а) Широкая срединная лапаротомия, санация, дренирование брюшной полости;
 - б) Бисубкостальная люботомия с дренированием забрюшинного пространства;
 - в) Некр-, секвестрэктомия программируемая, и по требованию;
 - г) Лапаростомия;
 - д) **Малоинвазивные вмешательства: дренирование жидкостных компонентов по УЗИ-контролем, лапароскопическое дренирование брюшной полости**
23. Основными показаниями к лапаротомии с последующим выполнением некр-, секвестрэктомии при панкреанекрозе являются:
- а) Инфицированный панкреанекроз с преобладанием некротического компонента над жидкостным с нарастанием синдрома системной реакции на воспаление;
 - б) Разлитой гнойный перитонит;
 - в) Инфицированный панкреанекроз с преобладанием жидкостного компонента над некротическим;
 - г) Наличие панкреатогенного абсцесса в сальниковой сумке без перитонеальной симптоматики;
 - д) **Острый интерстициальный панкреатит;**
 - е) Ферментативный перитонит
24. Клиническая картина панкреанекроза характеризуется всем перечисленным, кроме:
- а) Опоясывающих болей в животе;
 - б) Многократной рвоты, не приносящей больному облегчение;
 - в) **Усиленной кишечной перистильтики;**
 - г) Коллапса;
 - д) Тахикардии
25. Системными осложнениями острого панкреатита в доинфекционной стадии являются:
- а) Абсцесс сальниковой сумки;
 - б) Ферментативный шок;
 - в) Ферментативный перитонит;
 - г) **Полиорганная недостаточность.**

26. Системными осложнениями острого панкреатита в инфекционной фазе являются:
- а) Забрюшинная флегмона;
 - б) Ферментативный перитонит;
 - в) Инфицированная постнекротическая псевдокиста;
 - г) **Бактериально-токсический (септический) шок;**
 - д) **Полиорганная недостаточность**
27. У больного, перенесшего полгода назад жировой панкреанекроз, появилось опухолевидное образование в эпигастрии и левом подреберье, плотное, малоболезненное, размерами 15х20см. температура тела не повысилась. При рентгеноскопии желудка отмечено, что желудок оттеснен кпереди, петля 12-ти перстной кишки развернута. Ваш диагноз
- а) Опухоль поперечной ободочной кишки;
 - б) Опухоль поджелудочной железы;
 - в) **Ложная киста поджелудочной железы;**
 - г) Парапанкреатический инфильтрат с абсцедированием;
 - д) Абсцесс сальниковой сумки.
28. Что является наиболее частой причиной для возникновения тонкокишечной непроходимости
- а) **Спаечный процесс в брюшной полости**
 - б) Опухоль тонкой кишки
 - в) Дивертикулы тонкой кишки
 - г) Фитобезоар
 - д) Инородное тело
29. Для поддиафрагмального абсцесса характерно
- а) высокое стояние купола диафрагмы и снижение дыхательной экскурсии легких
 - б) базальные ателектазы легких
 - в) выпот в плевральной полости
 - г) боли, иррадиирующие в надключичную область
 - д) **все ответы верны**
30. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками:
- а) Инсуломы поджелудочной железы.
 - б) Синдрома приводящей петли.
 - в) Пептической язвы анастомоза.
 - г) **Демпинг-синдрома.**
 - д) Синдрома малого желудка.
31. Активная хирургическая тактика в экстренном порядке показана при следующих эндоскопических критериях по J.A.H. Forrest:
- а) наличии рыхлого красного тромба
 - б) наличии фиксированного тромба
 - в) видимого «пенька» сосуда в дне язвы
 - г) **наличии струйного артериального кровотечения**
 - д) на фоне кровотечения без видимого источника
32. При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные:
- а) **Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки.**
 - б) Поздней обращаемостью.
 - в) Возможностью психозов.
 - г) Возможностью суицидальных попыток.
 - д) Всем перечисленным.

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

- д) Назначить теплую ванну.
41. Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию:
- а) **Бассини и Постемпского**
 - б) Мартынова.
 - в) Жирара-Спасокукоцкого.
 - г) Руджи-Парлавеччио
 - д) Ру
42. При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступя от видимой границы некроза на расстояние:
- а) 5-10 см
 - б) **15-20 см**
 - в) 25-30 см
 - г) 35-40 см
 - д) 45-50 см
43. При поступлении больной с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести:
- а) **Наблюдение в течение 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию. ***
 - б) Выполнение срочной операции.
 - в) Наблюдение.
 - г) Консервативное лечение.
 - д) Выпрямление грыжи.
44. При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегать:
- а) **К трансиллюминации и пальпации.**
 - б) К пункции.
 - в) К перкуссии.
 - г) К аускультации.
 - д) К пальцевому исследованию прямой кишки.
45. Шейка мешка бедренной грыжи расположена:
- а) Впереди круглой связки.
 - б) **Медиальнее бедренных сосудов. ***
 - в) Латеральнее бедренных сосудов.
 - г) Позади бедренных сосудов.
 - д) Медиальнее купферовской связки.
46. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются:
- а) **Со слизистого слоя.**
 - б) С подслизистого слоя.
 - в) С мышечного слоя.
 - г) С субсерозного слоя.
 - д) С серозного слоя.
47. При ущемлении петли кишки при грыжах наибольшие патологические изменения происходят:
- а) **В приводящей петле**
 - б) В отводящей петле
 - в) В приводящей и отводящей петле
 - г) В сегменте брыжейки ущемленной кишки
 - д) На всем протяжении кишки
48. Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует:
- а) Ограничению патологического процесса в брюшной полости

- б) **Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство**
 - в) Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки
 - г) Улучшению кровоснабжения железы
 - д) Уменьшению активности протеолитических ферментов
49. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть:
- а) Беременность.
 - б) **Хронический холецистит.**
 - в) Алкоголизм.
 - г) Травма живота.
 - д) Применение кортикостероидов.
50. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является:
- а) Травма живота.
 - б) Применение кортикостероидов.
 - в) **Алкоголизм.**
 - г) Хронический холецистит.
 - д) Цирроз печени.
51. Ведущим в лечении больных перитонитом является:
- а) **Хирургическое вмешательство**
 - б) Дезинтоксикационная терапия
 - в) Рациональная антибиотикотерапия
 - г) Борьба с парезом кишечника
 - д) Устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания
52. При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост:
- а) Стафилококка
 - б) Протея
 - в) **Кишечной палочки**
 - г) Смешанной флоры
 - д) Анаэробной флоры
53. При ущемленном камне БДС следует:
- а) Сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку
 - б) Наложить ХДА
 - в) После дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через кулю пузыря протока
 - г) **Вскрыть холедох и попытаться удалить камень. При неудаче - произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану ДПК и дренировать холедох ***
 - д) Наложить холедохо-энтероанастомоз
54. Рациональным лечением ЖКБ является:
- а) Диетическое
 - б) Медикаментозное
 - в) **Хирургическое**
 - г) Санаторно-курортное
 - д) Лечение минеральными водами
55. Во время операции по поводу желчнокаменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями, расширенный до 2,5 см общий желчный проток. Больному следует:
- а) Произвести холецистэктомию.
 - б) **Произвести холецистэктомию, холангиографию и решить вопрос о тактике ***
 - в) Сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока.
 - г) Наложить холецистостому.

- д) Произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка.
56. Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Наиболее целесообразно для нее:
- а) Диетотерапия, применение спазмолитиков.
 - б) Санаторно-курортное лечение.
 - в) **Плановое хирургическое лечение.**
 - г) Лечение сахарного диабета и стенокардии.
 - д) Хирургическое лечение только по витальным показаниям.
57. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано:
- а) С желчно-каменной болезнью.
 - б) Со стенозирующим папиллитом.
 - в) **С забросом кишечного содержимого через ранне наложение билиодигестивный анастомоз.**
 - г) С псевдотуморозным панкреатитом.
 - д) С опухолью головки поджелудочной железы.
58. Желчный камень, вызывающий обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и:
- а) Слепой кишкой.
 - б) Малой кривизной желудка.
 - в) **Двенадцатиперстной кишкой.**
 - г) Тощей кишкой.
 - д) Ободочной кишкой.
59. Желчные камни чаще всего состоят:
- а) **Из холестерина.**
 - б) Из цистина.
 - в) Из оксалатов.
 - г) Из солей желчных кислот.
 - д) Из мочевой кислоты.
60. Холестероз желчного пузыря наиболее часто сочетается:
- а) С острым холециститом.
 - б) **С желчнокаменной болезнью.**
 - в) Со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта.
 - г) С раком желчного пузыря.
 - д) С хроническими неспецифическими заболеваниями легких.
61. По воротной вене инфекция попадает в печень:
- а) **Из воспаленных очагов органов брюшной полости.**
 - б) Из большого круга кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдельных органов.
 - в) Из желчного пузыря при деструктивных формах острого холецистита
 - г) Из желчных протоков при гнойном холангите.
 - д) Из левых отделов сердца при септическом эндокардите.
62. Множество мелких абсцессов печени, как правило, развиваются:
- а) При остром деструктивном холецистите.
 - б) При заполнении аскарид во внутрипеченочные желчные протоки.
 - в) При нагноении вокруг инородного тела печени
 - г) При нагноении паразитарной кисты печени.
 - д) **При тяжелом гнойном холангите.**
63. Основным видом оперативного вмешательства при солитарных абсцессах печени является:
- а) Резекция доли или сегмента печени.
 - б) Наложение билиодигестивного соустья.
 - в) **Вскрытие и дренирование абсцесса.**

- г) Трансплантация печени.
 - д) Гемигепатэктомия.
64. Заболевание амёбным абсцессом печени, как правило совпадает:
- а) **С учащением случаев амёбной дизентерии**
 - б) С учащением случаев инфекционного гепатита.
 - в) С учащением случаев описторхоза.
 - г) С эпидемией острых респираторных вирусных заболеваний.
 - д) С сезонными обострениями язвенной болезни ДПК
65. При наличии крупных амёбных абсцессов печени комплексная консервативная терапия должна сочетаться:
- а) **С пункционной аспирацией содержимого полости амёбного гноя и введением в нее противоамёбных препаратов**
 - б) С лапаротомией, вскрытием и дренированием полости гноя
 - в) С резекцией поражённой доли печени
 - г) С гемигепатэктомией
 - д) С применением антибиотиков широкого спектра действия
66. Основным показанием для наложения порто-кавального анастомоза является:
- а) Цирроз печени
 - б) Асцит
 - в) **Кровотечение из вен пищевода**
 - г) Портальная энцефалопатия
 - д) Рецидивирующая желтуха
67. Постоянным симптомом внепеченочной портальной гипертензии является:
- а) Интермиттирующая лихорадка
 - б) Общая слабость
 - в) **Спленомегалия**
 - г) Кровоточивость слизистой оболочки носа
 - д) Маточные кровотечения
68. Наибольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место:
- а) При спаечной КН
 - б) При обтурационной КН
 - в) **При странгуляционной КН**
 - г) При паралитической форме динамической КН
 - д) При спастической форме КН
69. При высокотонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать:
- а) С хирургического вмешательства
 - б) С инфузионной терапии
 - в) **С введения назогастрального зонда**
 - г) С антибиотикотерапии
 - д) С применения препаратов антихолинэстеразного действия
70. Наилучшим методом лечения врожденной кисты поджелудочной железы является:
- а) Медикаментозное лечение
 - б) Марсупиализация
 - в) Резекция тела поджелудочной железы
 - г) Лучевая терапия
 - д) **Иссечение кисты**
71. Причиной летального исхода при остром деструктивном панкреатите в доинфекционной стадии является:
- а) **Аррозивное кровотечение;**
 - б) Флегмона забрюшинного пространства;
 - в) Абсцесс сальниковой сумки;

- г) **Ферментативный шок, с последующим развитием полиорганной недостаточности;**
 - д) Разлитой гнойный перитонит.
72. Основными звеньями в патогенетической терапии острого панкреатита являются:
- а) Подавление секреторной функции поджелудочной железы
 - б) Устранение водно-электролитных нарушений;
 - в) Инактивация панкреатических ферментов;
 - г) Назогастральная декомпрессия желудочно-кишечного тракта;
 - д) Введение цитостатиков;
 - е) **Все ответы верны**
73. К ингибиторам-протеаз, назначаемым больным с острым панкреатитом в стадии гиперферментемии относятся:
- а) **Контрикал, Гордокс, Трасилол;**
 - б) Омез, париет, нексиум,
 - в) Квамател, ранитидин, циметидин;
 - г) Синтетические аналоги соматостатина.
74. У больного с острым деструктивным панкреатитом на 6 сутки появилась желтушность кожных покровов и склер. При УЗ-сканировании органов брюшной полости имеет место расширение общего желчного протока до 12мм, головка поджелудочной железы увеличена, дистальный отдел холедоха не визуализируется. Вероятной причиной желтухи является:
- а) **Сдавление дистального отдела холедоха увеличенной головкой поджелудочной железы;**
 - б) Острая печеночная недостаточность;
 - в) Бактериально-токсический шок;
 - г) Вклиненный камень дистального отдела холедоха.
75. Симптом Воскресенского – невозможность определения пульсации брюшного отдела аорты в эпигастрии. Возникновение этого симптома можно объяснить:
- а) Снижением артериального давления из-за панкреатогенного шока;
 - б) Невозможность пальпации живота вследствие мышечной резистентности;
 - в) Возникновением ферментативного перитонита;
 - г) **Отсутствием передаточной пульсации брюшной аорты из-за выраженного отека и инфильтрации корня брыжейки тонкой кишки и парапанкреатической клетчатки;**
 - д) **Выраженными вздутием живота.**
76. В лечении кист поджелудочной железы нередко практикуется наложение анастомозов с желудочно-кишечным трактом. Лучшим из них является:
- е) Цисто-гастростомия
 - ж) Цистоеюностомия с межкишечным анастомозом
 - з) **Цистоеюностомия с отключенной по Ру петлей тощей кишки**
 - и) Цистocolостомия
 - к) Цистодуоднеостомия
77. При поступлении в больницу больного с ущемленной паховой грыжей первыми мероприятиями должны быть:
- а) **Срочное оперативное вмешательство**
 - б) Теплая ванна с целью возможно спонтанного вправления
 - в) Введения спазмолитиков для более легкого вправления грыжи
 - г) Назначение анальгетиков и спазмолитиков
 - д) Насильственное вправление с последующим наблюдением в условиях стационара
78. Первоочередными мероприятиями при ущемленной многочасовой давности паховой грыже являются:
- а) Назначение анальгетиков и спазмолитиков для облегчения вправления грыжи

- б) Применение общей теплой ванны
 - в) Вправление грыжи
 - г) **Проведение срочного оперативного лечения**
 - д) Выполнение предоперационной подготовки в течение 2-3 часов с последующей операцией
79. Во время операции по поводу скользящей паховой грыжи могут возникнуть технические трудности, обусловленные тем, что:
- а) Имелась диагностическая ошибка
 - б) **Кишка составляет одну из стенок грыжевого мешка**
 - в) Брыжейка тонкой кишки может быть ущемлена в грыжевых воротах
 - г) Наблюдается врожденная недостаточность поперечной фасции
 - д) Чаще наблюдается левосторонняя локализация грыжи
80. Водянка желчного пузыря развивается в следствии:
- а) Обтурации камнем общего желчного протока.
 - б) Обтурации камнем общего печечного протока.
 - в) Обтурации камнем большого дуоденального сосочка.
 - г) **Обтурации камнем пузырного протока.**
 - д) Хронического нарушения проходимости 12-перстной кишки.
81. При подозрении на перфоративную язву желудка основным методом диагностики является:
- а) Обзорная рентгеноскопия брюшной полости.
 - б) **Рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью.**
 - в) Экстренная гастродуоденоскопия.
 - г) Ангиография.
 - д) Лапароскопия.
82. При подозрении на кровотечение из язвы желудка следует произвести:
- а) **Экстренную гастродуоденоскопию.**
 - б) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости.
 - в) Лапароскопию.
 - г) Рентгеноскопию желудка.
 - д) Ангиографию.
83. Синдром Меллори-Вейса это:
- а) **Разрыв слизистой кардиального отдела желудка.**
 - б) Наличие "зеркальных" язв.
 - в) Стеноз привратника.
 - г) Повреждение слизистой антрального отдела желудка.
 - д) Стойкий спазм кардиального сфинктера.
84. Показанием к экстренному оперативному вмешательству при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи является:
- а) **Появление перитонеальных признаков.**
 - б) Исчезновение грыжевого выпячивания.
 - в) Дизурические явления.
 - г) Повышение температуры.
 - д) Наличие болевого синдрома в области грыжевых ворот.
85. Наиболее тяжелой формой кишечной непроходимости является:
- а) Инвагинация.
 - б) Заворот.
 - в) **Узлообразование.**
 - г) Ущемленная грыжа.
 - д) Обтурация толстой кишки опухолью.
86. Наиболее частым осложнением острых язв верхних отделов ЖКТ является:
- а) Перфорация.

- б) Малигнизация.
 - в) Пенетрация.
 - г) **Кровотечение.**
 - д) Переход в хроническую язву.
87. Наличие у больного после резекции желудка рвоты, желудочным содержимым в большом количестве без примеси желчи, тахикардия свидетельствует о развитии:
- а) Перитонита.
 - б) Панкреатита.
 - в) Кишечной непроходимости.
 - г) **Анастомозита.**
 - д) Кровотечения в просвет желудка.
88. У больного перфорация дуоденальной язвы, осложненная разлитым перитонитом. Следует выполнить:
- а) Резекцию желудка по первому способу Бильрота.
 - б) Резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру.
 - в) **Ушивание язвы, дренирование брюшной полости.**
 - г) Селективную проксимальную ваготомию и пилороластику.
 - д) Стволовую ваготомию и пилороластику.
89. Больной поступил в клинику с неоднократной рвотой кровью со сгустками. Язвенный анамнез отрицает, злоупотребляет алкоголем. В анамнезе панкреатит. Наиболее вероятной причиной кровотечения может быть:
- а) Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.
 - б) Язва желудка.
 - в) Рак желудка.
 - г) **Синдром Меллори-Вейса.**
 - д) Синдром Золлингера-Эллисона.
90. У больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной декомпенсированным стенозом, появились тонические судороги в конечностях, обморочное состояние, причиной которых служит:
- а) Перфорация язвы ДПК
 - б) Кровотечение.
 - в) Гипогликемический шок.
 - г) **Нарушения электролитного обмена.**
 - д) Нарушение мозгового кровообращения.
91. У больного после резекции желудка возникла рвота типа кофейной гущи. Ваша тактика:
- а) Повторная лапаротомия
 - б) Переливание эритроцитной массы
 - в) Введение аминокислотной кислоты и хлористого кальция
 - г) Промывание желудка
 - д) **Промывание желудка и ФГДС**
92. У больного 75 лет с продолжающимся желудочным кровотечением, а также тяжелыми сопутствующими заболеваниями показано:
- а) Резекция желудка
 - б) Прошивание кровоточащего сосуда
 - в) **Клиновидное иссечение язвы желудка**
 - г) Термокоагуляция кровоточащего сосуда с помощью фиброгастроскопа
 - д) Консервативное лечение
93. У больного с дивертикулезом левой половины толстой кишки развилось Профузные кровотечения. Ваша тактика:
- а) Удаление кровоточащего дивертикула
 - б) **Левосторонняя гемиколэктомия**
 - в) Сигмотомия, перевязка кровоточащего сосуда

- г) Электрокоагуляция кровоточащего сосуда
 - д) Эндоскопическая пломбировка кровоточащего сосуда
94. Наиболее часто встречаются дивертикулы:
- а) В пищеводе
 - б) В желудке
 - в) В ДПК
 - г) **В ободочной кишке**
 - д) В тонкой кишке
95. Развитие патологического процесса в червеобразном отростке при остром аппендиците начинается с:
- а) серозного покрова отростка
 - б) **слизистой червеобразного отростка**
 - в) мышечного слоя отростка
 - г) купола слепой кишки
 - д) терминального отдела тонкой кишки
96. Для острого аппендицита не характерен симптом:
- а) Ровзинга
 - б) Воскресенского
 - в) **Мерфи**
 - г) Образцова
 - д) Бартомье-Михельсона
97. К перитонеальным при остром аппендиците относят симптомы:
- а) Воскресенского (симптом "рубашки")
 - б) Щеткина-Блюмберга
 - в) Раздольского
 - г) **все названные симптомы**
 - д) ни один из них
98. Приступ печеночной (желчной) колики возникает:
- а) **внезапно, остро**
 - б) после продромального периода
 - в) исподволь, постепенно
 - г) после длительного голодания
 - д) после переохлаждения
99. В настоящее время методом выбора лечения абсцессов сальниковой сумки и нагноившихся кист поджелудочной железы является:
- а) марсупиализация сальниковой сумки
 - б) левосторонняя люмботомия
 - в) наложение внутренних соустьев
 - г) тампонада полости абсцесса
 - д) **пункция и дренирование под контролем УЗИ**
100. При язвенной болезни желудка:
- а) **значительно чаще, чем при дуоденальной язве, применяется хирургическое лечение**
 - б) повышена моторная функция желудка в межпищеварительный период
 - в) низкие цифры РН в антральном отделе
 - г) более редкое, чем при дуоденальной язве, перерождение в рак
 - д) меньше, чем при дуоденальной язве выражен гастрит
101. Абсолютные критерии угрозы рецидива кровотечения:
- а) гигантские каллезные язвы желудка и 12-перстной кишки, как источники кровотечения
 - б) гемоглобин менее 50% г/л при поступлении больного в стационар
 - в) **все ответы правильные**

- г) все ответы неправильные
102. Наиболее частым осложнением язвы передней стенки 12-перстной кишки является:
- а) **перфорация**
 - б) кровотечение
 - в) пенетрация в головку поджелудочной железы
 - г) малигнизация
 - д) все неверно
103. Достоверным рентгенологическим признаком перфорации гастродуоденальной язвы является:
- а) высокое стояние диафрагмы
 - б) **наличие свободного газа в брюшной полости**
 - в) пневматизация кишечника
 - г) «чаша» Клойбера
 - д) увеличенный газовый пузырь желудка
104. При подозрении на перфоративную язву желудка первым исследованием должна быть:
- а) рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью
 - б) **обзорная рентгенография брюшной полости**
 - в) экстренная эзофагогастродуоденоскопия
 - г) ангиография (селективная чревной артерии)
 - д) лапароскопия
105. Синдром Меллори-Вейса - это:
- а) варикозное расширение вен пищевода и кардии, осложненное кровотечением
 - б) кровоточащая язва дивертикула Меккеля
 - в) кровотечение из слизистых на почве геморрагического ангиоматоза (болезнь Рандю-Ослера)
 - г) **трещины в кардиальном отделе желудка с кровотечением**
 - д) геморрагический эрозивный гастродуоденит
106. 047. Характер оперативного вмешательства при прободной язве желудка определяет:
- а) возраст больного
 - б) **локализация перфоративного отверстия**
 - в) степень выраженности перитонита
 - г) срок с момента перфорации
 - д) все перечисленное
107. Для декомпенсированного стеноза привратника не характерно:
- а) рвота пищей, съеденной накануне
 - б) **напряжение мышц брюшной стенки**
 - в) олигурия
 - г) «шум плеска» в желудке натощак
 - д) задержка бария в желудке более 24 часов
108. Больному с декомпенсированным стенозом привратника показано:
- а) экстренная операция
 - б) ассивная антибактериальная терапия
 - в) **коррекция водно-электролитных расстройств и энергетического баланса с последующей операцией**
 - г) дегидратация
 - д) все ответы правильные
109. Наиболее частой гистологической формой рака желудка является:
- а) **аденокарцинома**
 - б) недифференцированный рак
 - в) плоскоклеточный рак
 - г) аденоакантома

- д) низкодифференцированный рак
110. Метастаз Вихрова локализуется:
- а) в печени
 - б) в прямокишечно-пузырной складке
 - в) в яичниках
 - г) **между ножками кивательной мышцы**
 - д) в легких
111. При операбельном раке выходного отдела желудка с явлениями стеноза показана:
- а) гастродуоденостомия
 - б) **субтотальная дистальная резекция желудка**
 - в) пилоропластика
 - г) гастростомия
 - д) гастроэнтеростомия
112. При раке тела желудка показана:
- а) **гастроэктомия**
 - б) субтотальная резекция желудка
 - в) антрумэктомия
 - г) резекция пораженного участка желудка
 - д) эзофагогастростомия
113. Скудной клинической симптоматикой сопровождается рак:
- а) кардии с переходом на пищевод
 - б) субкардии
 - в) **тела желудка**
 - г) антрального отдела
 - д) пилорического канала
114. Какие заболевания желудка относятся к предраковым?
- а) пилипоз желудка
 - б) язва желудка
 - в) ахилический гастрит
 - г) **все указанные заболевания**
 - д) ни одно из этих заболеваний
115. Какая операция показана при раке желудка IV стадии со стенозом кардиального отдела?
- а) гастрэктомия
 - б) проксимальная резекция
 - в) гастроэнтеростомия
 - г) **гастростомия**
 - д) операция противопоказана
116. Какая операция показана при операбельном раке I-III стадии сигмовидной кишки?
- а) левосторонняя гемиколэктомия
 - б) правосторонняя гемиколэктомия
 - в) **резекция кишки**
 - г) двухствольный противоестественный задний проход
 - д) трансверзосигмостомия
117. В какие органы чаще всего метастазирует рак толстой кишки?
- а) легкие
 - б) позвоночник
 - в) **печень, забрюшинные лимфоузлы**
 - г) почки
 - д) селезенку
118. Какая операция показана при операбельной опухоли слепой кишки?
- а) цекостомия

- б) резекция слепой кишки
 - в) трансферзостомия
 - г) **правосторонняя гемиколэктемия**
119. Наиболее достоверным методом диагностики полипов ободочной кишки является:
- а) рентгеноскопическое исследование пероральным введением бария
 - б) ирригоскопия
 - в) **колоноскопия**
 - г) исследование кала на скрытую слизь
 - д) УЗИ
120. Радикальными операциями при раке толстой кишки считаются:
- а) левосторонняя гемиколэктемия
 - б) правосторонняя гемиколэктемия
 - в) резекция поперечно-ободочной кишки
 - г) резекция сигмовидной кишки
 - д) **все верно**
121. Для рака ободочной кишки характерно:
- а) меденный рост
 - б) позднее метастазирование
 - в) прорастание в окружающие ткани
 - г) **все ответы правильны**
 - д) все ответы неправильны
122. Для молочной железы не являются регионарными лимфоузлы:
- а) подмышечные
 - б) парастернальные
 - в) подключичные
 - г) **контрлатеральные подмышечные**
 - д) межреберные
123. Что является основным в патогенезе рака молочной железы:
- а) **повышение содержания эстрагенов в крови**
 - б) повышение содержания прогестинов в крови
 - в) повышение содержания андрогенов в крови
 - г) понижение содержания эстрагенов в крови
 - д) понижение содержания андрогенов в крови
124. Среди диффузно-инфильтративных форм рака молочной железы одна указана неправильно:
- а) отечно-инфильтративная
 - б) панцирная
 - в) маститоподобная
 - г) рожеподобная
 - д) **Педжета**
125. Где чаще всего локализуется узел при узловой форме рака молочной железы:
- а) **в верхненаружном квадранте**
 - б) в верхневнутреннем квадранте
 - в) в центральной области
 - г) в нижне-наружном квадранте
 - д) в нижне-внутреннем квадранте
126. Какой метод исследования является методом выбора при подозрении на опухоль молочной железы у больной 50 лет:
- а) УЗИ
 - б) **маммография**
 - в) термография
 - г) трансиллюминация

- д) радиоизотопное исследование
127. Удаление молочной железы без грудных мышц и удаление подмышечной клетчатки называется:
- а) радикальной мастэктомией по Холстеду
 - б) **мастэктомией по Мадену**
 - в) радикальной мастэктомией по Пейти
 - г) сверхрадикальной мастэктомией по Урбану
 - д) радикальной резекцией
128. Для тиреотоксического криза характерно все кроме:
- а) потери сознания
 - б) **симптома Хвостека**
 - в) гипертермии
 - г) тахикардии
 - д) нервнопсихических расстройств
129. При тиреотоксикозе наблюдается:
- а) **уменьшение пульсового давления**
 - б) патологическая мышечная слабость
 - в) светобоязнь
 - г) патологическая жажда
 - д) несахарное мочеизнурение
130. Осложнением не характерным для операций на щитовидной железе является:
- а) кровотечение
 - б) воздушная эмболия
 - в) **жировая эмболия**
 - г) повреждение трахеи
 - д) поражение возвратного нерва
131. Для болезни Базедова не характерно наличие
- а) зоба
 - б) тахикардии
 - в) экзофтальма
 - г) **диастолического шума на верхушке сердца**
 - д) все перечисленное характерно для данного заболевания
132. Наиболее частым осложнением струмэктомии является:
- а) **повреждение возвратного нерва**
 - б) рецидив тиреотоксикоза
 - в) тетания
 - г) гипотиреоз
 - д) прогрессирующий экзофтальм
133. Судороги, симптомы Хвостека и Труссо после стумэктомии говорят за:
- а) гипотериоз
 - б) тиреотоксический криз
 - в) травма гортанных нервов
 - г) **гипопаратиреоз**
 - д) остаточные явления тиреотоксикоза
134. Для острой кишечной непроходимости нехарактерно:
- а) интенсивные боли в животе
 - б) рвота
 - в) задержка стула и газов
 - г) асимметрия живота
 - д) **напряжение мышц живота**
135. При узлообразовании, ущемлении кишки и завороте:
- а) ледует проводить консервативные мероприятия по разрешению непроходимости

- б) **показана экстренная операция**
 - в) предпочтительна операция в «холодном периоде»
 - г) необходимо динамическое наблюдение
 - д) все ответы не верны
136. При нежизнеспособной петле тонкой кишки производится:
- а) **резекция кишки, отступая 40см. от некроза- в проксимальном и 20см в дистальном направлениях**
 - б) резекция кишки в пределах границы некроза
 - в) наложение обходного анастомоза
 - г) выведение кишки
 - д) резекция отводящей петли, отступая 15-20см от некроза
137. Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме:
- а) постепенного нарастания симптомов
 - б) вздутие живота
 - в) появления чаш Клойбера
 - г) задержка стула
 - д) **ранней неукротимой рвоты**
138. При острой обтурационной толстокишечной непроходимости наблюдается все, кроме:
- а) схваткообразных болей в животе
 - б) вздутие живота
 - в) постепенного развития перитонита
 - г) **постоянных болей в животе**
 - д) задержки стула и газов
139. Не нарушается кровообращение в брыжейке кишки при:
- а) завороте
 - б) **обтурации**
 - в) узлообразовании
 - г) инвагинации
 - д) ущемлении
140. Чем объясняется симптом "перемежающейся хромоты" при хронических облитерирующих заболеваниях нижних конечностей?
- а) **недостаточным притоком крови в условиях физической нагрузки на конечность**
 - б) атрофией мышц голени в связи с хронической ишемией
 - в) нарушением периферической двигательной иннервации вследствие ишемии
 - г) все объяснения неправильны
 - д) все объяснения правильные
141. Какой из указанных симптомов не характерен для хронической артериальной недостаточности?
- а) симптом "плантарной ишемии"
 - б) "перемежающаяся хромота"
 - в) отсутствие периферического пульса
 - г) **симптом Хоманса**
 - д) изменения поверхностной чувствительности стоп
142. Какой из перечисленных методов не применяется для диагностики хронических заболеваний артерий?
- а) аортография
 - б) ангиография
 - в) доплерография
 - г) **илеокаваграфия**
 - д) реовазография

143. Какое из перечисленных оперативных вмешательств применяется при облитерирующем атеросклерозе?
- а) аорто-бедренное шунтирование
 - б) подключично-бедренное шунтирование
 - в) перекрестное бедренно-бедренное шунтирование
 - г) ни одна из перечисленных операций не применяется
 - д) **все операции применяются**
144. Основа патогенеза облитерирующего атеросклероза:
- а) аутоиммунные нарушения
 - б) **гиперлипидемия**
 - в) повышенная свертываемость крови
 - г) гипоксия тканей
 - д) экстравазальная компрессия артерий
145. Среди перечисленных источников эмболии артерий конечностей один указан неправильно:
- а) тромбоз легочных вен
 - б) тромбоз ушка левого предсердия
 - в) **тромбоз воротной вены**
 - г) тромбоз аневризмы аорты
 - д) тромбоз аневризмы сердца
146. Какое из заболеваний не относится к острой артериальной непроходимости?
- а) острый тромбоз
 - б) эмболия атероматозными массами
 - в) эмболия тромбом
 - г) **болезнь Рейно**
 - д) д) все заболевания можно отнести к острой артериальной непроходимости
147. Для 2-й степени острой ишемии нижних конечностей ведущим признаком является:
- а) отек конечности
 - б) **нарушение движений в суставах**
 - в) некробиотические изменения в конечности
 - г) тотальная контрактура
 - д) нарушения чувствительности
148. Основным фактором, определяющим лечебную тактику при острой артериальной недостаточности, является:
- а) возраст больного
 - б) тяжесть общего состояния
 - в) **степень ишемии конечности**
 - г) наличие сопутствующего атеросклеротического стеноза или окклюзии пораженной артерии
 - д) локализация тромбоза или эмболии.
149. Для эмболии артерий характерно:
- а) быстро прогрессирующая острая ишемия конечности
 - б) острое начало
 - в) интенсивные боли в момент эмболии
 - г) **все признаки характерны**
 - д) все признаки не характерны
150. Для тромбофлебита поверхностных вен характерно:
- а) распирающий отек голени
 - б) **инфильтрат и гиперемия по ходу подкожной вены**
 - в) распирающий отек бедра
151. При восходящем тромбофлебите большой подкожной вены выполняется операция:
- а) Маделунга

- б) Бебкокка
 - в) Линтона
 - г) **Троянова-Тренделенбурга**
152. Причины развития трофических язв:
- а) высокое венозное давление
 - б) нарушение тканевого дыхания
 - в) присоединение воспаления
 - г) **все перечисленные факторы**
153. Удаление вены с помощью эндовазального зонда это:
- а) операция Троянова-Тренделенбурга
 - б) операция Нарата
 - в) **операция Бебкокка**
 - г) операция Линтона
154. Иссечение вен из небольших разрезов при варикозном расширении нижних конечностей это:
- а) операция Троянова-Тренделенбурга
 - б) **операция Нарата**
 - в) операция Бебкокка
 - г) операция Линтона
155. Посттромботическая болезнь возникает после:
- а) перенесенного тромбоза магистральных артерий
 - б) перенесенной эмболии магистральных артерий
 - в) **перенесенного тромбоза магистральных вен**
156. Основные инструментальные методы диагностики пациентов с посттромботической болезнью:
- а) **ультразвуковая доплерография и доплерометрия**
 - б) ретроградная и дистальная флебография
 - в) аорто-артериография
 - г) целиакография

Ситуационные задачи по дисциплине «Хирургические болезни»

Ситуационная задача № 1.

У больной М. 80 лет, прооперированной по поводу рака желудка, на 4 день послеоперационного периода появились пульсирующие боли, покраснение и припухлость в околоушной области справа, затрудненное глотание, сухость во рту. При обследовании состояние больной средней степени тяжести, температура тела 39,0°C. Язык сухой, покрыт грязно-серым плотным налетом, слизистая полости рта отечна, в области отверстия околоушного протока отмечается гиперемия. Пальпация околоушной области резко болезненная, кожа напряжена, мягкие ткани лица отечны, симптом флюктуации не определяется. При легком массаже околоушной слюнной железы из слюнного (стенонова) протока выделяется мутная слюна. В общем анализе крови лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите предрасполагающие факторы развития данного заболевания.
3. Какой фактор является решающим в развитии данного заболевания?
4. Назовите возбудителя инфекции.
5. После каких операций чаще всего возникает данное осложнение?
6. Почему у больной с клиникой абсцесса не определяется симптом флюктуации?
7. Назовите основные методы лечения.
8. Целесообразно ли введение ферментных препаратов?
9. Какое анатомическое образование нужно учитывать при вскрытии абсцесса?

10. Целесообразна ли новокаиновая блокада звездчатого узла?
11. Профилактика данного осложнения.

Ответы

1. Острый гнойный паротит.
2. Обезвоживание, снижение секреции желез (атропин – премедикация), снижение защитных сил организма
3. Гипосаливация
4. Грамм+ стафилококк, стертококк, грамм- кишечная палочка
5. Обширные операции на органах брюшной полости
6. Плотная капсула железы + процесс в стадии инфильтрации
7. Антибиотики (пенициллины, цефалоспорины, в/м и в проток), ферменты, 1% пилокарпин (усиливает секрецию), дезинтоксикационная и инфузионная терапия, оперативное – вскрытие абсцесса.
8. Да, для разжижения секрета
9. Лицевой нерв, разрез в месте размягчения
10. Да, ведёт к уменьшению симпатических влияний и увеличению секреции
11. Гигиена полости рта (орошение слабым раствором соды), борьба с обезвоживанием, усиление саливации (сосание лимона, внутрь 1% пилокарпин)

Ситуационная задача №2

Больная У. 63 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток.

Заболевание развивалось постепенно, больная страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы.

Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс 68 в мин, язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.

Вопросы

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования, методы верификации диагноза?
3. Какие местные и общие критерии заболевания необходимо определить?
4. Назовите возможные радикальные операции?
5. Метода паллиативного лечения?
6. Задачи диспансерного наблюдения?

Ответ

1. Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, кишечная непроходимость
2. Обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца. Колоноскопия, биопсия, УЗИ брюшной полости при отсутствии явлений непроходимости.
3. Необходимо учитывать распространенность процесса, тип опухоли, соматическое состояние больной
4. В условиях кишечной непроходимости в данном случае показана операция Гартмана
5. Выведение двухствольной сигмостомы, химиотерапия
6. Выявление рецидива

Ситуационная задача № 3.

Больная М., 52 лет, доставлена в клинику бригадой скорой медицинской помощи через 12 часов с момента заболевания.

Жалобы при поступлении на резкую слабость, головокружение, жидкий стул калом черного цвета. Считает себя больной около 12 часов, когда появилась слабость, была рвота кофейной гущей с последующим 2-х кратным, обильным стулом жидким калом черного цвета. Язвенного анамнеза нет.

Объективно: больная заторможена, сонлива. Кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета. АД 90/40 мм.рт.ст., пульс 120 /мин. слабого наполнения.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный, аускультативно — усиленные перистальтические шумы. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

1. Диагноз и дополнительные методы исследования.
2. Определение степени острой кровопотери.
3. Методы определения групповой принадлежности крови.
4. Тактика, лечения.
5. Объем инфузионно-трансфузионной терапии.
6. Методы определения совместимости при переливании донорской крови.
7. Возможные осложнения при гемотрансфузии.
8. Понятие об универсальном доноре и исключение из него.

Ответы

1. Острое ЖК кровотечение. ФГС, общий анализ крови
2. По Алговеру (индекс шока PS/сАД) если < 1 – лёгкая кровопотеря, 1 – средней тяжести, > 1 – тяжёлая (в норме 0,5). По ЦВД в норме 5-10 мм р/столба, снижается при кровопотере 15-20% ОЦК. Клинически по пульсу, АД, клинике, по лабораторным показателям Ht, Hb удельный вес крови. У данного больного тяжёлая кровопотеря около 1,5 л
3. Стандартными изогемагглютинирующими сыворотками, цоликлоны.
4. Консервативная – гемостатическая терапия, ФГС в приёмном покое
5. На догоспитальном этапе 0,5 л полигюкина, 0,5 л лактосола, 0,5 физ раствор, (10 мл эр массы на кг и 10 мл плазмы на кг, коллоидов 20 мл на кг, кристаллоидов 10 мл на кг). На госпитальном 4 л: 1 л полигюкина, 2 л кристаллоидов, 1 л крови.
6. Совместимость по АВ0, совместимость по Rh, биологическая проба.
7. Тромбоэмболия, воздушная эмболия, посттрансфузионные реакции (пирогенные, антигенные, аллергические), собственно осложнения гемотрансфузии (гемотрансфузионный шок, синдром массивных гемотрансфузий, цитратная и калиевая интоксикация), инфекционные осложнения (СПИД, гепатиты)

Ситуационная задача № 4.

Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,50С.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз – $32 \times 10^9/\text{л}$, п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо - и - пойкилоцитоз.

1. Клинический диагноз.
2. Причина ухудшения состояния больного.
3. Какие клинические и лабораторные данные позволяют заподозрить осложнение?
4. Тактика ведения больного.
5. Какие химиотерапевтические и антисептические средства применимы в данной ситуации?
6. Нуждается ли больной в переводе в другое отделение? Если да, то в какое?
7. Виды дренирования раны.
8. Методы асептики.

Ответы

1. Гангренозный аппендицит, аппендэктомия, нагноение п/о раны.
2. Нагноение п/о раны
3. Лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенное СОЭ, лихорадка
4. Снять швы, вести как гнойную рану
5. Антибиотики в/м, промывание растворами АС, водорастворимые мази (левомиколь, диоксиколь), повязки с АС
6. В гнойную хирургию
7. Активная, пассивная, проточно-промывная дренирование
8. Асептика: организационные мероприятия (планирование хирургического отделения, разделение потоков больных), обязательное ношение масок, кварцевание, проветривание, влажная уборка, стерилизация хирургического инструментария, шовного материала, имплантатов, обработка хирургического поля, рук хирурга.

Ситуационная задача № 5.

Мужчина 40 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. В анализах крови общий билирубин 30 мкмоль/л, прямой билирубин 17 мкмоль/л, непрямой - 13 мкмоль/л, лейкоциты $12 \times 10^9/\text{л}$., амилаза крови 56 мг.крахм/ч.л. После проведенной инфузионной терапии состояние больного улучшилось, болевой синдром значительно уменьшился, но оставались тупые боли в эпигастрии и левом подреберье, лабораторные показатели пришли к норме.

На 14 сутки у больного отмечена субфебрильная температура - $37,4^{\circ}\text{C}$. На следующий день состояние больного резко ухудшилось: больной в сопоре, кожные покровы землистого цвета с желтушным оттенком, имеется петехиальная сыпь, температура тела $39,8^{\circ}\text{C}$, потрясающие ознобы, АД 60/40 мм.рт.ст., ЧСС 128 уд.в мин., лейкоциты $30 \times 10^9/\text{л}$, мочевого пузыря пуст, креатинин 343 мкмоль/л, мочевины 10 ммоль/л, остаточный азот 30 ммоль/л.

1. Клинический диагноз.
2. Причина внезапного ухудшения состояния.
3. Какие клиничко-лабораторные данные позволяют заподозрить развитие данного осложнения?
4. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Тактика ведения данного больного.
6. Если необходимо назначение антибактериальных средств, то каких?
7. Показаны ли больному методы эфферентной терапии? Если показаны, то при каких условиях и какие?
8. Наиболее вероятная причина появления петехиальной сыпи у больного.
9. Какой комплекс лечебных мероприятий будет направлен на ликвидацию данного осложнения?
10. Прогноз для данного больного.

Ответы

1. Септический панкреонекроз. Эндотоксикоз 3 степени, ОПН
2. Гнойные осложнения и эндогенные интоксикации
3. Увеличение температуры, ухудшение состояния, лейкоцитоз
4. УЗИ, КТ, б/х, РГ с барием ЖКТ, Rg скопия грудной клетки, лапароскопия, ОАК, ОАМ
5. Лечение панкреатита (соматостатин, контрикал, фамотидин, спазмолитики, антибиотики, экстракорпоральная детоксикация – электрохимическая детоксикация). Оперативное лечение – некрэквесрэктомия, дренирование сальниковой сумки.

6. Тиенам, цефепим, ципро- и спарфлоксацин, метронидазол, амоксиклав
7. Показана (дренирование грудного лимфатического протока, с электрохимической детоксикации лимфы, гемосорбция)
8. Тромбогеморрагические расстройства на фоне гиперферментемии
9. Ингибиторы ферментов (контрикал), гепарин при контроле времени свёртывание.
10. Сложный

Ситуационная задача № 6.

Больной Д., 32 лет, хирургом ЦРБ выполнена секторальная резекция правой молочной железы по поводу «фиброаденомы молочной железы». Через 10 дней после операции получен результат гистологического исследования: инвазивный протоковый рак молочной железы, диаметр опухоли 1,2 см. Пациентка направлена на консультацию в онкодиспансер.

При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Местно: молочные железы мягкие, в верхненаружном квадранте правой молочной железы послеоперационный рубец - без особенностей. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

1. Ваш диагноз, стадия заболевания?
2. В чем состоит тактическая ошибка в ведении больной?
3. План лечения больной?

Ответы

1. Рак молочной железы справа. Узловая форма. T1N0M0
2. Сначала нужно было взять биопсию и оперировать с учётом полученных данных, предоперационное лучевая терапия, маммография
3. Полное обследование, преоперационная лучевая терапия всех молочной железы, а также подмышечных, над- и подключичных л/у. Мастэктомия. В п/о периоде облучение парастернальной области.

Ситуационная задача № 7.

Больная Р., 37 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, плохой аппетит, похудание на 10 кг. Больна в течение 6 месяцев, когда впервые появились боли в животе, которые постепенно нарастали. При обследовании по месту жительства на УЗИ в правой доле печени выявлены образования, подозрительные на метастазы. Больная направлена в онкодиспансер.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура 37,40С. Пониженного питания. В надключичной области справа пальпируется плотный малоподвижный лимфатический узел 2 см. в диаметре. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, где пальпируется плотный край печени, выступающий из-под реберных дуг на 5 см. В пунктате из лимфоузла - элементы эпителиальной злокачественной опухоли. При обследовании: рентгенография органов грудной клетки - без патологии, УЗИ брюшной полости – в правой доле печени множественные гетерогенные образования до 30 мм в диаметре. Выставлен диагноз: Метастазы в надключичный лимфоузел справа, печень без выявленного первичного очага.

1. Опухоли каких локализаций могут метастазировать в правый надключичный лимфоузел?
2. Какие методы дополнительной инструментальной диагностики следует использовать для уточнения природы опухоли и локализации первичного очага?

Ответы

1. Рак желудка, молочной железы, пищевода, щитовидной железы, яичников
2. ФГДС, Rg с барием, УЗИ органов брюшной полости, малого таза, щитовидной железы

Ситуационная задача № 8.

Больной А., 56 лет поступил в клинику с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье и эпигастральной области, слабость, упадок сил, отсутствие аппетита, наличие желтухи, которая появилась 1,5 месяца назад и интенсивно нарастает. Приступов сильных болей никогда не отмечал.

При осмотре: склеры и кожа больного оливкового цвета, тургор кожи резко понижен; на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена. В правом подреберье пальпируется слегка болезненное образование тугоэластической консистенции, овоидной формы. Стул ахоличен.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Какие методы лабораторной и инструментальной диагностики помогут установить окончательный диагноз?
3. Каким образом можно помочь больному?

Ответ

1. Опухоль периапулярной области (гепатодуоденальной зоны), механическая желтуха.
2. УЗИ, КТ, ФГДС, РХПГ, лапароскопия с биопсией
3. Первый этап – дренирующая операция для устранения желтухи (холецистостомия, билиодегистивные анастомозы). Второй этап – ПДР, папиллэктомия, возможно п/о химиотерапию

Ситуационная задача № 9.

Больной Е., 47 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивную боль в верхней половине живота, внезапно появившуюся 2 часа назад. Из анамнеза известно, что больной длительно страдает язвенной болезнью желудка, в последние месяцы сильно похудел. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Частота пульса 84 удара в минуту. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации резко напряжён, болезненен во всех отделах. Симптом Щёткина положительный. При обзорной рентгенографии выявлено наличие свободного газа в брюшной полости. При экстренной лапаротомии выявлена язва препилорического отдела желудка, по малой кривизне, с белесоватыми краями хрящевидной плотности, в центре - перфорационное отверстие диаметром 2 мм. В малом сальнике увеличенные до 1,5 см плотные лимфатические узлы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительного обследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какая операция должна быть выполнена?

Ответы

1. Перфоративный рак желудка
2. Биопсия
3. Субтотальная резекция с региональными л/у

Ситуационная задача № 10.

Больной Н., 64 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастрии постоянного характера вне связи с приемом пищи, впервые появившиеся 5 месяцев назад.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. Пониженного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧСС - 88 ударов в минуту, АД - 150/90 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, в эпигастральной области пальпируется плотная подвижная опухоль диаметром 7 см. При обследовании: на ФГДС - по малой кривизне и задней стенке желудка от субкардиального до препилорического отдела язвенно-инфильтративная опухоль. Гистология – перстневидно-клеточный рак желудка. Рентгеноскопия желудка - начиная от субкардиального до антрального отдела по малой кривизне дефект наполнения с депо бария

в центре, подвижность желудка сохранена, эвакуация не нарушена. При дообследовании данных за отдаленные метастазы не получено.

1. Ваш диагноз?
2. Какое вмешательство следует выполнить в операбельном случае?

Ответы

1. Перстневидноклеточный рак желудка T4NxM0
2. Гастрэктомия с удалением регионарных л/у

Ситуационная задача № 11.

Больная К., 45 лет, поступила с жалобами на наличие опухоли на коже спины, возникшую на месте пигментного невуса после травмы. 3 месяца назад образование стало бурно расти, кровоточить. При осмотре: на коже спины, медиальнее левой лопатки имеется экзофитная опухоль синюшно-красного цвета с кровоточащим изъязвлением в центре, размеры 1,5х1,5х0,5 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы уточняющей и инструментальной диагностики следует применить для подтверждения диагноза и уточнения распространенности процесса?
3. Тактика лечения больной?

Ответы

Меланома

1. Биопсия (только перед операцией, т. к. опухоль очень агрессивна), радиоизотопное исследование с Р, термография (температура опухоли на 3-4° выше). Меланоцитарные антитела, меланогены в моче (реакция Якша)
2. Удаление опухоли + химиоиммунотерапия.

Ситуационная задача № 12.

Больная К., 47 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастрии, желтушность кожных покровов, слабость, похудание на 7 кг. Больна в течение 4 месяцев, желтуха появилась 1 месяц назад, постепенно нарастала. При осмотре: состояние средней тяжести. Склеры и кожа оливкового цвета. Пониженного питания В легких без патологии. ЧСС 100 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий. Печень увеличена на 2 см, край эластичный. Стул ахоличен. При обследовании: общий анализ крови - эритроциты $4,6 \cdot 10^{12}/л$, НЬ - 124 г/л, СОЭ - 35 мм/ч. Лейкоциты $8,4 \cdot 10^9/л$, формула не изменена. Биохимическое исследование крови - билирубин общий - 289 мкмоль/л, прямой 201 мкмоль/л, непрямой - 88 мкмоль/л; ФЛГ без патологии; ФГДС - поверхностный гастрит, двенадцатиперстная кишка без патологии, желчи не содержит; УЗИ брюшной полости — расширение внутрипечёчных желчных протоков до 0,8 см., холедох 6 мм, желчный пузырь 90х30х24 мм. При лапаротомии выявлена инфильтрация гепатикохоледоха, уходящая в ворота печени, около 10 метастатических узлов в правой доле печени.

1. Ваш диагноз?
2. Каким образом можно его подтвердить?
3. Как можно помочь больной?

Ответы

1. Рак общего печёчного протока. Метастазы в печень. 4 стадия
2. РХПГ, ЧЧХ, УЗИ, КТ, биопсия во время операции
3. Радикальная операция невозможна. Паллиативно – устранить желтуху (наружное дренирование печёчно-желчных протоков (при ЧЧХ лапароскопически), реканализация протоков, если возможно обходные билиодигестивные анастомозы.

Ситуационная задача № 13.

Больной В., 58 лет, предъявляет жалобы на повторную рвоту 2 раза в сутки, слабость, похудание на 12 кг за последние 4 мес. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные

покровы с землистым оттенком. Пониженного питания. Тurgор кожных покровов снижен. ЧСС - 88 ударов в минуту, АД - 110/60 мм. рт. ст. Живот втянут, при пальпации мягкий, безболезненный, в эпигастриальной области пальпируется плотная малоподвижная опухоль диаметром 10 см. При пальпации области желудка - шум плеска. Общий анализ крови: Эр. - $4,8 \cdot 10^{12}/л$; Нб - 156 г/л; Лейкоциты - $8,4 \cdot 10^9/л$; СОЭ - 2 мм/час.

При операционной ревизии обнаружено, что опухоль размером 12x10 см прорастает в поджелудочную железу. Имеется большое количество метастатических лимфатических узлов по ходу аорты, в малом и большом сальнике. Желудок растянут, неподвижен. Радикальную операцию осуществить невозможно.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительной диагностики следует использовать для подтверждения диагноза?
3. Как вы закончите операцию?

Ответы

1. Рак желудка со стенозом
2. ФГС с биопсией, Rg с барием, УЗИ
3. Наложить гастроэнтероанастомоз

Ситуационная задача № 14.

Больная П., 78 лет, предъявляет жалобы на слабость, похудание на 20 кг, повторную рвоту после приёма пищи застойным содержимым. Считает себя больной в течение года. Из перенесённых заболеваний - ИБС, инфаркт миокарда 4 года назад.

При осмотре: состояние ближе к тяжелому. Масса тела 42 кг, рост - 162 см. Кожные покровы бледные, тургор резко понижен. В легких без патологии. ЧСС 90 ударов в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, при перкуссии определяется наличие свободной жидкости. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см., край плотен, бугрист. Стула не было в течение 10 дней. При обследовании по месту жительства Общий анализ крови: Эритроциты $2,1 \cdot 10^{12}/л$, Нб- 50 г/л, СОЭ- 52 мм/час, ФГДС - в желудке много содержимого, в антральном отделе инфильтративная опухоль, в двенадцатиперстную кишку пройти не удалось. Гистология: недифференцированный рак желудка.

1. Ваш предварительный диагноз, стадия процесса?
2. Необходимый минимум методов дообследования?
3. Ваша тактика лечения больной?

Ответы

1. Рак желудка IV стадии
2. УЗИ, РГ грудной клетки, лапароскопия
3. Больная неоперабельна (метастазы в печень). Обходной гастроэнтероанастомоз или паллиативная резекция

Ситуационная задача № 15.

У больной И., 58 лет, 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. При осмотре: больная резко истощена. Над левой ключицей пальпируется конгломерат плотных лимфатических узлов. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД - 140/80 мм.рт.ст.. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. При рентгенографии пищевода выявлено его резкое сужение в абдоминальном отделе, супрастенотическое расширение. Тулого наполнения желудка получить не удалось, но создается впечатление наличия дефекта наполнения в верхней трети тела по малой кривизне. При эзофагоскопии выявлено резкое сужение пищевода на 34 см от резцов. Провести эндоскоп в желудок не удалось. При гистологическом исследовании биоптата получена картина многослойного плоского эпителия.

1. Ваш диагноз?
2. Какие диагностические средства следует использовать для подтверждения диагноза и уточнения распространённости процесса?
3. Ваша тактика в лечении больной?

Ответы

1. Плоскоклеточный рак пищевода IV стадии.
2. РГ с барием (можно с пневмомедиастинумом), КТ, лимфодуктография, азигография, медиастиноскопия, радиоизотопное исследование с Р
3. Больной неоперабелен – наложение гастростомы, лучевое лечение, можно химиотерапию (мозэффективно)

Ситуационная задача № 16.

Больная А., 31 года, 2 месяца назад обнаружила у себя узел в щитовидной железе, обратилась к онкологу. При осмотре: область щитовидной железы визуально не изменена, при пальпации в правой доле обнаруживается узловое образование округлой формы, эластической консистенции, подвижное, 2,5 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. В пунктате - группы клеток фолликулярного эпителия.

1. Ваш диагноз?
2. Какие средства дополнительной диагностики следует применить в данном случае?
3. Тактика лечения больной

Ответы

1. Опухоль щитовидной железы (возможно фолликулярный рак). Дифференциальная диагностика с аденомой, узловым зобом
2. УЗИ, КТ, радиоизотопное исследование с йодом, ангиография щитовидной железы
3. При любых узловых образованиях щитовидной железы (одиночных) тактика одна – удаление с интраоперационным гистологическим исследованием

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 рёберной 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.

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

Ответы

1. Рак пищевода II стадия (размер опухоли 3-5 см).
2. Резекция пищевода с пластикой большой кривизной желудка, возможно проведение Льюиса (резекция поражённого участка и наложение эзофагогастроанастомоза), операция Добромывова-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.

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

Ответы

1. Двухэтапное оперативное лечение. 1 – правосторонняя гемиколонэктомия с наложением колостомы. 2 – межкишечный анастомоз
2. 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 - умереннодифференцированная аденокарцинома толстой кишки. При ирригоскопии в средней трети сигмовидной кишки дефект наполнения протяженностью 5 см. При УЗИ брюшной полости, ФЛГ и лапароскопии данных за метастазы не получено.

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

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

Ответы

1. Рак сигмовидной кишки IV стадии
2. 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.

1. Ваш диагноз?
2. Минимальный объем дополнительного обследования для определения лечебной тактики?
3. Характер оперативного пособия при отсутствии распространенности процесса?

Ответы

1. Рак прямой кишки. Диффузный полипоз толстого кишечника (синдром Пейтс-Эгера)
2. УЗИ, КТ, лимфодуктография, радиоизотопное исследование
3. 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 $39,5^{\circ}\text{C}$, вот уже в течение 3 недель держится субфебрильная температура. При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура $37,2^{\circ}\text{C}$. 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 $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$, НБ - 112 г/л, СОЭ - 45 мм/ч. Лейкоциты $11,4 \times 10^9/\text{л}$, 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.

1. Ваш диагноз?
2. Объём дообследования больного?
3. Тактика лечения больного?

Ответы

1. Центральный рак лёгкого. T2NxMx (перибронхиальный рост)
2. КТ, ангиография, Бронхоскопия с биопсией, медиастиноскопия, анализ мокроты на АК, УЗИ отдалённые метастазы)
3. 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»), Аксилярные лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа диффузно увеличена, II степень по Николаеву,

1. Какой может быть поставлен диагноз?
2. Какое дополнительное обследование следует предпринять?
3. Как лечить больную?

Ответы

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

1. Какой вы поставите диагноз?
2. Как можно подтвердить диагноз и какие методы исследования применить для уточнения стадии заболевания?
3. Как будете лечить больную?

Ответы

1. Рак щитовидной железы, III стадии (л/у поражены с той же стороны, ограничение подвижности)
2. УЗИ, пункция щитовидной железы и увеличенного Л/У, радиоизотопное сканирование, ангиография
3. 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 четких 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 высокодифференцированного рака, в пунктате из лимфоузла - элементы лимфоидной ткани.

1. Ваш диагноз, стадия заболевания?
2. План лечения больной?

Ответы

1. Высокодифференцированный рак правой молочной железы IIБ стадии (имеются смещаемые поражённые л/у на той же стороне)
2. 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 пункциате из опухоли и лимфоузла - элементы эпителиальной злокачественной опухоли. В мазке-отпечатке из язвы - фибринозно-некротические массы.

1. Ваш диагноз, стадия заболевания согласно международной и старой классификации.
2. Какова тактика лечения больной?

Ответы

1. Рак левой молочной железы IV стадии. T4N2M1
2. Расширенная радикальная мастэктомия, гормональная терапия (женщина в менопаузе - тамоксифен), лучевая терапия, химиотерапия – ЦМФ (6 2х недельных курсов).

Ситуационная задача № 26.

Больной Н., 65 лет, трое суток назад при резком торможении автобуса упал и ударился правой половиной грудной клетки. Врач травмпункта установил наличие перелома VII – VIII ребер справа по передне-подмышечной линии, наложил давящую повязку на грудь, рекомендовал больному принимать анальгин. Самочувствие больного не улучшалось, оставалась боль при дыхании, присоединился кашель с мокротой, стала нарастать одышка, повысилась температура. При осмотре у больного тахикардия до 94 ударов в минуту, цианоз губ, температура 38,4°C, резкое ослабление дыхания справа, рассеянные влажные хрипы.

1. Какое осложнение перелома ребер имеет место.
2. Отметьте ошибки врача травмпункта, способствовавшие ухудшению состояния больного.
3. Перечислите мероприятия, необходимые для ликвидации имеющегося у больного осложнения.
4. Назовите классификацию травм груди.
5. Перечислите методы адекватного обезболивания при переломах ребер, в том числе, для данного больного.
6. Объясните смысл и опишите технику новокаиновых блокад "трех точек".
7. Укажите неотложные мероприятия при напряженном пневмотораксе.
8. Перечислите методы лечения при "флотирующих" переломах ребер.

Ответы

1. Пневмония
2. Необоснованно наложена давящая повязка (ограничивает экскурсию грудной клетки, снижается вентиляция лёгких → пневмония), также необходимо назначить средства снижающие вязкость мокроты (АЦЦ)
3. Необходимо снять повязку, выполнить спирт-новокаиновую блокаду, назначить антибиотики, противовоспалительную, дезинтоксикационную терапию, отхаркивающие препараты.
4. Открытая, закрытая, проникающая, непроникающая, с повреждением или без повреждения внутренних органов.
5. Межрёберная, паравертебральная, вагосимпатическая – блокажа 3х точек (для этого больного межрёберная и паравертебральная, желательна спирт-новокаиновая 1:10)

6. Межрёберная – по нижнему краю соответствующего ребра 10-15мл 0,5% новокаина, паравerteбральная – в соответствующем сегменте на 3-4 см отступить от остистого отростка на глубину 4-5 см 10 мл 0,5% новокаина. По Вишневскому – при обширных повреждениях рудной клетки, но только, с одной стороны. По заднему краю М стерноклеидомастоидеус $\approx$ с/3 по направлению к позвоночнику, отступя от него назад 1 см 80 мл 0,25% новокаин
7. На догоспитальном этапе необходимо перевести в открытый (пункция). На госпитальном – дренаж по Бюлау, при неэффективности – оперативное лечение (ушивание)
8. Остеосинтез рёбер танталовой проволокой, подшивание к шине, фиксация пулевыми щипцами, ИВЛ

Ситуационная задача № 27.

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

- 1 Ваш диагноз?
- 2 Какие дополнительные методы обследования позволяют верифицировать диагноз?
- 3 Какую опасность представляет данное заболевание?
- 4 Тактика при данной патологии?
- 5 С каким заболеванием следует дифференцировать данную патологию?

Ответ

- 1 Диффузная форма мастопатии.
- 2 ОАК, ОАМ, СРБ, маммография, УЗИ, пункционная биопсия.
- 3 Данное заболевание является факультативным предраком.
- 4 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.
- 5 Следует дифференцировать с раком, туберкулезом, другими доброкачественными опухолями.

Ситуационная задача № 28

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°.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Классификация дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов (ДДЗС).
5. Этиология и патогенез ДДЗС.
6. Консервативное лечение ДДЗС.
7. Оперативное лечение ДДЗС.
8. Современные методы диагностики и лечения ДДЗС на ранних и поздних стадиях.

Ответы

1. Асептический некроз головки бедренной кости справа
2. Rg. МРТ, измерения ВКД, термография, флебография
3. На основании Rg картины.

4. По Косинской ДОО Кистовидная перестройка сочленяющихся костей Асептический некроз врожденная дисплазия сосудов + внешние факторы (алкоголь, курение, переохлаждение, физические перегрузки). Существует 3 теории – сосудистая (кафедра), механистическая, метаболическая
5. Разгрузка, обезболивающая, нитроглицерин в/в, артепарон, румалон, лазер п/в, обезболивающая терапия
6. Тунелизация, межвертельная остеотомия, ротационная остеотомия, костнопластическая (Шайро – пересадка мышечно-сосудистого лоскута), Имплантация нижней надчревной артерии, артродез, эндопротезирование. см п2

Ситуационная задача № 29.

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.

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Составьте план обследования больного.
4. При ФГДС выявлены участки гиперемии слизистой с небольшими эрозиями в области пищеводно-желудочного перехода.
5. Какая степень тяжести заболевания по эндоскопической классификации (Савари-Миллера)?
6. Сформулируйте полный клинический диагноз.
7. Современные методы консервативной терапии.
8. Показания к оперативному лечению.
9. Методы хирургического лечения данной патологии.

Ответы

1. ГЭРБ
2. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, дивертикул пищевода, ИБС, ЯБ.
3. Обязательный + рентген с барием, ФГДС с биопсией, эзофагоманометрия, рН-метрия, ЭКГ, посев на НР.
4. II степень по Петровскому (Эрозии).
5. ГЭРБ, рефлюкс-эзофагит II степени тяжести.
6. Нормализация образа жизни. Диета, антациды, венгер, H2-блокаторы, блокаторы протонной помпы, церукал, мотилиум, цизаприд
7. Неэффективность консервативной терапии, повторяющееся кровотечение, пищевод Баррета, дисплазия эпителия, малигнизация, стеноз.
8. Восстановление угла Гиса, фундопликация. Можно сочетать с ваготомией и пилоропластикой.

Ситуационная задача № 30.

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.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
3. Какова хирургическая тактика при этом заболевании?
4. Назовите особенности хирургического вмешательства при данной патологии.
5. 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.
6. Какой вариант патологии имеется у больного?
7. Какова дальнейшая интраоперационная тактика?
8. Современные методы хирургического лечения.
9. Назовите меры первичной и вторичной профилактики данной патологии.

Ответы

1. Ущемленная правосторонняя паховая грыжа.
2. С невосправимой 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 невосправимой 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 ОЖН, +жалобы, анамнез, обследование).
3. Срочная операция.
4. 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.
5. Ретроградное ущемление по Поля.
6. 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»).
7. Метод Шульда (укрепление задней стенки пахового канала за счет создания дубликатуры поперечной фасции путем непрерывного многорядного шва металлизированной нитью + дубликатура апоневроза наружной косой мышцы живота). Пластика проленовой или полипропиленовой сеткой – по Лихтенштейну. Лапароскопическая герниопластика, Постемского, Мак – Вея, Кукуджанова, классический способ Бассини.
8. 1я профилактика: исключать стойкое ↑ внутрибрюшное давления. 2я: плановое грыжесечение.

Ситуационная задача № 31.

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 20х25х18 см, мягко-эластической консистенции, невправимого в брюшную полость, расположенного в области старого послеоперационного рубца.

1. Клинический диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Причины появления данного заболевания.
4. Показания к оперативному лечению.
5. Особенности предоперационной подготовки при данном заболевании.
6. Современные методы хирургического лечения.
7. Ведение послеоперационного периода.

Ответы

1. Гигантская послеоперационная вентральная грыжа.
2. С опухолью
3. 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.).
4. Эвентрация (стойкое повышение внутрибрюшного давления при кашле, рвоте, ранних физических нагрузках, парез кишечника при перитоните, технические погрешности при ушивании). Большая физ нагрузка
5. Ущемление, травматизация, спаечная непроходимость, угрожающий разрыв (абсолютные); косметический дефект, быстрый рост, узкие ворота, нарушение пассажа пищи, желание пациента.
6. 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.
7. Пластика аутокожей, аутофасцией, капроновой, проленовой или полипропиленовой сеткой. Используется ненатяжной метод. Можно сделать невправимую грыжу вправимой и после экономного иссечения рубцов закрыть дефект аллотрансплантатом.
8. Профилактика пареза кишечника. Бинтовать ноги, аспирин. Наблюдение. Следить за состоянием ССС и ДС, обезболивать. 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 № 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 флуктуация.

1. Сформулируйте клинический диагноз: основной, осложнения основного.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дальнейшая хирургическая тактика.
4. Причины появления трофических язв на нижних конечностях.
5. Современные методы консервативного лечения трофических язв на почве хронической венозной недостаточности.
6. Особенности трофических язв другой этиологии: диабетические, нейротрофические, гипертонические.
7. Показания и методы хирургического лечения.
8. Профилактика трофических язв венозной этиологии.

Ответы

1. Варикозная болезнь III стадии. Осложнения: острый тромбоз поверхностных вен правой голени. Трофическая язва голени
2. Рожь, флегмона подкожной клетчатки,
3. Оперативное лечение. (перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную, в специализированном стационаре различные варианты тромбэктомий.)
4. Застой, отёк, гипоксия, нарушение трофики
5. 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)

Ситуационная 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 отстает 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.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования больного.
4. Рентгенография легких: в верхней доле справа определяется интенсивное неомогенное затемнение легочной ткани с четкой нижней границей. На фоне затемнения видна полость с горизонтальным уровнем жидкости.
5. Окончательный клинический диагноз.
6. Основные методы консервативного лечения.
7. Показания и методы оперативного лечения.

Ответы

1. Бронхоэктатическая болезнь ПЛА (декомпенсация, с частичнообратимыми изменениями в органах)
2. Туберкулез, хронический абсцесс легкого.
3. Рентген грудной клетки, томография, бронхография, бронхоскопия, посев мокроты и промывных вод бронхов, реакция Манту.
4. Хронический абсцесс правого легкого.
5. Дезинтоксикационная терапия, санация бронхиального дерева, антибиотикотерапия, коррекция водно-электролитных нарушений и белкового обмена, нарушений ДС и ССС, повышение иммунологической резистентности организма. Оксигенотерапия.
6. Наличие абсцесса. Методы: лоб-, билоб- или пульмонэктомия.

Ситуационная задача № 34.

Больной И., 45 лет, поступил в клинику через 2 часа после получения травмы в состоянии алкогольного опьянения с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся на вдохе. Со слов больного поскользнулся и упал на левый бок. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. АД 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 100 в минуту; больной лежит на левом боку, изменение положение тела вызывает боли в грудной клетке и животе. На левой половине грудной клетки имеются ссадины и кровоподтеки, локальная болезненность по ходу IX и X ребер слева по средней подмышечной линии. Живот не вздут, при пальпации резко болезнен и напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. В анализе крови: эр. – 4,5 x 10¹²/л, Hb – 130 г/л, Ht – 0,40. При рентгенографии грудной клетки выявлен перелом X ребра слева.

1. Предварительный диагноз, дифференциальная диагностика.
2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
3. При выполнении диагностической лапароскопии в брюшной полости выявлено около 3 литров крови со сгустками, расположенной преимущественно по левому флангу.
4. Дальнейшая хирургическая тактика.
5. Что делать с излившейся в брюшную полость кровью?
6. При ревизии органов брюшной полости во время операции выявлены множественные глубокие разрывы селезенки с распространением на ворота селезенки.
7. Окончательный клинический диагноз.
8. Классификация повреждений селезенки.
9. Современные методы хирургического лечения при травмах селезенки.

Ответы

1. Сочетанная травма: закрытая тупая травма груди и живота, внутрибрюшное кровотечение. Дифференциальная диагностика повреждений органов живота: разрыв полого органа, паренхиматозного, гемоперитонеум; повреждений органов груди: ушиб сердца, повреждение легкого, гемоторакс, пневмоторакс.
2. ЭКГ, обзорная рентгенография, УЗИ органов брюшной полости, диагностическая лапароскопия.
3. Переход в лапаротомию, ревизия брюшной полости (источник кровотечения).
4. Реинфузия.
5. Сочетанная закрытая травма груди и живота: перелом X ребра слева, множественные разрывы селезенки.
6. Одно- и двухмоментные. Открытые (огнестрельные, резаные, колотые). Одиночные, множественные. Подкапсульный разрыв, трещина капсулы, размозжение, отрыв части органа, отрыв от ножки.

7. Подкапсульный разрыв, трещина капсулы, одиночный разрыв, множественные повреждения, размоложение, отрыв части органа, отрыв селезенки от ножки.
8. Спленэктомия, ушивание разрыва, резекция селезенки, аутоотрансплантация.

Ситуационная задача № 35.

Больная И., 64 лет, предъявляет жалобы на боли и тяжесть в правом подреберье особенно при приеме жирной и жареной пищи; сильную отрыжку горечью, усиливающуюся после приема пищи; периодическое срыгивание, особенно при наклонах туловища вперед после еды.

Подобные расстройства беспокоят около двух лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии и правом подреберье. При обследовании: УЗИ - выявлены конкременты в желчном пузыре, ФГДС – рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки, несостоятельность кардиоэзофагеального жома, катаральный рефлюкс-эзофагит; рентгеноскопия пищевода и желудка с бариевой взвесью: пищевод укорочен, складки слизистой кардиального отдела желудка находятся выше диафрагмы.

1. Поставьте полный клинический диагноз.
2. Какие виды сочетанной взаимообусловленной патологии желудочно-кишечного тракта вы знаете?
3. Классификация грыж пищеводного отверстия диафрагмы.
4. Показания к хирургическому лечению скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы, методы хирургического лечения.
5. Что такое симультанная операция?
6. Какие варианты хирургической коррекции возможны у данной больной?

Ответы

1. ЖКБ: хронический холецистит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Рефлюкс-эзофагит. Язвенная болезнь в стадии ремиссии= триада Карвера
2. Холецистит+панкреатит, ЯБ+рефлюкс-эзофагит, ЯБ+панкреатит, ЯБ+колит, панкреатит+колит.
3. Врождённая и приобретённая; скользящие – пищеводные, кардиальные, кардиофундальные, субтотальные, тотальные; параэзофагальные – фундальные, антральные, кишечные, желудочно-кишечные и сальниковые.
4. Неэффективность консервативной терапии, повторяющееся кровотечение, пищевод Баррета, дисплазия эпителия, малигнизация, рубцовая стриктура, дисплазия. Методы: крурорафия, фундопликация по Ниссену, Тоуп.
5. Операция, выполняемая по поводу сочетанной патологии (холецистэктомия и удаление кисты яичника лапароскопическим методом)
6. Лапароскопическая холецистэктомия и гастропексия. Холецистэктомия открытым способом, гастропексия + ваготомия с пилоропластикой.

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 – 11,5х10⁹/л. На обзорной рентгеноскопии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы полоска воздуха.

1. Ваш диагноз, дифференциальная диагностика?
2. Хирургическая тактика.
3. На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином.
4. Дальнейшие действия хирурга?
5. Классификация закрытых повреждений живота.

Ответы

1. Закрытая тупая травма живота. Разрыв полого органа. Разлитой перитонит. Дифференциальная диагностика с прободной язвой желудка, острым деструктивным аппендицитом, дивертикулезом толстой кишки.
2. Лапаротомия, ревизия.
3. Резекция кишки с выведением стомы, затем, после купирования перитонита анастомоз. Санация брюшной полости и дренирование ее назоинтестинальная интубация для разгрузки анастомоза.
4. 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 эпигастриальной 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: эритро. 4,1х10¹², Hb 120 г/л, лейкоц. 7,3х10⁹, 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.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите тип язвенной болезни по Джонсону, какие особенности патогенеза характерны для данного типа язвенной болезни желудка?
3. Какое осложнение язвенной болезни желудка можно заподозрить?
4. Дайте трактовку результатов исследования желудочной секреции.
5. Какой параметр желудочной секреции характеризует критерий «щелочное время»?
6. Нуждается ли больной в проведении дополнительных методов исследования?
7. С чем связана резистентность к консервативной терапии?
8. Показания к плановому оперативному лечению язвенной болезни желудка, показано ли оперативное лечение этому больному?
9. Определите рациональный объем оперативного пособия.

Ответы

1. ЯБЖ, стадия обострения.
2. I тип. (по Джонсону медиагастральная язва, с пониженной кислотностью желудка III – препиллорическая или пилорическая с нормальной или повышенной секрецией, II – язва желудка + ЯБДПК). Преобладание снижения защитных свойств над повышением факторов агрессии (норм- или гипоацидное состояние).
3. Пенетрация, малигнизация.
4. Гипореактивный тип, нормоацидный.
5. Косвенно можно судить о количестве вырабатываемой HCl.
6. Да. Биопсия.
7. Каллезная язва. Пенетрация.
8. Неэффективность консервативного лечения в течение 6 месяцев. Тяжелая форма ЯБ (через 1г); среднетяжелая форма ч/з 3г; гигантские, каллезные язвы, подозрительные на малигнизацию; пенетрирующие.
9. 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 положительный.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием тяжести течения язвенной болезни.
2. Особенности патогенеза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.
3. Какие вопросы следует дополнительно выяснить при сборе анамнеза?
4. Дайте трактовку результатов исследования желудочной секреции.
5. Методика проведения теста медикаментозной ваготомии, с какой целью этот тест проводится и насколько он информативен?
6. Нуждается ли больной в проведении доп. методов исследования?
7. С чем может быть связана резистентность к консервативной терапии?
8. Показания к плановому оперативному лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, показано ли оперативное лечение этому больному?
9. Определите рациональный объем оперативного пособия.

Ответы

1. ЯБДПК средней степени тяжести. Бульбит. Гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс.
2. 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.
3. Сопутствующие, проф, курение, аллергия.

4. 0,1% атропин – 1мл п/к. Проводится перед ваготомией с целью определения эффективности данной операции.
5. Рентген с барием (дуоденостаз), реакция Грегерсена.
6. С чем угодно.
7. Тяжелая форма ЯБ (через 1г); среднетяжелая форма ч/з 4-5л; пенетрирующие.
8. 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. Региструм: Ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала. Общий анализ крови: эритро. $2,8 \times 10^{12}$, 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.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Чем можно объяснить купирование болевого синдрома на фоне кровотечения?
3. Дайте оценку эндоскопической картины с использованием классиф. Forrest.
4. Насколько велика вероятность рецидива кровотечения?
5. Нуждается ли б-ой в экстренном провед. доп. методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Если больному показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
8. Определите рациональный объем оперативного пособия.
9. Показана ли больному гемотрансфузия, если показана, то в каком объеме?
10. Можно ли этому больному по жизненным показаниям иногруппную кровь, если нет одногруппной

Ответы

1. ЯБЖ, желудочное кровотечение, кровопотеря II степени
2. Кровь нейтрализует соляную кислоту (с-м Бергмана)
3. Форест IIБ (состоявшееся кровотечение, крупный сосуд в язве, умеренное количество кофейной гущи в желудке)
4. 40-50%.
5. Обзорная рентгенография брюшной полости (м.б. перфорация).
6. Восполнение ОЦК, гемостатическая терапия, антациды, зонд в желудок, очистительная клизма, поддерживающая терапия, подготовка к операции.
7. Срочном (отсроченном) ч/з 12-24ч.
8. Резекция 2/3 желудка.
9. Да 5мл эр-массы/кг.
10. 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 субиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15х10 см. Per rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритро. $2,7 \times 10^{12}$, Hb 88 г/л, Ht 0,29. Фиброгастродуоденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билирубин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, непрямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Назовите наиболее частые причины крупноузлового цирроза печени.
3. К какой клинической группе по Child следует отнести эту больную?
4. Нуждается ли больная в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
5. Тактика ведения больной?
6. Методика постановки зонда Сенгстакена-Блэкмора.
7. Насколько целесообразно включение в комплексный консервативный вазопрессин?
8. Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?
9. Если больной показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
10. Определите рациональный объем оперативного пособия.

Ответы

1. Цирроз печени. Синдром портальной гипертензии. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Кровопотеря II степени. (I)
2. Вирусный, алкогольный, токсический (соли металлов, яды грибов, афлотоксин, промышленные яды)
3. Нет
4. Зонд Блекмора, питунитрин 20ЕД в 200мл 5% глюкозы.
5. Вызывает сужение артериол, приносящих кровь к непарным органам брюшной полости, отсюда уменьшается отток.
6. Да. Склеротерапия, лигирование, диатермия.
7. Если не остановится, то в экстренном.
8. Операция Таннера (отсекают пищевод, затем пришивают назад), перевязка вен, трансекция аппаратом ПКС.

Ситуационная задача № 41.

Больной С., 32 лет, поступил в хир. отделение с жалобами на сильные боли в животе. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет неоднократно лечился амбулаторно по поводу гастрита. 3 суток назад вновь появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота, озноб. 6 часов назад боли резко усилились и распространились на правые отделы живота. Рвоты не было. К моменту поступления боли несколько снизились. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Астенического телосложения, пониженного питания. Лежит неподвижно, на спине. Попытка сесть вызывает усиление болей. Температура тела 37,00С. Пульс 60 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Язык сухой. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен и болезнен по правому флангу и правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительны по правому

флангу живота и в правой подвздошной области. Кишечная перистальтика удовлетворительная. Общ. анализ крови: эритро. $4,8 \times 10^{12}$, Нб 140 г/л, лейкоц. $12,3 \times 10^9$. Диастаза мочи 64 ЕД.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. С какими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Чем можно объяснить уменьшение болевого синдрома к моменту поступления больного в стационар?
4. Что такое «триада Мондора»?
5. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Существуют ли показания к консервативному лечению этой патологии? В чем заключается консервативное лечение по методу Тэйлора?
8. Чем определяется выбор объема опер. пособия при этой патологии?
9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

Ответы

1. ЯБ. Перфорация. Перитонит.
2. О. панкреатит, аппендицит, холецистит, странгуляционная КН, о. абдоминальный ишемический синдром.
3. Мнимое благополучие (адаптация к агрессии, разведение HCl экссудатом).
4. Язвенный анамнез, кинжальная боль, доскообразный живот.
5. УЗИ, рентгеноскопия, ФГДС, лапароскопия.
6. Экстренная операция.
7. Отказ от операции. Холод на живот, зонд в желудок (постоянная аспирация), а/б, антациды.
8. Локализацией, характером язвы, характером течения ЯБ, возрастом, перитонитом, сопутствующими заболеваниями.
9. Дезинтоксикация, профилактика осложнений со стороны ЖКТ и ССС.

Ситуационная задача №42

Мужчина 53 лет поступил в хирургическое отделение в плановом порядке с жалобами на чувство тяжести в эпигастриальной области, тошноту, отрыжку, рвоту пищей съеденной накануне.

В анамнезе в течение 20 лет страдает язвенной болезнью ДПК, по поводу чего неоднократно лечился в условиях стационара. Четыре года назад перенес операцию (ушивание прободной язвы), после чего в течении последних 2 лет стали нарастать указанные жалобы. Похудел на 7 кг., аппетит хороший, но в последнее время принимать пищу боится из-за рвоты.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожный покров сухой, тургор снижен. Пульс 82 в минуту, ритмичный, АД 130/80 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Определяется «шум плеска», аускультативно увеличение желудка. Перистальтика отчетливая, склонность к запорам.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии

1. Ваш диагноз.
2. О каком осложнении заболевания вы думаете?
3. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо выполнить больному для подтверждения диагноза и выбора последующей тактики?
4. Лечебно - диагностическая тактика.
5. Особенности предоперационной подготовки?
6. Принципы оперативных вмешательств.

7. Ранние и поздние осложнения после операций.
8. Особенности послеоперационного ведения больного.
9. Рекомендации при выписке, трудоспособность.

Ответ

1. Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная стенозом пилоробульбарной зоны.
2. Необходимо думать о стенозе пилоробульбарной зоны.
3. Из дополнительных методов исследования показаны рентгеноскопия желудка и ФГДС. Степень выраженности клинических, биохимических, рентгенологических, эндоскопических изменений зависит от стадии стеноза.
4. Лечебная тактика зависит от степени стеноза.
5. Предоперационная подготовка должна заключаться в коррекции электролитных и белковых нарушений, водного баланса, нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы, промывании желудка в течение 3-5 дней изотоническим раствором хлорида натрия.
6. Выбор метода операции зависит от степени компенсации стеноза. При декомпенсированном стенозе больному показана резекция желудка в плановом порядке.
7. В послеоперационном периоде могут возникнуть осложнения, связанные с кровотечением, несостоятельностью гастроэнтероанастомоза. В поздние сроки могут проявиться болезни резецированного желудка.
8. Инфузионная терапия с адекватным парентеральным питанием. Пристальное внимание уделяется восстановлению моторно-эвакуаторной функции желудка и кишечника. Коррекция обменных нарушений должна продолжаться под контролем биохимических показателей крови.
9. При выписке из стационара рекомендуется лечение в профилактории или санатории гастроэнтерологического профиля.

Ситуационная задача №43

В приемное отделение городского травматологического стационара бригадой «скорой помощи» через 40 минут после травмы (на производстве на левую голень упала кипа листового железа) доставлен мужчина 54 лет с закрытым переломом обеих костей левой голени в средней трети со смещением. Перед транспортировкой выполнена инъекция анальгина, наложена одна лестничная шина по задней поверхности голени от основания пальцев стопы до подколенной ямки. Вы врач приемного отделения.

Вопросы

1. Дополнительные методы исследования?
2. Клинический диагноз?
3. Первичная лечебная иммобилизация?
4. Какое грозное осложнение, связанное с сосудистыми расстройствами при переломах, характерно для переломов голени. Профилактика, диагностика, лечение?
5. Оцените оказание помощи на догоспитальном этапе?
6. План лечения. Наиболее рациональный прием оперативного лечения?
7. Реабилитация?

Ответ

1. Рг-графия в 2-х проекциях, УЗИ сосудов нижних конечностей, ЭКГ, клинический и биохимический анализ крови, мочи.
2. Закрытый неосложненный поперечный перелом обеих костей левой голени со смещением.
3. Демпфированное скелетное вытяжение за пяточную кость (как варианты – гипсовый лонгет, модули спицевых, стрежневых аппаратов внешней фиксации)
4. Компартмент-синдром. Профилактика – надежная лечебная иммобилизация, сосудистая терапия (с учетом данных УЗИ). Наложение нитки Мельникова,

динамическое наблюдение. При угрозе развития компартмент-синдрома – фасциотомия.

- 5 Ошибки бригады «скорой помощи» - неадекватное обезболивание (требуется введение наркотических анальгетиков) и недостаточная транспортная иммобилизация (необходимо три лестничные шины от основания пальцев стопы до верхней трети бедра).
- 6 После купирования сосудистых нарушений (клинически – спадание отека) – через 5-7 дней – оперативное лечение. Наиболее рационален внутрикостный остеосинтез большеберцовой кости (возможно, с блокированием), так как переломы поперечные.
- 7 Современные варианты внутрикостного остеосинтеза – титановыми стержнями прямоугольного поперечного сечения, остеосинтез по методикам АО (в т.ч. с блокированием) позволяет отказаться от дополнительной внешней иммобилизации в послеоперационном периоде. Функция прооперированной конечности восстанавливается задолго до сращения перелома – к 8-10 неделе (сращение к 16 неделям).

Ситуационная задача №44

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

- 1 Ваш диагноз?
- 2 Классификация этой патологии.
- 3 Какие механизмы возникновения данной патологии Вы знаете?
- 4 Какие дополнительные методы исследования следует выполнить?
- 5 Какую тактику лечения следует избрать?
- 6 В чем заключается курс консервативных мероприятий при данной патологии?
- 7 Каковы возможные осложнения данного заболевания?
- 8 Что является показанием к операции и какие виды оперативного лечения применяются при данной патологии?

Ответы

- 1 Эпифренальный пульсионный дивертикул пищевода.
- 2 По механизму возникновения выделяют пульсионные и тракционные дивертикулы, релаксационные и спаечные, по локализации – глоточно-пищеводные (дивертикулы Ценкера), дивертикулы средней трети (бифуркационные) и наддиафрагмальные.
- 3 В данном случае ведущим механизмом возникновения дивертикула, по-видимому, является затруднение прохождения пищи в нижележащих отделах пищевода.
- 4 Обязательный метод обследования – рентгеноскопия пищевода. Для углубленной диагностики причин возникновения дивертикула – гастроскопия, рентгенография легких, спиральная компьютерная томография средостения.
- 5 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).
- 6 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).

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

Ситуационная задача №45

Женщина 34 лет пришла на амбулаторный прием к хирургу. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5 0С, стала затруднительной ходьба.

При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет.

Вопросы

- 1 Ваш диагноз?
- 2 Этиология и патогенез заболевания?
- 3 Классификация заболевания?
- 4 С каким заболеванием необходимо дифференцировать эту патологию?
- 5 Осложнения при данном заболевании?
- 6 Тактика лечения в зависимости от вариантов течения заболевания и объем пособия?

Ответ

- 1 Варикозная болезнь вен левой нижней конечности, осложненная острым восходящим поверхностным тромбофлебитом (варикотромбофлебитом) в бассейне большой подкожной вены.
- 2 Триада Вирхова - изменение реологии крови (состояние гиперкоагуляции), травма стенки сосуда (повреждение эндотелия) и замедление тока крови (стаз). Способствующие факторы - возраст, ожирение, операции и травмы, длительная иммобилизация, беременность и роды, онкологические заболевания, тромбофилические состояния (генетические изменения факторов коагуляции) и др.
- 3 В большинстве случаев осложняет течение варикозной болезни, реже возникает при посттромбофлебитической болезни.
 - ✓ по распространенности: сегментарный (локальный), восходящий;
 - ✓ по локализации: в бассейне большой или малой подкожных вен;
 - ✓ по характеру воспаления: асептический (негнойный), гнойный.
- 4 С лимфангоитом, рожистым воспалением и аллергическим дерматитом, с ущемленной бедренной грыжей при локализации процесса в варикозной аневризме терминального отдела большой подкожной вены.
- 5 Тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии (при восходящем тромбофлебите).
- 6 При сегментарном тромбофлебите на голени – консервативное лечение амбулаторно, при первичной локализации тромбоза на бедре консервативное лечение и наблюдение в стационаре, при восходящем тромбофлебите – операция Троянова-Тренделенбурга (разобщение сафено-фemorального соустья, кроссэктомия) в экстренном порядке с возможным одномоментным удалением ствола тромбированной вены и последующим решением вопроса об устранении варикозного синдрома.

Ситуационная задача №46

Женщина, 46 лет, 20 лет назад оперирована по поводу грыжи белой линии живота, 15 лет назад рецидив грыжи. В настоящее время при вертикальном положении больной отмечается выпячивание 10 x 8 см, не вправляющееся в брюшную полость. Периодически отмечает запоры. Предполагалась повторная операция, но больная отказывалась. Грыжевое выпячивание имеет тенденцию к увеличению, грыжевые ворота до 5 – 7 см в диаметре.

Сегодня, ввиду ухудшения погоды и понижения атмосферного давления, появились боли в грыжевом выпячивании. Боли постоянные, усиливаются при движениях. В прошлом подобные боли имели место, особенно после физической нагрузки.

Объективно: Язык влажный. Пульс 88 в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. АД – 130/80 мм.рт.ст. Тошноты, рвоты нет.

Больная обратилась к Вам на прием.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии

- 1 Ваш диагноз?
- 2 Классификация заболевания.
- 3 Дополнительные методы обследования?
- 4 С чем следует проводить дифференциальную диагностику?
- 5 Виды оперативного лечения.
- 6 Возможные осложнения послеоперационного периода и их профилактика.

Ответ

- 1 Рецидивная невправимая грыжа белой линии живота. Копростаз?
- 2 Вправимая, невправимая, ущемленная; по локализации: пупочная, белой линии живота, спигелиевой линии, мечевидного отростка, поясничные, промежностные, седалищные; осложненная, неосложненная; по размерам: малая, большая, гигантская;. Обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ
- 3 Ущемление, спаечная болезнь брюшной полости, спаечная кишечная непроходимость, невправимость
- 4 Методы герниопластики:
 - ✓ Фасциально-апоневротическая
 - ✓ Мышечно-апоневротическая
 - ✓ Мышечная
 - ✓ Пластика с применением биологических (аллопластика) и синтетических (эксплантация) материалов (onlay, sublay, inlay).
 - ✓ 13. - Комбинированная
- 5 Послеоперационные осложнения: дыхательная недостаточность, ранняя спаечная кишечная непроходимость, нагноение, кровотечение в рану или брюшную полость, инфильтрат, лигатурные свищи
- 6 Профилактика: Оперативное лечение выполняют в плановом порядке после предоперационной подготовки, включающей профилактику возможных кардиореспираторных осложнений, связанных с одномоментным повышением внутрибрюшного давления после герниопластики. Грыжесечение дополняют разделением сращений, дефект брюшной стенки замещают различными видами ауто- или аллотрансплантатов. Наиболее часто применяют полипропиленовый сетчатый трансплантат. В зависимости от способа размещения эндопротеза различают методику герниопластики onlay (сетка подшивается на апоневроз) и sublay (трансплантат помещается под апоневроз в предбрюшинное пространство). При больших размерах грыжевых ворот показана ненатяжная пластика, когда дефект в апоневрозе замещается сетчатым трансплантатом в виде "заплаты" (методика inlay). При рецидивных грыжах в послеоперационном периоде назначаются антибактериальные препараты.

Ситуационная задача №47

Больной 60 лет госпитализирован в хирургическое отделение через 6 суток после появления болей в правой подвздошной области. Состояние больного удовлетворительное. Температура — 37,2°. Озноба не было. При пальпации живота — болезненность в правой подвздошной области, где определяется уплотнение размерами 7×8 см с нечеткими границами, болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный. Симптомы Ровзинга, Ситковского положительные. Со слов

больного в течение последних 6 месяцев отмечает некоторое усиление запоров. Лейкоцитоз - $10.2 \times 10^9/\text{л}$.

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Какое заболевание следует исключить?
- 3) Показана ли экстренная операция?
- 4) Ваша лечебная тактика и обследования?

Ответ:

- 1) Острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат.
- 2) Рак слепой кишки.
- 3) Нет.
- 4) Проведение консервативной противовоспалительной терапии. При рассасывании инфильтрата необходимо обследование - ирригоскопия или колоноскопия. Затем операция в плановом порядке по поводу хронического аппендицита (аппендэктомия) через 3 месяца. При появлении клиники абсцедирования показана экстренная операция - вскрытие и дренирование абсцесса.

Ситуационная задача №48

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 — $14.5 \times 10^9/\text{л}$.

- 1) Ваш предварительный диагноз?
- 2) Какое заболевание следует исключить?
- 3) Какое обследование необходимо провести для его исключения?
- 4) Какое решение должно быть принято?

Ответ:

- 1) Острый аппендицит.
 - 2) Дифференциальный диагноз с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.
 - 3) Обзорная рентгенография брюшной полости на свободный газ.
- После исключения перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки экстренная операция — аппендэктомия.

Ситуационная задача №49

Женщина 32 лет. Вторая беременность — 34 недели. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. Около 8 часов назад появились небольшие боли в эпигастриальной области. Была однократная рвота. Спустя 1,5 часа боли сместились в область правого подреберья. Боли носят постоянный характер, без иррадиации. Температура тела — $32,7^\circ$. Лейкоциты — $11,6 \times 10^9/\text{л}$. Язык несколько суховат. Живот увеличен в размерах за счет матки. При пальпации напряжен и болезненный в области правого подреберья. Симптом Щеткина-Блюмберга не выражен, Ровзинга отрицательный, Ситковского положительный.

- 1) Ваш предварительный диагноз?
- 2) Какое заболевание следует исключить и как?
- 3) Ваша тактика лечения?

Ответ:

- 1) Острый аппендицит.
- 2) Учитывая анамнез, локализацию болей необходимо исключить острый холецистит. Необходимо выполнить УЗИ.

- 3) Экстренное оперативное вмешательство, если нельзя исключить острый аппендицит.

Ситуационная задача №50

У больного 22 лет, оперированного 16 часов тому назад по поводу острого аппендицита, появилась слабость, головокружение. Температура нормальная. Кожные покровы бледные, пульс 110/в минуту. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. В отлогих местах живота при перкуссии определяется укорочение перкуторного звука, граница которого смещается при повороте больного на бок. Лейкоцитоз $11,2 \times 10^9/\text{л}$.

- 1) Какое осложнение вы заподозрили у больного?
- 2) Чем подтвердите ваше предположение?
- 3) Что следует предпринять?

Ответ:

- 1) Внутрибрюшное кровотечение.
- 2) Общий анализ крови (эритроциты, Hb), УЗИ органов брюшной полости на свободную жидкость.
- 3) Экстренная операция — релапаротомия, остановка кровотечения.

Ситуационная задача №51

У больной 50 лет, поступившей в хирургическое отделение на 4-е сутки от начала заболевания, диагноз острого аппендицита несомненен. Ни при пальпации, ни при влагалищном и ректальном исследовании четких данных об инфильтрате не обнаружено. Больную решено оперировать. Вскрыта брюшная полость и обнаружен плотный аппендикулярный инфильтрат.

- 1) Каковы ваши действия на операционном столе?
- 2) Каково дальнейшее лечение больной?

Ответ:

- 1) Дренирование области инфильтрата (для введения антисептиков). Ушивание раны.
- 2) Проведение консервативной противовоспалительной терапии. Плановое оперативное лечение — аппендэктомия через 2–3 месяца.

Ситуационная задача №52

У больного 54 лет с правосторонней паховой грыжей во время перестановки мебели возникла резкая боль в правой паховой области, продолжающаяся после прекращения усилия, что побудило больного обратиться за помощью в лечебное учреждение. При осмотре: установлено наличие в правой паховой области опухолевидного образования овальной формы размерами $6 \times 4 \times 3$ см тугоэластической консистенции, болезненное при пальпации и не вправляющееся в брюшную полость. Кашлевой толчок не проводится.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
- 3) Лечебная тактика

Ответ:

- 1) Ущемленная правосторонняя паховая грыжа
- 2) С копростазом и ложным ущемлением
- 3) Экстренное оперативное вмешательство

Ситуационная задача №53

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 эпигастриальной области к концу дня. При контрольном эндоскопическом и рентгенологическом исследовании установлено, что язва зарубцевалась, однако бариевая взвесь задерживается в желудке на 14 часов.

- 1) Сформулируйте развернутый диагноз?
- 2) Показано ли больному оперативное лечение?
- 3) Если показано, то какую операцию Вы бы выбрали, если нет, то какое лечение Вы назначите?

Ответ:

- 1) Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка.
- 2) Да.
- 3) Резекция 2/3 желудка.

Ситуационная задача №54

Больная 52 лет жалуется на периодически появляющиеся боли приступообразного характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку с повышением температуры тела до 39- 39,5 °С, проливными потами в течение последнего года. За последний месяц такие приступы участились и стали появляться каждые 2–3 дня. Иногда приступы сопровождались появлением желтухи, которая быстро исчезала, а затем появлялась вновь. Общее состояние оставалось удовлетворительным. Отмечала некоторую слабость. Живот обычной формы, мягкий. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в эпигастральной области. Лейкоцитов в крови $9,2 \times 10^3$ в 1 мкл, СОЭ 38 мм/час. При УЗИ желчный пузырь обычных размеров, содержит конкременты, имеется дилатация внутрипеченочных протоков, холедох 1,2 см.

- 1) Какой диагноз Вы поставите?
- 2) Какова тактика дополнительного обследования и лечения?

Ответ:

- 1) Имеется осложнение желчнокаменной болезни — холангит.
- 2) Выполнение ЭРПХГ и ЭПСТ для устранения причин холангита — холедохолитиаза или/и стеноза БДС, после необходимо выполнение холецистэктомии.

Ситуационная задача №55

Больная 69 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым сахарным диабетом, кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения II, А степени. Приступы холецистита у больной бывают 3–4 раза в год. Два дня назад после погрешностей в диете начался очередной болевой приступ с иррадиацией болей в правое плечо и лопатку, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. При поступлении состояние средней тяжести, определяется болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Кера, френкиус-симптом. УЗИ при поступлении — желчный пузырь 146×72 мм, стенка желчного пузыря 8 мм, в области шейки желчного пузыря фиксированный конкремент 41×32 мм, холедох 6 мм. Начата консервативная терапия. При динамическом УЗИ спустя сутки ультразвуковая семиотика прежняя.

- 1) Какой диагноз у больной, что подтверждает диагноз?
- 2) Принципы консервативной терапии?
- 3) Лечебная тактика, возможность применения малоинвазивных методов хирургического лечения (указать каких)?

Ответ:

- 1) Острый обтурационный калькулезный холецистит, что подтверждается клинической картиной и данными УЗИ.
- 2) В течение 24–48 часов после поступления проводится консервативная терапия (антибиотикотерапия, спазмолитики, инфузионная терапия).
- 3) Неэффективность консервативной терапии в течение 24–48 часов является показанием к срочной операции, учитывая сопутствующую патологию

необходимо выполнить малоинвазивные операции (холецистостомия под контролем УЗИ, открытая холецистостомия под местной анестезией).

Ситуационная задача №56

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.

- 1) Какое интраоперационное исследование не выполнено у больного?
- 2) Что могло послужить причиной образования наружного желчного свища?
- 3) Какова лечебная тактика?

Ответ:

- 1) Интраоперационная холеграфия.
- 2) Желчная гипертензия, связанная с наличием резидуального камня холедоха или стеноза ДОХ или БСДК.
- 3) Выполнение ЭРПХГ с последующей ЭПСТ.

Контрольные вопросы

для проведения экзамена по курсу «Хирургические болезни» 6 семестр

1. Ишемическая болезнь сердца. Показания к хирургическому лечению.
2. Достижения отечественной трансплантологии, микрохирургии, кардиологии.
3. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей.
4. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение.
5. Хирургические заболевания сердца.
6. Хирургическая анатомия и физиология легких. Методы обследования.
7. Врожденные и приобретенные пороки сердца. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Показания к операции. Методы хирургического лечения.
8. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению. Способы реваскуляризации миокарда.
9. Постинфарктная аневризма сердца. Классификация постинфарктных аневризм сердца. Клиника, диагностика.
10. Перикардит. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение различных форм перикардита.
11. Острый абсцесс легкого. Этиология, классификация, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
12. Хронический абсцесс легкого. Причины и критерии перехода острого абсцесса в хронический. Клиника. Медикаментозное и хирургическое лечение.
13. Острая эмпиема плевры. Способы и показания к дренированию плевральной полости.
14. Хроническая эмпиема плевры. Определение. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Клиника, диагностика, лечение. Торакопластика.

15. Опухоли и кисты средостения. Доброкачественные опухоли легких.
16. Заболевания щитовидной железы.
17. Узловой зоб. Этиопатогенез. Признаки зобной эндемии. Клиника, диагностика. Лечение. Показания к операции. Профилактика.
18. Аутоиммунный тиреоидит.
19. Заболевания и повреждения пищевода. Хирургическая анатомия и физиология пищевода. Классификация и методы диагностики.
20. Синдром дисфагии и хирургические заболевания пищевода. Причины, клиника, диагностика, лечение.
21. Эзофагоспазм и ахалазия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Кардиодилатация. Техника. Показания к хирургическому лечению, принципы операции.
22. Дивертикулы пищевода. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
23. Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Лечение бужированием, методы бужирования. Хирургическое лечение.
24. Диафрагмальные грыжи. Клиника, диагностика, хирургическое лечение
25. Заболевания желчевыводящих путей. Хирургическая анатомия и физиология желчевыводящих путей. Классификация заболеваний.
26. Миниинвазивные методы обследования и лечения желчевыводящих путей.
27. Калькулезный холецистит. Показания и методы операций.
28. Холедохолитиаз, рубцовые стриктуры, холангиты, опухоли. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
29. Механическая желтуха. клиника, диагностика, принципы консервативного лечения. Методы интраоперационной диагностики.
30. Постхолецистэктомический синдром. Причины, клиника, диагностика, принципы лечения.
31. Хирургические заболевания печени. Бактериальные и паразитарные абсцессы печени. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
32. Эхинококкоз печени. Эпидемиология. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика.
33. Синдром портальной гипертензии. Классификация. Гиперспленизм. Клиника и диагностика. Показания, противопоказания и принципы хирургического лечения.
34. Кровотечение из расширенных вен пищевода и кардии. Консервативное лечение. Методы хирургического лечения. Болезнь Бадда–Киари.
35. Заболевания селезенки. Показания к спленэктомии.
36. Основные принципы диагностики и лечения болезней оперированного желудка. Классификация болезней оперированного желудка
37. Причины возникновения, клинические проявления, методы диагностики. Методы консервативной терапии. Показания к хирургическому лечению. Реабилитация больных.
38. Заболевания поджелудочной железы. Хронический панкреатит.
39. Кисты и свищи поджелудочной железы. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению.
40. Гормонально-активные опухоли поджелудочной железы. Клиника, диагностика, лечение.
41. Заболевания аорты и ее ветвей. Каротидный атеростеноз. Клиника, диагностика, лечение
42. Облитерирующий атеросклероз. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению. Методы операций. Профилактика заболеваний.
43. Облитерирующий эндартериит. Методы операций.

44. Болезнь Рейно. Этиопатогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению. Методы операций.
45. Тромбофлебиты нижних конечностей. Консервативное и хирургическое лечение, показания и противопоказания к нему.
46. Флеботромбозы нижних конечностей. Консервативное и хирургическое лечение, показания и противопоказания к нему.
47. Посттромбофлебитический синдром. Определение. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Консервативное лечение.
48. Лечение трофических язв. Показания к оперативному лечению и выбор способа операции.
49. Тромбозы и эмболии. Этиология. Клиника острого тромбоза и эмболии, клинические стадии. Методы диагностики. Консервативные методы лечения. Методы хирургического лечения.
50. Илеофemorальный тромбоз. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к различным методам лечения. Лечение.
51. Профилактика флеботромбоза.
52. Эмболия легочной артерии. Предрасполагающие факторы, клинические формы, методы диагностики. Консервативное лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению, методы хирургического лечения.

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
Текущий контроль успеваемости			
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	<p>Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.</p> <p>В тестовых заданиях используются четыре типа вопросов:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 	Фонд тестовых заданий	

	<p>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> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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. 		
Промежуточная аттестация			
Зачет	<p>Форма проверки знаний, умений и навыков, приобретенных обучающимися в процессе усвоения учебного материала лекционных, практических и семинарских занятий по дисциплине.</p>	Вопросы к зачету	Двухбалльная шкала
Экзамен	<p>Служит для проверки результатов обучения в целом и в полной мере позволяет оценить совокупность приобретенных обучающимся универсальных и 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>	Вопросы к государственному экзамену	Четырехбалльная шкала

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:

1. Формирование умений самостоятельной работы с источниками литературы, их систематизация.
2. Развитие навыков логического мышления.
3. 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 зачета

Зачет – это форма проверки знаний, умений и навыков, приобретенных обучающимися в процессе усвоения учебного материала лекционных, практических и семинарских занятий по дисциплине.

Оценка **«зачтено»** выставляется студенту, который:

- прочно усвоил предусмотренный программный материал;
- правильно, аргументировано ответил на все вопросы, с приведением примеров;
- показал глубокие систематизированные знания, владеет приемами рассуждения и сопоставляет материал из разных источников: теорию связывает с практикой, другими темами данного курса, других изучаемых предметов
- без ошибок выполнил практическое задание.

Обязательным условием выставленной оценки является правильная речь в быстром или умеренном темпе.

Дополнительным условием получения оценки «зачтено» могут стать хорошие успехи при выполнении самостоятельной и контрольной работы, систематическая активная работа на семинарских занятиях.

Оценка **«не зачтено»** Выставляется студенту, который не справился с 50% вопросов и заданий билета, в ответах на другие вопросы допустил существенные ошибки. Не может

ответить на дополнительные вопросы, предложенные преподавателем. Целостного представления о взаимосвязях, компонентах, этапах развития культуры у студента нет.

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 рвзносторронними навыками и приемами выполнения практических навков, обнаруживает умение самосчтоятельно 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

8.1 Основная литература

1. 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>

2. 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>

3. 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>

8.2 Дополнительная литература

4. 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>
5. 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>
6. 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>
7. 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>
8. 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.mkgtn.ru:8002/libdata.php?id=2100018870>
9. Дыдыкин, С.С. Современные хирургические инструменты [Электронный ресурс]: справочник / С.С. Дыдыкин, Е.В. Блинова, А.Н. Щербюк - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 144 с. - ЭБС «Консультант врача» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437421.html>
10. Детская хирургия. Национальное руководство [Электронный ресурс]: краткое издание / под ред. А.Ю. Разумовского; отв. ред. А.Ф. Дронов - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 784 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438039.html>
11. 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>
12. 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>
13. Оформление академической истории болезни хирургического больного [Электронный ресурс]: методическое пособие для студентов 3-го курса лечебного факультета / [сост.: М.С. Болоков, Р.М. Хадж Мохамед]. - Майкоп: ИП Коблева М.Х., 2014. - 18 с. - Режим доступа: <http://lib.mkgtn.ru:8002/libdata.php?id=00035944>
14. 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>
15. Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. А.Ф. Черноусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 496 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421161.html>
16. Черноусов, А.Ф. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423929.html>

8.3 Информационно-телекоммуникационные ресурсы сети «Интернет»

17. Образовательный портал ФГБОУ ВО «МГТУ» [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://mkgtn.ru/>
18. Официальный сайт Правительства Российской Федерации. [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.government.ru>

19. Информационно-правовой портал «Гарант» [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.garant.ru/>
20. Научная электронная библиотека www.eLIBRARY.RU – Режим доступа: <http://elibrary.ru/>
21. Электронный каталог библиотеки – Режим доступа: <http://lib.mkgstu.ru:8004/catalog/fol2>;
22. Единое окно доступа к образовательным ресурсам: Режим доступа: <http://window.edu.ru/>
23. Федеральная электронная медицинская библиотека Режим доступа: <http://www.femb.ru/>
24. Медицинский образовательный сайт социальная сеть для врачей: Режим доступа: <https://vrachivmeste.ru/>
25. 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 «Хирургические болезни» 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.

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

Наименование программного обеспечения, производитель	Реквизиты подтверждающего документа (№ лицензии, дата приобретения, срок действия)
Microsoft Office Word 2015	Операционная система «Windows», договор 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
Офисный пакет WPSOffice	Свободно распространяемое ПО

10.2 Перечень необходимых информационных справочных систем.

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента». Коллекции: Медицина. Здравоохранение (ВПО), ГЭОТАР-Медиа. Премиум комплект <http://www.studentlibrary.ru/>
2. Электронная библиотечная система «ZNANIUM.COM» <http://www.znanium.com>
3. Электронно-библиотечная система IPR BOOKS <http://www.iprbookshop.ru>
4. Консультант Плюс – справочная правовая система <http://consultant.ru>

5. Научная электронная библиотека (НЭБ) <http://www.elibrary.ru>
6. Киберленинка <http://cyberleninka.ru>
7. Национальная электронная библиотека <http://www.нэб.рф>.

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»:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) система для отработки навыков родовспоможения и оказания приемов неотложной медицинской помощи в акушерской практике; б) манекен взрослого человека для обучения сердечно – легочной реанимации с компьютерной регистрацией результатов. <p>Станция 2. «Экстренная медицинская помощь»:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) медицинский образовательный робот – симулятор У1 уровня реалистичности; б) набор муляжей травм по обучению оказания медицинской помощи при различных травмах; в) манекен ребенка первого года жизни для сердечно – легочной реанимации; г) дефибриллятор ShiLLLR д) мод. EasiTrainer с принадлежностями. <p>Станция 3. «Неотложная медицинская помощь»:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) фантом руки для венепункции и венесекции; б) тренажер для отработки базовых хирургических навыков с набором тканей; в) симулятор для промывания желудка; г) фантом для обработки парентеральных инъекций. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Microsoft Office Word 2015. 0376100002715000 045-0018439-01 от 19.06.2015. 2. Adobe Reader 9. Бесплатно, бессрочный. 3. K-Lite Codec Pack, Codec Guide. Бесплатно, бессрочный. 4. OCWindows7, Microsoft Corp. № 00371-838-5849405-85257, 23.01.2012, бессрочный. 5. 7-zip.org. GNU LGPL. 6. Офисный пакет WPSOffice. Свободно распространяемое ПО.

<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:</p> <p>Анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии;</p> <p>Общей хирургии;</p> <p>Сосудистой хирургии;</p> <p>Травматологии и ортопедии;</p> <p>специальная литература; компьютер, оргтехника, аудио-, видеотехника; лабораторное и лечебно-диагностическое оборудование больницы находится в совместном пользовании в соответствии с договором; Оснащенный операционный блок, перевязочная, аппарат для искусственной вентиляции легких РО-3, эндоскопический кабинет, гастроскоп, колоноскопы, кабинет УЗИ диагностики, стационарная ультразвуковая универсальная</p>	<p>Станция 4. «Физикальное исследование пациента»:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Манекен для диагностики сердечно – сосудистых заболеваний; б) манекен для аускультации и пальпации грудной клетки. в) Станция 5. «Диспансеризация»: г) манекен для брюшной пальпации и аускультации; д) манекен для определения величины артериального давления. <p>Переносное мультимедийное оборудование. Мебель для аудиторий. Аудиторная доска.</p> <p>Переносное мультимедийное оборудование. Мебель для аудиторий. Аудиторная доска.</p>	
---	--	--

<p>установка; микроскопы «Биолам Р-12», микроскоп МБС-9Аудитория для занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации: для проведения кураций – хирургическое отделение АРКБ, перевязочные №1, №2, операционная. компьютер, оргтехника, аудио- видеотека; компьютерный томограф-64; ЭЭГ ЭХО-ЭС РЭГ; УЗДГ; ЭКГ МАС-500 (3-х к); суточное монитор ЭКГ; суточное монитор АД; аппарат для высокочастотной магнитотерапии (индуктотермии); аппарат для дарсонвализации; аппарат для лечения интерференционными и диадинамическими токами; аппарат для микроволновой (МВ), СВЧ-терапии (диатермии); аппарат для УВЧ (ДМВ) – терапии, аппарат лазерной и магнитолазерной терапии</p> <p>Помещение для хранения и профилактического обслуживания оборудования: информационно-технический отдел, г. Майкоп, ул. Первомайская, 191, каб. 318.</p>	<p>Технические средства обучения, служащие для предоставления учебной информации большой аудитории</p>	
<p align="center">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>2. Компьютерный класс, читального зала научной библиотеки ФГБОУ ВО</p>	<p>Мебель для аудиторий. Библиотечный фонд специальной литературы.</p>	<p>1. Microsoft Office Word 2015. 0376100002715000 045-0018439-01 от 19.06.2015. 2. Adobe Reader 9. Бесплатно, бессрочный. 3. K-Lite Codec Pack, Codec Guide. Бесплатно, бессрочный.</p>

<p>«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>Компьютерный класс на 30 посадочных мест, оснащенный компьютерами «msi» с выходом в Интернет.</p> <p>Фантомы, манекены, тренажеры, роботы – симуляторы, системы для отработки навыков оказания медицинской помощи и т.д.</p>	<p>4. ОС Windows 7, Microsoft Corp. № 00371-838-5849405-85257, 23.01.2012, бессрочный.</p> <p>5. 7-zip.org. GNU LGPL.</p> <p>6. Офисный пакет WPSOffice. Свободно распространяемое ПО.</p>
--	---	--

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

На _____ учебный год

В рабочую программу **Хирургические болезни**

для направления (специальности) **31.05.03 Стоматология** вносятся следующие
(код, наименование)

дополнения и изменения:

Дополнения и изменения внес

Дополнения и изменения рассмотрены и одобрены на заседании кафедры

«_____» _____ 202__ г

Заведующий кафедрой

Болоков М.С.
