Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Задорожная Людмила Ивановна
Должность: Проректор по учебной работе
Дата подписания: 19.09.2025 15:41:32
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

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
_____ Л.И. Задорожная
«23» августа 2021 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

по дисциплине Б1.О.52 Госпитальная хирургия

по специальности 31.05.01 Лечебное дело

квалификация выпускника Врач-лечебник

форма обучения Очная

год начала подготовки 2021

Майкоп

Рабочая программа составлена на основе ФГОС ВО и учебного плана МГТУ по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

Составитель рабочей программы:

Доцент, канд. мед. наук, доцент		М.С. Болоков
(должность, ученое звание, степень)	(подпись)	(Ф.И.О.)

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

Заведующий кафедрой
«20» 05 20 г.

	М.С. Болоков
(подпись)	(Ф.И.О.)

Одобрено научно-методической комиссией факультета
(где осуществляется обучение) « » 20 г.

Председатель
научно-методического
совета специальности
(где осуществляется обучение)

	М.М. Дударь
(подпись)	(Ф.И.О.)

Врио декана факультета
(где осуществляется обучение)
«20» 05 20 г.

	Х.А. Намитоков
(подпись)	(Ф.И.О.)

СОГЛАСОВАНО:
Начальник УМУ
«20» 05 20 г.

	Н.Н. Чудесова
(подпись)	(Ф.И.О.)

Зав. выпускающей кафедрой
по специальности

	М.М. Дударь
(подпись)	(Ф.И.О.)

1. Цели и задачи дисциплины

Цель освоения учебной дисциплины «Госпитальная хирургия» 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 «Госпитальная хирургия» входит в перечень дисциплин базовой части блока по специальности *31.05.01 «Лечебное дело»* высшего медицинского образования, изучается в IX, X и XI семестре. Ее роль в общей системе подготовки врача является одной из ведущих.

Обучение «Госпитальной хирургии» предполагает наличие у студентов интегрированных знаний доклинических и клинических дисциплин**: Анатомия человека; Пропедевтика внутренних болезней; Общая хирургия, лучевая диагностика; Фармакология; Патофизиология, клиническая патофизиология; Патологическая анатомия, клиническая патанатомия; Оперативная хирургия и топографическая анатомия; Акушерство и гинекология; Онкология; Факультетская хирургия, урология; Госпитальная терапия, эндокринология.** Дисциплина «Госпитальная хирургия» изучается посредством лекций, практических занятий и самостоятельной работы.

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.

Наименование категорий универсальных компетенций	Код и наименованиеуниверсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции	Дескрипторы
Теоретические и практические основы профессиональной деятельности	**ПКУВ-1** Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах готовностью к ведению медицинской документации	ПК-1.ИД1 - Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах	**Знать** • Этиология, патогенез и патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов • Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей) • Методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) • Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания
			Уметь: • Выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;
			Владеть: • Оценка состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах
		ПК-1.ИД2 – Распознает состояния, возникающие при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме	**Знать** • Перечень методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния пациента, основные медицинские показания к проведению исследований и интерпретации результатов
			Уметь: • Выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе

			клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания
			Владеть: • Распознавание состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; • Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме
		ПК-1.ИД3 – Оказывает медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента	**Знать:** • Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации
			Уметь: • Выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме
			Владеть: • Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания) • Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента

		ПК-1.ИД4 – Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах	**Знать:** • Принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) • Правила выполнения наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания
			Уметь: • Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией)
			Владеть: • Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах
Теоретические и практические основы профессиональной деятельности	**ПКУВ-2** - Способен проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ПК-2.ИД1 – Собирает жалобы, анамнез жизни и заболеванияпациента инструментальных обследований пациента	**Знать:** • законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативные правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников • Методика сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента
			Уметь: • Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию
			Владеть: • сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента
		ПК-2.ИД2 – Проводит полное физикальное обследование пациента	**Знать:** • Закономерности функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения

		(осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах • Методика полного физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
			Уметь: • Проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты
			Владеть: • Проведение полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
		ПК-2.ИД 3 – Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента	**Знать:** • Методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов
			Уметь: • Осуществлять раннюю диагностику заболеваний внутренних органов
			Владеть: • Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
		ПК-2.ИД8 Проводит дифференциальную диагностику с другими заболеваниями (состояниями), в том числе неотложными	**Знать:** • Этиология, патогенез и патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов
			Уметь:

			• Проводить дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний
			Владеть: • Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными
		ПК-2.ИД9 - Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	**Знать:** • МКБ
			Уметь: • Анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований • Интерпретировать данные, полученные при лабораторном обследовании пациента • Интерпретировать данные, полученные при инструментальном обследовании пациента
			Владеть: • становление диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

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

4.1 Общая трудоемкость дисциплины составляет **8 зачетных единиц (288 часов).**

Вид учебной работы	Всего Часов/з.ед	Семестры		
		9	10	11
Контактные часы (всего)	**188,85/5,2**	**68,25/1,9**	**52,25/1,4**	**68,35/1,9**
В том числе:				
Лекции (Л)	54/1,5	16/0,4	18/0,5	20/0,5
Практические занятия (ПЗ)	134/3,7	52/1,4	34/0,9	48/1,3
Семинары (С)				
Лабораторные работы (ЛР)				
Контактная работа в период аттестации (КРАт)	**0,35/0,009**			0,35/0,009
Самостоятельная работа под руководством преподавателя (СРП)	**0,5/0,001**	0,25/0,007	0,25/0,007	
Самостоятельная работа студентов (СРС) (всего)	**72,5/2,0**	**3,75/0,1**	**19,75/0,5**	**49/1,4**
В том числе:				
Курсовой проект (работа)	-	-	-	-
Расчетно-графические работы	-	-	-	-
Реферат	14/0,4	1/0,02	4/0,3	9/0,25
Другие виды СРС (если предусматриваются, приводится перечень видов СРС)				
1. Изучение разделов и тем дисциплины, вынесенных за рамки практических занятий.	27,5/0,7	1,75/0,03	7,75/0,5	18/0,5
2. Оформление карт микрокурации	13/0,3		4/0,25	9/0,025
3. Оформление историй болезни	18/0,5	1/0,02	4/0,5	13/0,36
Контроль всего	**26,65/0,7**			**26,65/0,7**
Форма промежуточной аттестации: **зачет, экзамен**		*зачет*	*зачет*	***экзамен***
Общая трудоемкость	**288/8**	**72/2**	**72/2**	**144/4**

5. Структура и содержание дисциплины

5.1. Структура дисциплины

№ п/п	Раздел дисциплины	Неделя семестра	Виды учебной работы, включая самостоятельную и трудоемкость (в часах)						Формы текущего контроля успеваемости *(по неделям семестра)* Форма промежуточной аттестации *(по семестрам)*
			Л	С/ПЗ	КРАт	СРП	Контроль	СР	
IX семестр									
1.	**Раздел 1.** Введение	1	1	-	-			-	Теоретический разбор
2.	**Раздел 2.** Заболевания органов пищеварительного тракта	1-17	9	32				1	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	8				1	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				1,75	Контроль за освоением практических навыков при курации больного, вечернем дежурстве и на зачетном занятии, экзамен
	Промежуточная аттестация	***18***				***0,25***			***Зачет в устной форме***
	Итого за IX сем.		**16/0,4**	**52/1,4**		**0,25/0,007**		**3,75/0,1**	
X семестр									
1.	**Раздел 5.** Заболевания желчных путей и поджелудочной железы	1-17	6	10				3,75	Контроль за освоением практических навыков при курации больного, вечернем дежурстве и на зачетном занятии, экзамен

№ п/п	Раздел дисциплины	Неделя семестра	Виды учебной работы, включая самостоятельную и трудоемкость (в часах)						Формы текущего контроля успеваемости *(по неделям семестра)* Форма промежуточной аттестации *(по семестрам)*
			Л	С/ПЗ	КРАт	СРП	Контроль	СР	
2.	**Раздел 6.** Заболевания сердца и сосудов	1-17	2	6				3	Контроль за освоением практических навыков при курации больного, вечернем дежурстве и на зачетном занятии, экзамен
3.	**Раздел 7.** Заболевания щитовидной железы	1-17	2	6				3	Контроль за освоением практических навыков при курации больного, вечернем дежурстве и на зачетном занятии, экзамен
4.	**Раздел 8.** Заболевания легких, плевры и средостения	1-17	2	6				3	Контроль за освоением практических навыков при курации больного, вечернем дежурстве и на зачетном занятии, экзамен
5.	**Раздел 9.** Общие вопросы клинической хирургии	1-17	4	-	-			4	Контроль за освоением практических навыков при курации больного, вечернем дежурстве и на зачетном занятии, экзамен
6.	**Раздел 10.** Заболевания молочной железы	1-17	2	6				3	Контроль за освоением практических навыков при курации больного, вечернем дежурстве и на зачетном занятии, экзамен
	Промежуточная аттестация	***18-19***				***0,25***			***Зачет в устной форме***
	Итого за X сем.		***18/0,5***	***34/0,9***		***0,25/0,007***		***19,75/0,5***	
XI семестр									
1.	**Раздел 11.**	1-17	16	36				16	Контроль за освоением практических навыков при курации

№ п/п	Раздел дисциплины	Неделя семестра	Виды учебной работы, включая самостоятельную и трудоемкость (в часах)						Формы текущего контроля успеваемости *(по неделям семестра)* Форма промежуточной аттестации *(по семестрам)*
			Л	С/ПЗ	КРАт	СРП	Контроль	СР	
	Заболевания органов пищеварительного тракта								больного, вечернем дежурстве и на зачетном занятии, экзамен
2.	**Раздел 12.** Заболевания легких, плевры и средостения	1-17	2	-				16	Контроль за освоением практических навыков при курации больного, вечернем дежурстве и на зачетном занятии, экзамен
3.	**Раздел 13.** Общие вопросы клинической хирургии	1-17	2	12				17	Контроль за освоением практических навыков при курации больного, вечернем дежурстве и на зачетном занятии, экзамен
	Промежуточная аттестация	18			0,35		26,65		***Экзамен в устной форме***
	Итого за XI сем.		***20/0,5***	***48/1,3***	***0,35/0,01***		***26,65/0,7***	***49/1,4***	
	ИТОГО:		**54/1,5**	**134/3,7**	***0,35/0,01***	**0,5/0,01**	***26,65/0,7***	**72,5/2**	

5.3.Содержание разделов дисциплины «Госпитальная хирургия»
Лекционный курс

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
IX семестр						
1.	***Раздел1.*** *1.1.Вводная лекция*	2/0,05	Особенности изучения дисциплины. Основные направления учебной и научной деятельности кафедры. Дифференциальный диагноз и тактика хирурга при острых заболеваниях живота.	ПКУВ-1; ПКУВ-2	**Знать:** ✓ основные принципы управления и организации медицинской помощи населению; ✓ ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях; ✓ современную классификацию заболеваний; ✓ клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп.	Лекция-беседа
2.	***Раздел 2.*** **Заболевания органов пищеварительного тракта**	**8/0,2**		ПКУВ-1; ПКУВ-2	**Знать:** ✓ клинические проявления грыж, диагностику и лечение. ✓ клинические проявления доброкачественных заболеваний ободочной кишки, возможные их осложнения;	
	1.2 Хирургия диафрагмы. Диафрагмальные грыжи	2/0,05	Краткие анатомо-физиологические данные о диафрагме. Понятие о грыжах и релаксации диафрагмы.			Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
			Классификация диафрагмальных грыж. Клинические проявления грыж, диагностика их и лечение. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: скользящие и параэзофагеальные.		✓ 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. **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;	
	2.2. Доброкачественные заболевания ободочной кишки. Хронический колостаз. Злокачественные заболевания ободочной кишки.	2/0,05	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.	ПКУВ-1; ПКУВ-2		Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
			Колиты: клинические формы, диагноз и дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению при неспецифическом язвенном колите. Хронический колостаз: этиология, клиническая классификация и диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Основные клинические проявления и методы обследования. Рак ободочной кишки. Актуальность проблемы и распространенность заболевания. Этиология. Классификация. Этиологические и патогенетические факторы. Предраковые заболевания. Патологоанатомическая характеристика. Дифференциальная диагностика. Закономерности метастазирования. Профилактика.		✓ 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. ✓ интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов. ✓ навыками построения тактики ведения хирургических больных с различными нозологическими формами.	
	3.2. Синдром острой хронической абдоминальной ишемии (ишемическая болезнь кишок)	2/0,05	Диагностика и лечебная тактика у больных с синдромом острой и хронической абдоминальной ишемии. Особенности анамнеза и клинические проявления при острых и хронических наруше-	ПКУВ-1; ПКУВ-2		Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
			ниях мезентериального кровообращения. Виды оперативных вмешательств при острой тромбоэмболии брыжеечных сосудов		✓ владеть навыками выделения ведущих клинических симптомов или синдромов заболевания и поставить наиболее достоверный или синдромальний диагноз заболевания у больных с нарушениями кровоснабжения органов брюшной полости.	
	4.2. Травма живота	2/0,05	Классификация травм живота. Повреждения печени. Повреждение желчевыводящих путей. Повреждения селезенки. Повреждения поджелудочной железы. Повреждения желудка. Повреждения двенадцатиперстной кишки. Повреждения тонкой кишки. Повреждения ободочной кишки. Повреждения прямой кишки. Травма крупных сосудов. Лечебная тактика у пострадавших с сочетанной закрытой травмой живота. Торакоабдоминальные ранения.	ПКУВ-1; ПКУВ-2		Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных
3.	***Раздел 3.*** **Заболевания желчных путей и поджелудочной железы**	**4/0,1**		ПКУВ-1; ПКУВ-2	**Знать**: ✓ основные клинические проявления заболеваний печени и селезенки;	

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
	*1.3 Хронический панкреатит. Кисты, свищи поджелудочной железы***.**	2/0,06	Анатомо-физиологические данные о поджелудочной железе. Определение понятия «хронический панкреатит». Этиология и патогенез Современные методы диагностики и лечения. Классификация. Клиническая картина заболевания с выделением специфических синдромов. Диагноз и дифференциальный диагноз. Роль физикального, 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.		✓ клиническую анатомию портального кровообращения; ✓ классификацию форм портальной гипертензии; ✓ 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; **Уметь**: ✓ собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз;	Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
	2.3 Постхолицистэктомический синдром.	2/0,05	Холецистэктомия как метод лечения желчнокаменной болезни. Постхолецистэктомический синдром: определение понятия. Причины. Клиника. Воспаление внутрипеченочных желчных путей (холангит). Острый; хронический рецидивирующий; первичный склерозирующий холангиты. Халедохолипиаз. Сужение БДС. Воспалительное поражение БДС (панилит). Диагностика. Лечение. Частота «постхолецистэктомического синдрома». Профилактика.		✓ 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. ✓ определить тактику лечения больного. **Владеть:** ✓ навыками составления плана минимального объема медицинской помощи пациентам с факторами риска развития заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей (холецистит, холангит, дискинезия желчевыводящих путей и желчного пузыря, желчнокаменная болезнь. опухоли	

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
					желчного пузыря и желчевыводящих путей, постхолецистэктомический синдром);	
4.	***Раздел 4.*** **Заболевания легких, плевры и средостения**	**2/0,05**		ПКУВ-1; ПКУВ-2	**Знать**: ✓ основные клинические проявления заболеваний легкого; ✓ методы клинического, лабораторного и инструментального обследования больных с патологией легких. **Уметь:** ✓ собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз;	
	1.4. Острый абсцесс легкого. Острый гнойный плеврит	2/0,05	Анатомическое строение легких. Основные функции легких. Защитные факторы легких. Методы диагностики заболеваний легкого. Рентгенологический метод и его частные виды (томография, компьютерная томография, бронхография, ангиопульмонография), виртуальная			Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
			и оптическая бронхоскопия, торакоскопия, оценка функции внешнего дыхания. Острые абсцессы и гангрена легкого. Причины и пути развития легочных нагноений. Типы абсцедирования. Осложнения острых легочных нагноений. Лечение острых инфекционных деструкций легких. Чрезбронхиальное и трансторакальное дренажное лечение абсцессов легкого. Эмпиема плевры. Классификация.		✓ составить план лабораторного и инструментального обследования больного для уточнения диагноза; ✓ измерить пульс и артериальное давление больного; ✓ определить группу крови больного; ✓ оценить результаты инструментальной диагностики: эзофагогастроскопии, компьютерной томографии; ✓ определить тактику лечения в зависимости от диагностированного заболевания. **Владеть:** ✓ методикой физикального обследования больного – перкуссия и аускультация. ✓ методикой оценки основных рентгенологических симптомов – гидроторакс, пневмоторакс, пневмогидроторакс, осумкованный гидроторакс, очаги деструкции лёгкого, смещение органов средостения.	

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
	Итого за IX сем.	***16/0,4***				
X семестр						
5.	***Раздел 5.*** **Заболевания желчных путей и поджелудочной железы**	**6/0,16**		ПКУВ-1; ПКУВ-2	**Знать**: ✓ основные клинические проявления заболеваний печени; ✓ клиническую анатомию портального кровообращения; ✓ классификацию форм портальной гипертензии; ✓ основные клинические проявления у больных с синдромом портальной гипертензии; ✓ методы лабораторного и инструментального обследования. ✓ механизм действия различных групп лекарственных препаратов. **Уметь**: ✓ собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз; ✓ выявить симптомы, характерные для заболеваний печени и селезенки;	
	1.5. Синдром портальной гипертензии	3/0,08	Понятие о внутрипеченочной, внепеченочной и смешанной формах блокады портального кровотока. Клиника и диагностика. Спленопортография, пленопортоманометрия. Гиперспленизм. Хирургические методы лечения портальной гипертензии (спленэктомия, оментогепатопексия, виды сосудистых анастомозов – мезентерикокавальный и т.д.). Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Кровотечение из расширенных вен пищевода и кардии. Консервативное лечение, применение зонда-обтуратора Блекмора. Хирургическое лечение (перевязка вен желудка и пищевода, операция Таннера и др.).			Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
	2.5. Механическая желтуха. Дифференциальная диагностика, лечебно-тактические вопросы	3/0,08	Анатомо-физиологические данные о печени, желчном пузыре, желчных протоках, большом дуоденальном сосочке. Понятие о синдроме желтухи. Виды желтух. Этиология и патогенез механической желтухи. Классификация ее по характеру основного заболевания, степени нарушения проходимости желчных протоков, уровню обтурации протоков, наличию осложнений. Понятие о низкой, средней, высокой блокаде желчных путей и внутрипеченочном блоке. Клиническая картина механической желтухи с выделением специфических синдромов. Диагноз и дифференциальный диагноз		✓ 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. ✓ определить тактику лечения больного. **Владеть:** ✓ навыками пальпации и перкуссии печени. ✓ навыками пальпации желчного пузыря (симптом Курвуазье). ✓ владеть навыками составления плана лабораторно-инструментального обследования больного с патологией желчного пузыря и/или поджелудочной железы с целью уточнения нозологической природы заболевания;	Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
					✓ навыками подбора индивидуальной схему лечения при заболеваниях желчного пузыря и поджелудочной железы.	
6.	***Раздел 6.*** **Заболевания сердца и сосудов**	**2/0,05**		ПКУВ-1; ПКУВ-2	**Знать:** ✓ основные клинические признаки ишемической болезни сердца; ✓ факторы, способствующие возникновению ИБС; ✓ методы клинического и инструментального обследования больных с сосудистыми заболеваниями. **Уметь:** ✓ собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз; ✓ составить план специального обследования больного для уточнения локализации и характера поражения сосуда; ✓ выполнить пальпацию пульса на артериях верхних и нижних конечностей;	
	1.6. Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктные аневризмы. Перикардиты	2/0,05	Хирургическая анатомия кровоснабжения сердца и внутрисердечная гемодинамика. Определение ишемической болезни сердца (экспертная группа ВОЗ). Патогенез и патологическая анатомия ИБС. Классификация ИБС, от стенокардии до сердечной недостаточности, представление о функциональных классах больных. Клиническая картина ИБС. Методы диагностики (ЭКГ, ЭХОкардиография, селективная коронарография). Лекарственная терапия ИБС, показания и противопоказания к хирургическому лечению ИБС.			Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
					✓ оценить результаты инструментальных методов диагностики: реографии, ультразвуковой допплерографии, ангиографии; ✓ определить хирургическую тактику. **Владеть:** ✓ навыками измерения артериального давления на верхних и нижних конечностях; ✓ методами общего клинического обследования пациентов с заболеваний сердца и сосудов; ✓ интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов.	
7.	***Раздел 8.*** **Заболевания легких, плевры и средостения**	**4/0,1**		ПКУВ-1; ПКУВ-2	**Знать:** ✓ основную клиническую картину и диагностику повреждений при торакс-травме;	
	1.8. Закрытые и открытые травмы груди	2/0,06	Классификация повреждений груди. Изолированная и сочетанная торакс-травма. Клиническая картина и диагностика повреждений при торакс-травме. Ведущая роль в диагностике		✓ методы клинического, лабораторного и инструментального обследования больных с закрытыми и открытыми травмами груди. **Уметь:**	Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
			рентгенологического исследования. Показания к торакоскопии. Клиника рентгенологической картины основных патологических синдромов при торакс-травме. Гемоторакс, пневмоторакс. Виды пневмоторакса. Первая медицинская, первая врачебная и квалифицированная помощь при различных видах пневмоторакса. Классификация гемоторакса. Хирургическая тактика при гемотораксе. Открытая травма груди. Ранения холодным оружием, огнестрельные ранения. Особенности хирургического лечения открытой торакс-травмы. Открытые ранения сердца, легкого, пищевода, крупных сосудов. Хирургическая тактика. Закрытая травма груди. Ушибы, сдавления, разрывы. Особенности хирургической тактики при закрытой травме груди. Лечение закрытой торакс-травмы при нестабильной		✓ собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного; ✓ сформулировать предварительный диагноз; ✓ составить план лабораторного и инструментального обследования больного для уточнения диагноза; ✓ измерить пульс и артериальное давление больного; ✓ определить тактику лечения в зависимости от диагностированного заболевания. **Владеть**: ✓ навыками определения группы крови больного; ✓ оценки результатов инструментальной диагностики: эзофагогастроскопии, компьютерной томографии.	

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
			грудной стенке, флотирующих переломах ребер, грудины.			
	2.8. Рак легкого	2/0,05	Классификация злокачественных плевролегочных новообразований. Этиология и патогенез. Клинические проявления рака легкого. Диагностика рака легкого. Дополнительное диагностическое исследование. Дифференциальная диагностика. Тактика лечения. Комбинированное лечение.			
8	***Раздел 9.*** **Общие вопросы клинической хирургии**	**6/0,2**		ПКУВ-1; ПКУВ-2	**Знать:** ✓ основные принципы парентерального питания при различных хирургических заболеваниях; ✓ осложнения, возникающие при использовании заместительной терапии; ✓ основы деятельности на всех этапах лечения хирургического больного.	
	1.9. Парентеральное питание	2/0,06	Сущность парентерального питания. Основные принципы парентерального питания. Показания, противопоказания. Компоненты парентерального питания. Инфузионная техника. Осложнения.			Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных
	2.9 Энтеральное зондовое питание	2/0,05	Энтеральный путь введения нутриентов против парентерального. Существующие технические доступы к тощей кишке. Продукты для зондового питания Длительная		**Уметь:** ✓ собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, сформулировать предварительный диагноз;	Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
			внутриартериальная катетерная терапия (ДВАКТ). Внутрипортальная катетерная терапия (ВПКТ). Противопоказания для энтерального питания.		✓ назначить искусственное питание больным с явлениями непроходимости пищеварительного тракта, при невозможности нормального питания.	
	3.9. Принципы подготовки больных к операции и ведения их в послеоперационном периоде. Послеоперационные осложнения.	2/0,05	Хирургическая операция. Классификация хирургических операций по их цели (содержанию) и характеру показаний. Подготовка больных к операциям. Показания и противопоказания к операции. Предоперационный период. Послеоперационный период. Принципы послеоперационного ухода и интенсивной терапии. Профилактика послеоперационных осложнений.	ПКУВ-1; ПКУВ-2	✓ оценить степень нарушения состояния питательного статуса; ✓ сделать правильный выбор точки приложения энтеральной смеси; ✓ осуществлять основные элементы ухода за хирургическими больными; ✓ оформлять академическую историю болезни. **Владеть**: ✓ навыками методики проведения энтерального зондового питания; ✓ навыками проведения оценки эффективности нутритивной поддержки; ✓ владеть навыками определения групповой принадлежности крови, резус-совместимости;	Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
					✓ навыками определения показаний к основным видам обезболивания.	
	Итого за X сем	**18/0,5**				
XI семестр						
10.	**Раздел 12. Заболевания органов пищеварительного тракта**	**14/0,4**		ПКУВ-1; ПКУВ-2	**Знать:** ✓ клинические проявления осложненных форм язвенной болезни; ✓ классификацию патологических синдромов, возникающих после операций на желудке; ✓ классификацию патологических синдромов, возникающих после операций на желудке; ✓ методы клинического, лабораторного и инструментального обследования больных; ✓ вопросы диспансеризации больных, реабилитации их и оценки трудоспособности; ✓ основные клинические проявления заболеваний пищевода, возможные их осложнения;	
	1.12. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Вопросы хирургической тактики	2/0,05	Анатомо-физиологические сведения о желудке и двенадцатиперстной кишке. Вопросы этиологии и патогенеза дуоденальных и желудочных язв. Методы обследования больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (секреция, моторика, рентгеноскопия, гастродуоденоскопия). Осложнения язвенной болезни. Вопросы хирургической тактики лечения при различных осложнениях язвенной болезни			Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных
	2.12. Желудочно-кишечные кровотечения не язвенной	2/0,05	Классификация зофагогстро-дуоденальных кровотечений. Клиническая картина в зависимости от			Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
	этиологии: диагностика, причины, лечебная тактика.		этиологии кровотечения, степени и быстроты кровопотери. Клинико-лабораторные методы оценки степени кровопотери (легкая, средняя, тяжелая). Диагностика причин и локализации источника кровотечения. Ценность рентгенологического и эндоскопического методов исследования. Значение временной эндоскопической остановки кровотечения. Хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях язвенной и не язвенной этиологии. Методы остановки кровотечения		✓ методы клинического, лабораторного и инстру-ментального обследования больных с патологией пищевода; **Уметь:** ✓ собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз; ✓ определить тактику лечения в зависимости от диагностированного заболевания; ✓ составить план лабораторного и инструментального обследования больного для уточнения диагноза; ✓ оценить результаты лабораторных исследований;	
	3.12. Острая кишечная непроходимость: вопросы хирургической тактики и лечения при различных ее формах	2/0,05	Виды кишечной непроходимости, своевременная дианостика и правильная тактика. Анамнез и клиническая картина. Необходимость эндоскопиических, рентгенологических и лабораторных исследований для уточнения диагноза.		✓ оценить результаты рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта, гастродуоденоскопии, УЗИ органов брюшной полости; ✓ интерпретировать результаты инструментальной диагностики: эзофагогастроскопии, компьютерной томографии;	Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
	4.12. Острый гнойный перитонит: принципы комплексного лечения	2/0,05	Классификация перитонита: по распространенности воспалительного процесса в брюшной полости, стадии развития болезни, характеру экссудата Патологическая анатомия и патофизиологические расстройства, характерные для прогрессирующего перитонита (нарушения в системе микроциркуляции, в легких, печени, почках) Особенности клинических проявлений перитонита в разных стадиях болезни.		**Владеть**: ✓ методами общего клинического обследования пациентов с заболеваниями органов пищеварительного тракта; ✓ навыками выполнения зондирования желудка; ✓ навыками определения группы крови больного; ✓ алгоритмом постановки предварительного диагноза; ✓ навыками измерения пульса и артериального давления больного; ✓ навыками определения группы крови больного.	Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных
	5.12. Ошибки, опасности и осложнения при остром аппендиците.	2/0,05	Причины осложнений (перитонит, аппендикулярный инфильтрат, или абсцесс, сепсис, пилефлебит и пр.) Ранняя диагностика острого аппендицита при первичном осмотре. Особенности патологического процесса, дефекты операции и послеоперационного периода. Диагностические мероприятия при подозрении		**Знать:** ✓ Методику сбора анамнеза ✓ Методику клинического обследования, больных с осложнениями острого аппендицита. ✓ Дополнительные методы инструментального исследования, используемые для диагностики острого аппендицита (пункцию Дугласова пространства, лапароскопию,	Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
			на развитие осложнений острого аппендицита		методику «шарящего катетера» и пункцию боковых каналов живота.).	
	6.12. Ошибки, опасности и осложнения при ущемленных грыжах	2/0,05	Клиническая картина, сроки возникновения ущемления, связь осложнения с поздней госпитализацией больного. Лечебная тактика при выявленном осложнении. Особенности предоперационной подготовки; Особенности операции при ущемленной грыже		✓ комплекс мер, применяемых для профилактики осложнений острого аппендицита. ✓ современные методы лечения, возникших осложнений острого аппендицита. ✓ ведение послеоперационного периода после релапаротомии, выполненной по поводу осложнений острого аппендицита **Уметь** ✓ пропальпировать аппендикулярный инфильтрат, ✓ знать вспомогательные меры обследования и симптомы для его определения. ✓ правильно объяснить и трактовать данные общеклинического анализа крови и мочи, читать лейкоцитарную формулу, СОЭ и т.д. ✓ проводить пальцевое исследование прямой кишки ✓ проводить дифференциальную диагностику аппендику-	Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных
	7.12. Доброкачественные и злокачественные заболевания пищевода. Синдром дисфагии	2/0,05	Краткий экскурс в анатомию пищевода. Роль анатомических постоянных сужений пищевода. Пути лимфооттока. Классификация заболеваний пищевода. Доброкачественные опухоли пищевода. Дивертикулы пищевода (вид, локализация), хирургическое лечение. Ахалазия пищевода (понятие нейромышечного заболевания), формы и способы лечения Повреждения пищевода (ожоги и осложнения ожогов; спонтанный разрыв пищевода; перфорация пищевода и инородные тела. Синдром дисфагии при злокачественных и			Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
			доброкачественных опухолях пищевода. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника СД. Методы диагностики. Экстренная медицинская помощь, в том числе на этапах эвакуации. Коррекция нарушений гомеостаза. Показания и принципы хирургического лечения.		лярного инфильтрата, абсцесса дугласова пространства, поддиафрагмальных, подпечёночных и межкишечных абсцессов. ✓ ассистировать при оперативных вмешательствах, выполняемых по поводу осложнений острого аппендицита **Владеть:** ✓ Методикой клинического обследования, больных с осложнениями острого аппендицита ✓ методикой пальпации аппендикулярного инфильтрата ✓ навыками пальцевого исследования прямой кишки	
11.	***Раздел 13.*** **Заболевания легких, плевры и средостения**	**2/0,05**		ПКУВ-1; ПКУВ-2	**Знать:** ✓ Классификацию заболеваний лёгких и плевры, их этиологию и патогенез.	
	1.13. Острый и хронический миастенит. Диагностика и лечение	2/0,05	Хирургическая анатомия средостения. Этиология и патогенез. Классификация медиастинитов Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.		✓ Методы обследования больных с заболеваниями лёгких и плевры: рентгеноскопия, рентгенография, компьютерная томография, ригидная бронхоскопия, фибробронхоскопия,	Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
					бронхография, сцинтиграфия лёгких, ангиопульмонография, торакоскопия, плеврография, цитологическое исследование осадка плеврального экссудата. ✓ основные симптомы заболеваний лёгких и плевры при их типичном проявлении; ✓ правила построения диагноза в соответствии с принятыми классификациями. ✓ принципы выбора тактики лечения больных с заболеваниями лёгких и плевры. **Уметь:** ✓ выявлять и правильно интерпретировать жалобы больных с заболеваниями лёгких и плевры. ✓ собрать анамнез у больного с заболеванием лёгких и плевры. ✓ правильно произвести осмотр и физикальное исследование пациента (перкуссию, аускультацию). ✓ сформулировать предварительный диагноз, оценив выявленные при обследовании симптомы.	

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
					✓ правильно составить план лабораторных и инструментальных методов обследования для подтверждения предполагаемого диагноза. ✓ правильно трактовать результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; ✓ формулировать окончательный развёрнутый клинический диагноз; ✓ выбрать и обосновать тактику и способы лечения заболевания, определить показания к операции, составить прогноз течения заболевания. **Владеть**: ✓ Методикой физикального обследования больного – перкуссия и аускультация. ✓ Методикой оценки основных рентгенологических симптомов – гидроторакс, пневмоторакс, пневмо-гидроторакс, осумкованный гидроторакс, очаги деструкции лёгкого, смещение органов средостения.	

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
					✓ владеть навыками чтения рентгенограмм при диагностике заболеваний лёгких и плевры; ✓ ориентироваться в основных рентгенологических симптомах и их совокупностей - синдромах.	
12.	***Раздел 14*** **Общие вопросы клинической хирургии**	**4/0,1**		ПКУВ-1; ПКУВ-2	**Знать:** ✓ этиологию, патогенез хирургического сепсиса в зависимости от локализации первичного очага инфекции; клинические формы сепсиса, ✓ методику проведения ин-фузионной терапии, инотропной и вазопрессорной поддержки при тяжелом сепсисе ✓ определения патологических состояний, связанных с сепсисом, **Уметь:** ✓ оценить тяжесть состояния больного, определить необходимость, объем и последовательность лечебных, в том числе, реанимационных мероприятий;	
	1.14 Хирургический сепсис. Диагностика и лечении.	2/0,05	Сепсис как осложнение хирургической инфекции. Септические осложнения. Лечение сепсиса. Клиника и диагностика хирургического сепсиса. Лабораторные признаки сепсиса			Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных
	2.14.Инфузионно-трансфузионная терапия и вопросы переливания крови в хирургии.	1/0,03	Забор и консервирование крови. Правила хранения. Отпуск крови и оформление документации по переливанию крови. Прямое переливание крови, показания, ошибки и опасности. Показание к переливанию свежецитратной крови, эритроци-			Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
			тарной массы. Методика переливания крови (обязательны определение группы крови донора, реципиента, проба на индивидуальную совместимость, биологическая проба). Методика определения резус-принадлежности больного. Современные принципы трансфузионной терапии (гемотерапия направленного действия, аутогемотрансфузия, гемодилюция). Реинфузия крови. Классификация кровезаменителей. Показания к переливанию солевых и коллоидно-солевых плазмозамещающих растворов, гидролизатов белков и белковых заменителей плазмы, синтетических плазмозамещающих растворов. Дозировка и способы переливания.		✓ определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные; ✓ сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза; ✓ ассистировать на плановых и экстренных операциях, выполнять операции амбулаторного типа, подготавливать больных к плановым и экстренным операциям **Владеть:** ✓ навыками выполнения общеврачебных хирургические манипуляций, определяемых требованиями к подготовке врача: перевязки, остановка наружных кровотечений (временная и окончательная), переливание крови, кровезаменителей и растворов;	
	3.14. Принципы антикоагулянтной терапии в хирургии	1/0,03	Показания к проведению антикоагулянтной терапии. Антикоагулянты прямого и непрямого действия. Тройная антикоагулянтная и тромболитическая терапия в хирургии. Инициальная антикоагулянтная терапия. Длительная антикоагулянтная			Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
			терапия. Продленная антикоагулянтная терапия. Абсолютные противопоказания для антикоагулянтной терапии. Лабораторный контроль антикоагулянтной терапии у хирургических больных.		✓ навыками хирургической санации первичного и вторичных гнойных очагов; ✓ навыками проведения ин-фузионной терапии, инотропной и вазопрессорной поддержки при тяжелом сепсисе	
	Итого за XI сем.	**20/0,55**				
	Итого:	**54/1,5**				

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

№ п/п	№ раздела дисциплины	Наименование практических и семинарских занятий	Объем в часах / трудоемкость в з.е.
IX семестр			
1.	2	Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.	4/0,1
2.	2	Болезни оперированного желудка	4/0,1
3.	2	Показания и методики ваготомии и резекции желудка при язвенной болезни.	4/0,1
4.	2	Желудочно-кишечные кровотечения неязвенной этиологии	4/0,1
5.	2	Хирургические заболевания и повреждения пищевода	4/0,1
6.	2	Тупая травма живота. Лечебно-тактические вопросы	4/0,1
7.	2	Доброкачественные заболевания прямой кишки	4/0,1
8.	2	Геморрой, анальная трещина, выпадение прямой кишки. Острый парапроктит.	
9.	2	Рак ободочной и прямой кишки.	4/0,1
10.	2	Доброкачественные заболевания ободочной кишки	4/0,1
11.	4	Острые и хронические гнойные заболевания легких. Эмпиема плевры.	4/0,1
12.	4	Хирургическое лечение гнойных заболеваний легких и плевры. Показания к операции и виды оперативных вмешательств.	4/0,1
13.	4	Повреждения грудной клетки	4/0,1
	Итого IX семестр		**52/1,4**
X семестр			
1.	5	Хирургическая тактика при остром холецистите. Острый, хронический рецидивирующий, первичный склерозирующий холангиты. Перихоледохеальный лимфаденит.	4/0,1
2.	5	Хронический панкреатит. Кисты, свищи поджелудочной железы	4/0,1
3.	5	Хирургические заболевания печени и селезенки	4/0,1
4.	5	Синдром портальной гипертензии	4/0,1
5.	6	Окклюзионные поражения артерий нижних конечностей. Артериальные тромбозы и эмболии	4/0,1
6.	6	Заболевания вен нижних конечностей (острые тромбозы системы нижней полой вены, хроническая венозная недостаточность нижних конечностей)	4/0,1
7.	7	Зоб и тиреотоксикоз	4/0,1
8.	8	Опухоли плевры. Опухоли и кисты средостения	2/0,05
9.	8	Повреждения груди. Мастопатия и рак молочной железы	4/0,1
	Итого X семестр		**34/0,9**

№ п/п	№ раздела дисциплины	Наименование практических и семинарских занятий	Объем в часах / трудоемкость в з.е.
	XI семестр		
1.	12	Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Вопросы диагностики и лечения.	**6/0,2**
2.	12	Грыжи живота и их осложнения. Виды оперативных вмешательств	**6/0,2**
3.	12	Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний органов живота	**6/0,2**
4.	12	Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит. Механическая желтуха. Дифференциальная диагностика, лечебно-тактические вопросы.	**6/0,2**
5.	12	Острый и хронический панкреатит и его осложнения. Показания к операции, виды оперативных вмешательств.	**6/0,2**
6.	12	Острая кишечная непроходимость. Вопросы хирургической тактики и лечения при различных ее формах.	**6/0,2**
7.	12	Острый гнойный перитонит. Принципы комплексного его лечения.	**6/0,2**
8.	14	Сепсис. Диагностика, клиника, лечение. Инфузионно-трансфузионная терапия и вопросы переливания крови	**6/0,2**
	Итого XI семестр		**48/1,3**
	Итого по дисциплине:		**134/3,8**

5.5 Лабораторные занятия, их наименование и объем в часах

Лабораторные занятия не предусмотрены учебным планом.

5.6. Примерная тематика курсовых проектов (работ)

Курсовой проект (работа) учебным планом не предусмотрен.

5.7. Самостоятельная работа студентов

5.7.1. Содержание и объем самостоятельной работы студентов

№ п/п	Разделы и темы рабочей программы самостоятельного изучения	Перечень домашних заданий и других вопросов для самостоятельного изучения	Сроки выполнения	Объем в часах / трудоемкость в з.е.
		IX семестр		
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.	9	1/0,02

2.	**Тема:** Ущемленные грыжи	* клиническая курация больных * решение ситуационных задач; * освоение практических навыков и умений; * оформление историй болезни.	9	1,75/0,2
3.	**Тема:** Опухоли и кисты средостения	* клиническая курация больных * конспектирование доп. учебной литературы, * оформление карт микрокурации, * оформление историй болезни.	9	1/0,02
	Итого 9 семестр			**3,75/0,1**
		X семестр		
1.	**Тема:** Хирургические заболевания гепатопанкреатобилиарной зоны	* клиническая курация больных * подготовка к написанию этапного эпикриза; * оформление карт микрокурации, * оформление историй болезни.	10	4
2.	**Тема:** Опухоли внепеченочных протоков	* клиническая курация больных * конспектирование доп. учебной литературы, * оформление карт микрокурации, * оформление историй болезни.	10	3,75
3.	**Тема:** Заболевания щитовидной железы	* клиническая курация больных * подготовка к написанию этапного эпикриза; * оформление карт микрокурации, * оформление историй болезни.	10	3
4.	**Тема:** Заболевания молочной железы	* клиническая курация больных * конспектирование доп. учебной литературы, * оформление карт микрокурации, * оформление историй болезни.	10	3
5.	**Тема:** Хирургия ишемической болезни сердца.	* клиническая курация больных	10	3

		* освоение практических навыков и умений. * оформление карт микрокурации, * оформление историй болезни.		
6.	**Тема:** Заболевания вен нижних конечностей	* клиническая курация больных * освоение практических навыков и умений. * оформление карт микрокурации, * оформление историй болезни.		3
	Итого за X семестр:			**19,75/0,5**
		XI семестр		
1.	**Тема:** Реконструктивная хирургия трахеи	* клиническая курация больных * конспектирование доп. учебной литературы, * оформление карт микрокурации, * оформление историй болезни.	11	13/0,3
2.	**Тема:** Хирургия неспецифического язвенного колита	* клиническая курация больных * конспектирование доп. учебной литературы, * оформление карт микрокурации, * оформление историй болезни.	11	12/0,3
3.	**Тема:** Врожденные и приобретенные пороки сердца	* клиническая курация больных * конспектирование доп. учебной литературы, * оформление карт микрокурации, * оформление историй болезни.	11	12/0,3
4.	**Тема:** Хирургическое лечение болезней крови	* клиническая курация больных * освоение практических навыков и умений; * оформление карт микрокурации, * оформление историй болезни.	11	12/0,3
	Итого за XI семестр			**49/1,4**
	Итого:			**114,5/3,1**

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

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

1. 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
2. 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
3. Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 1 [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. -720 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439982.html
4. Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 2 [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 688 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439999.html
5. Нутритивная поддержка больных в хирургической практике [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов, врачей-интернов и клинических ординаторов / [сост.: Гурмиков Б.Н., Болоков М.С.]. - Майкоп: Коблева М.Х., 2017. - 96 с. - Режим доступа: http://lib.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=2100018870
6. 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
7. 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
8. 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
9. 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
10. 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.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=00035944
11. 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
12. 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
13. 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 «Госпитальная хирургия»

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

Этапы формирования компетенции (номер семестра согласно учебному планы)	**Наименование учебных дисциплин, формирующих компетенции в процессе освоения образовательной программы**
ПКУВ-1 - Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах	
11	Клиническая фармакология
7	Неврология
12	Нейрохирургия
9,10	Психиатрия, медицинская психология
7	Офтальмология
7,8,9,10	Акушерство и гинекология
7,8	Факультетская терапия
12	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
7,8	Факультетская хирургия
7	Урология
9,10,11	***Госпитальная хирургия***
10	Челюстно-лицевая хирургия с основами стоматологии
10,11	Травматология, ортопедия
11	Репродуктология
10	Детская хирургия
11	Клиническая иммунология
11	Аллергология
8	Практика акушерско-гинекологического профиля
8	Практика хирургического профиля
8	Практика терапевтического профиля
10	Практика общеврачебного профиля (помощник врача)
10	Практика диагностического профиля
10	Практика по неотложным медицинским манипуляциям
12	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
10	Неотложные состояния в терапии
ПКУВ-2 - Способен проводить обследования пациента с целью установления диагноза	
9	Дерматовенерология
7,8,9,10	Акушерство и гинекология
8,9,10	Педиатрия
5,6	Пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика
9,10,11	Инфекционные болезни
12	Фтизиатрия
9,10,11,12	Поликлиническая терапия
5,6	Общая хирургия, лучевая диагностика
7,8	Факультетская хирургия
7	Урология

9,10,11	***Госпитальная хирургия***
10	Челюстно-лицевая хирургия с основами стоматологии
12	Онкология, лучевая терапия
10,11	Травматология, ортопедия
11	Репродуктология
12	Детская хирургия
12	Детские болезни
11	Клиническая иммунология
11	Аллергология
8	Практика акушерско-гинекологического профиля
8	Практика хирургического профиля
8	Практика терапевтического профиля
10	Практика общеврачебного профиля (помощник врача)
10	Практика диагностического профиля
10	Практика по неотложным медицинским манипуляциям
12	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 - Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах					
Знать: ✓ Перечень методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния пациента, основные медицинские показания к проведению исследований и интерпретации результатов ✓ Этиология, патогенез и патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов ✓ Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей) ✓ Методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) ✓ Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Блиц-опрос; оформление карт микрокурации; Оформление историй болезни; решение тестов, ситуационных задач, вопросы к зачету, экзамену.

✓ Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации ✓ Принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) ✓ Правила выполнения наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания					
Уметь: ✓ Выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме ✓ Выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме ✓ Выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания ✓ Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	

электроимпульсной терапией (дефибрилляцией)					
Владеть: ✓ Оценка состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах ✓ Распознавание состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента ✓ Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)), требующих	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	

оказания медицинской помощи в экстренной форме ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)) ✓ Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах					
ПКУВ-2 - Способен проводить обследования пациента с целью установления диагноза					
Знать: ✓ Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативные правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников ✓ Общие вопросы организации медицинской помощи населению	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.

✓ Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний ✓ Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи ✓ Закономерности функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах ✓ Методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов ✓ Этиология, патогенез и патоморфология, клиническая					

картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов ✓ Методика сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента ✓ Методика полного физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) ✓ МКБ					
Уметь: ✓ Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию ✓ Проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты ✓ Обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования пациента ✓ Обосновывать необходимость и объем инструментального обследования пациента	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	

✓ Обосновывать необходимость направления пациента на консультации к врачам-специалистам ✓ Анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований ✓ Интерпретировать результаты сбора информации о заболевании пациента ✓ Интерпретировать данные, полученные при лабораторном обследовании пациента ✓ Интерпретировать данные, полученные при инструментальном обследовании пациента ✓ Интерпретировать данные, полученные при консультациях пациента врачами-специалистами ✓ Осуществлять раннюю диагностику заболеваний внутренних органов ✓ Проводить дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний					

✓ Определять очередность объема, содержания и последовательности диагностических мероприятий ✓ Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи ✓ Применять медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, помощи с учетом стандартов медицинской помощи					
Владеть: ✓ Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента ✓ Проведение полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	

✓ Направление пациента на лабораторное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ✓ Направление пациента на инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ✓ Направление пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиниче-					

скими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ✓ Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ✓ Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными ✓ Установление диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)					

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

Примерная тематика рефератов по дисциплине
«Госпитальная хирургия»
Семестр IX.

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 X.

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.

Семестр XI

1. Аневризмы грудного отдела аорты. Клиника, диагностика, лечение.
2. Аневризмы периферических артерий. Клиника, инструментальная диагностика, лечение.
3. Ангиодисплазии (мальформации, врожденные пороки сосудов). Клиника, диагностика, лечение.
4. Хемодектомы и опухоли шеи. Классификация, клиника, оперативное лечение.
5. Повреждения сердца и перикарда. Клиника, диагностика, оперативная тактика.
6. Критическая ишемия нижних конечностей. Инструментальная диагностика,
7. хирургическое лечение.
8. Рентгенэндоваскулярные оперативные вмешательства.
9. Ангихирургические аспекты гемодиализа.
10. Парапротезная инфекция в хирургии сосудов.
11. Венозные тромбоэмболические осложнения. Диагностика, профилактика, лечение

7.3. Тестовые по дисциплине «Госпитальная хирургия» для студентов V, VI курса специальности «Лечебное дело»

(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 брыжжейки тонкой кишки
   г) Геморрагический выпот в брюшной полости
   д) Симптом Грюнвальда
5. С целью профилактики панкреатогенного шока панкреатогенного шока проводятся следующие лечебные мероприятия:
   а) Назначаютвнутривенно введение антиферментных препаратов;
   б) Проводят инфузионно-дезинтоксиционную 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 иследование
   в) Эзофагогастродуоденоскопия
   г) Обзоргая рентгенография брюшной полости;
   д) **Компьютерная томография**;
   е) Исследование крови на содержание панкреатических ферментов
7. В лабораторной диагностике острого панкреатита в стадии гиперферментеми наиболее мнформативными и специфичными являются определение:
   а) Активности альфа-амилазы крови;
   б) Активности диастазы мочи;
   в) Определение прокальцитонина
   г) Проведение пробы Вольгемута
   д) Определение С-реактивного белка
8. Триада Мондора при остром панкреатите включает:

а) Выраженный болевой синдром, перитонеальные симптомы, кровоподтеки в кожжно-жировой клетчатке передней брюшной стенки;
б) Метеоризм, многократная рвота, околопупочные экхимозы
в) Многократная рвота, отсутствие пульсации брюшной аортф 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 лапаротомиия 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 отечного 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 забрюштнном пространстве;
    г) Наличие свободной жидкости в брюшной полости
21. У больного, перенесшего месяц назад панкреанекроз, в ссальниковой 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 парапанкеатической клетчатке, забрюшинном пространстве, а также с выпотом в брюшной полости является:
    а) Широкая серединная 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 УЗ-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) Инфицироанный 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) Тахикардиии
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, иррадиирущие 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-персная 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. Абдоминизация 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 терпия
    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 кулью пузырного 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-энтероанастмоз
54. Рациональным лечением ЖКБ является:
    а) Диетическое
    б) Медикаметозное
    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 холецист эктомию.
    б) **Произвести холецистэктомию, холангиографию и решить вопрос о тактике** *
    в) Сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока.
    г) Наложить холецистостому.
    д) Поизвести 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-куростное 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 заползании 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 амебным абсцессом печени, как правило совпадает:
а) **С учащением случаев амебной 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 амебных абсцессов печени комплексная консервативная терапия должна сочетаться:
а) **С пункционной аспипацией содержимого полости амебного гнойника и введением в нее противоамебных препаратов**
б) С лапаротомией, вскрытием и дренированием полости гнойника
в) С резекцией пораженной 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 высокот тонкокишечной непроходимсости 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 склекр. При УЗ-сканировании органов брюшной полости имеет место расширение общего жечного 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) Бактеприально-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 артприального давления из-за панкревтогенного шока;

б) Невозможность пальпации живопа вследствиие 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 анастмозом
з) **Цистоеюностомия с отключенной по Ру петлей тощей кишки**
и) Цистоколостомия
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 печеночного 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) Пенетрция.
    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 пилоропластику.
    д) Стволовую ваготомию и пилоропластику.
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-Элиссона.
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 эритромассы
в) Введение аминокапроновой 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 фиброгастросокопа
д) Консервативное лечение

93. У больного с дивертикулезом левой половины толстой кишки развилось Профузные кровотечение. 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 соустий
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) се 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 паке желудка IV стадии со стенозом кардиального отдела?
а) гастрэктомия
б) проксимальная резекция
в) гастроэнтеростомия
г) **гастростомия**
д) операция противопаказана

116. Какая операция показана при операбильном раке I-III стадии сигмовидной кишки?
а) левосторонняя гемиколэктемия
б) правосторонняя гемиколэктемия
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 операбильной 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 перичисленных методов не применяется для диагностики хронических заболеваний артерий?
а) аортография
б) артериография
в) допплерография
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 допплерография и допплерометрия**
б) ретроградная и дистальная флебография
в) аорто-артериография
г) целиакография

Ситуационные задачи
по дисциплине «Госпитальная хирургия»

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°С. 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 массировании 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 флуктуации?
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 (пенницилины, цефалоспорины, в/м и в проток), ферменты, 1% пилокарпин (усиливает секрецию), дезинтоксикационная и инфузионная терапия, оперативное – вскрытие обсцесса.
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/cАД) 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 изогемаглютинирующими 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 – 32х109/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, имплаттантов, 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 12х 109/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°С. На следующий день состояние больного резко ухудшилось: больной в сопоре, кожные покровы землистого цвета с желтушным оттенком, имеется пете-хиальная сыпь, температура тела 39,8°С, потрясающие ознобы, АД 60/40 мм.рт.ст., ЧСС 128 уд.в мин., лейкоциты 30х109/л, мочевой пузырь пуст, креатинин 343 мкмоль/л, мочевина 10 ммоль/л, остаточный азот 30 ммоль/л.

1. Клинический диагноз.

2. Причина внезапного ухудшения состояние.
3. Какие клинико-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. 10.Прогноз для данного больного.

Ответы

1. Септичекий 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 – некрсеквесрэктомия, дренирование сальниковой сумки.
6. Тиенам, цефипим, ципро- и спарфлоксацин, метронидазол, амоксиклав
7. Показана (дренирование грудного лимфатического протока, с элеbктрохимической 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. Узловатая 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 образовании, 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 инстументальной диагностики следует использовать для уточнения природы опухоли и локализации первичного очага?

Ответы

1. Рак желудка, молочной железы, пищевода, щитовидной желеды, 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 периампулярной 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, папиллоэктомия, 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 экстренней 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, мелоногены 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*1012/л, НЬ - 124 г/л, СОЭ - 35 мм/ч. Лейкоциты 8,4*109/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 внутрипечёночных 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. 1.Ваш диагноз?
2. Каким образом можно его подтвердить?
3. Как можно помочь больной?

Ответы

1. Рак общего печёночного протока. Метастазы в печень. 4 стадия
2. РХПГ, ЧЧХ, УЗИ, КТ, биопсия во время опреации
3. Радикальная операции невозможна. Паллиативно – устранить желтуху (наружное дренирование печёночно-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. Тургор кожных покровов снижен. ЧСС - 88 ударов в минуту, АД - 110/60 мм. рт. ст. Живот втянут, при пальпации мягкий, безболезненный, в эпигастральной области пальпируется плотная малоподвижная опухоль диаметром 10 см. При пальпации области желудка - шум плеска. Общий анализ крови: Эр. - 4,8*1012/л; НЬ –156 г/л; Лейкоциты - 8,4*109/л; СОЭ - 2 мм/час.

При операционной ревизии обнаружено, что опухоль размером 12х10 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*1012/л, НЬ- 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. Тугого наполнения желудка получить не удалось, но создаётся 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 (моэффективно)

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 интраоперационнам гистологическом 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 Добромысова-Торека (резекция, наложение гастростомы, через 3-6 мес, пластика пищевода кишечником.

Ситуационная задача № 18.

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

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

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, колостома)

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 мезогастрии. Печень не увеличена. При пальцевом исследовании определяется нижний полюс плотной опухоли по задней стенке, на перчатке - кровь. Общий анализ крови: Эритроциты 3,6х1012/л, Hb\b - 102 г/л, СОЭ - 25 мм/час. Лейкоциты 7,4х109/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-Эгерса)
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^{0}С, вот уже в течение 3 недель держится субфебрильная температура. При осмотре: состояние удовлетворительное Температура 37,2°С. 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 3,9х1012/л, НЬ - 112 г/л, СОЭ - 45 мм/ч. Лейкоциты 11,4*109/л, эоэинофилы-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»), Аксиллярные 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, абортов- 2. При осмотре: состояние удовлетворительное Температура 36,2°С. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Местно: левая молочная железа мягкая. На границе наружных квадрантов правой молочной железы в 3 см от соска определяется плотное бугристое образование без чётких границ 4,5 см в диаметре, положительный симптом «площадки». В правой аксиллярной области плотный лимфоузел 1 см в диаметре. В пунктате из образования молочной железы - картина 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°С. Кожные покровы обычной окраски. Повышенного питания. В легких дыхание везикулярное, ослаблено слева в нижних отделах. ЧСС 80 ударов в минуту. АД – 150/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Местно: в левой молочной железе плотная бугристая опухоль диаметром 11 см, на коже в верхненаружном квадранте язва, дно которой покрыто гнойно-некротическим налетом со зловонным запахом. Подмышечные лимфатические узлы слева значительных размеров, спаяны. При рентгенологическом исследовании в легких выявлены метастазы, экссудативный плеврит слева. В пунктате из опухоли и лимфоузла - элементы эпителиальной злокачественной опухоли. В мазке-отпечатке из язвы - фибринозно-некротические массы.

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°С, 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, проникающиая, непроникающая, с повреждением или без повреждения внутренних органов.
5. Межрёберная, паравертебральная, вагосимпатическая – блокажа 3х точек (для этого больного межрёберная и паравертебральная, желательно спирт-новокаиновая 1:10)
6. Межрёберная – по нижнему краю соответствующего ребра 10-15мл 0,5% новокаина, паравертебральная – 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 ≈ 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 мастодинол, маммолептин, йодомарин, рекомендуются роды. Оперативное лечение- подкожная или

простая мастэктомия, секторальная резекция, в завмсимости от характера патологического процесса.

5 Следует дифференцировать с раком, туберкулезом, другими доброкачественными опухолями.

Ситуаионная 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 - 700, разгибание - 00, отведение - 150, приведение - 150, наружная ротация - 00, внутренняя - 00.

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 ДОА Кистовидная перестройка сочленяющихся костей Асептический некроз врождённая 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 (Шаиро – 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, ФГС с биопсией, эзофагоманометрия, pH-метрия, ЭКГ, посев на HP.
4. II степень по Петровскому (Эрозии).
5. ГЭРБ, рефлюкс-эзофагит II степени тяжести.
6. Нормализация образа жизни. Диета, антациды, вентер, H2-блокаторы, блокаторы протонной помпы, церукал, мотилиум, цизаприд
7. Неэффективность консервативной терапии, повторяющееся кровотечение, пищевод Баррета, дисплазия эпителия, малигнизация, стеноз.
8. Воссоздание угла Гиса, фундопликация. Можно сочетать с ваготомией и пилоропластикой.

Ситуционная 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 невправимой грыжей (существует длительно, не сопровождается выраженной болью, отсутствует напряжение грыжевого выпячивания, нет резкой болезненности при пальпации и сохраняется кашлевой толчок, общее состояние больного не страдает). С копростазом при невправимой грыже (у пожилых, отсутствуют классические симптомы ущемления, нарастает постепенно без предшествующего физического напряжения с медленным развитием болевого синдрома, боль не такая интенсивная, задержка стула и газов, напряжение грыжевого мешка не выражено, «+» симптом кашлевого толчка). С паховым лимфаденитом (инфекция на стопе, голени, бедре или промежности, развивается постепенно, с лихорадкой, ознобом и т.д., контуры л/у более четкие, иногда пальпируется группа л/у).С натечным абсцессом (появляется в вертикальном положении и исчезает лежа, флюктуация, перкуторно — тупой звук).С метастазами в паховые л/у (л/у плотные, б/б, отсутствуют симптомы ОКН, +жалобы, анамнез, обследование).
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 Полиа.
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 Шулдайса (укрепление задней стенки пахового канала за счет создания дупликатуры поперечной фасции путем непрерывного многорядного шва металлизированной нитью + дупликатура апоневроза наружной косой мышцы живота). Пластика проленовой или полипропиленовой сеткой – по Лихтенштейну. Лапароскопическая герниопластика, Постемсого, 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. Ужемление, 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 $38,5^0$С. 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 тромбофлебит поверхностных вен правой голени. Трофическая язва голени
2. Рожа, 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 конеености, склерозирующая терапия (фибровен, тромбовар, этоксисклерол), Венотоники (троксивазин, венорутон)

Ситуационна задача № 33.

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

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

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

При осмотре: правая половина грудной клетки 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 негомогенное 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 IIIA (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 х 1012/л, Hb – 130 г/л, Ht – 0, 40.При рентгеноскопии 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, размозжение, отрыв части органа, отрыв селезенки от ножки.
8. Спленэктомия, ушивание разрыва, резекция селезенки, аутотрансплантация.

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: крурорраφия, 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 Спижарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,8^{0}С, лейкоцитоз – 11,5х10^9/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 эпигастральной области с иррадиацией в правое подреберье, тошноту, периодическую рвоту. Боли практически постоянные, усиливаются через 30-40 мин после приема пищи. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последних 6 месяцев. Лечился амбулаторно по поводу язвенной болезни желудка, практически без эффекта. При осмотре: Удовлетворительное питание. Пульс 76 в мин. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, определяется локальная болезненность ниже мечевидного отростка грудины.

Симптомов раздражения брюшины нет. Общий анализ крови: эритр. 4,1х1012, Hb 120 г/л, лейк. 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. pH-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 – препилдорическая 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.

Ситуционая 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: эритр. 4,9х1012, Hb 140 г/л, лейк. 6,3х109, СОЭ 15 мм/ч. Общий анализ мочи и биохимические анализы крови в пределах нормы. При фиброгастродуоденоскопии обнаружена хроническая язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, диаметром около 1 см, глубиной до 0,5 см, дно язвы выполнено белым налетом. Отмечается гиперемия слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки и антрального отдела желудка. В антральном отделе желудка следы желчи. При исследовании желудочной секреции

выявлены: высокая секреция и кислотность в базальной и цефалической фазах и нормальная кислотность в желудочной фазе. Тест медикаментозной ваготомии положителен.

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 «секретинового механизма»), нарушение моторики ЖКТ (быстрое опорожнение желудка, дуоденостаз) + HP.
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. Per rectum: Ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала. Общий анализ крови: эритр. 2,8х1012, 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 эритромассы 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 объёме?
10. Можно ли этому больному по жизненным показаниям иногрупную кровь, если нет одногрупной

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 субъиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15х10 см. Per rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритр. 2,7х1012, 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 Chield 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, питуитрин 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, транссекция 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: эритр. 4,8х1012, Hb 140 г/л, лейк. 12,3х109. 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 эпигастральной 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 Дополнительный 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 Rg-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 Демпферированное скелетное вытяжение за пяточную кость (как варианты – гипсовый лонгет, модули спицевых, стрежневых аппаратов внешней фиксации)
4 Компартмент-синдром. Профилактика – надежная леченбая иммобилизация, сосудистая терапия (с учетом данных УЗИ). Наложение нитки Мельникова, динамическое наблюдение. При угрозе развития компар-мент-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 (клиническм – спадание отека) – через 5-7 дней – оперативное лечение. Наиболее рационален внутрикостный остеосинтез большеберцовой кости (возможно, с блокированинм), так как переломы поперечные.
7 Современные варианты внутрикостного остеосинтеза – титановыми стержнями прямоугольного поперечного сечения, остеосинтез по мотодикам 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 х 4 см с неизмененной 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-феморального 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 х 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 профлактика.

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 слабоположительный. Симптомы Ровзинга, Ситковского положительные. Со слов больного в течение последних 6 месяцев отмечает некоторое усиление запоров. Лейкоцитоз - 10.2×10/9/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°. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выраженная болезненность в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц и резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоциты — 14.5×10/9/л.

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

Ответ:

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 эпигастральной области. Была однократная рвота. Спустя 1,5 часа боли сместились в область правого подреберья. Боли носят постоянный характер, без иррадиации. Температура тела — 32,7°. Лейкоциты — 11,6×10/9/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 11,2×10/9/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 6×4×3 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 до1,8 см. В процессе лечения боли прошли полностью, однако в последние дни стала беспокоить тяжесть в эпигастральной области к концу дня. При контрольном эндоскопическом и рентгенологическом исследовании установлено, что язва зарубцевалась, однако бариевая взвесь задерживается в желудке на 14 часов.

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 появляющееся боли приступообразного характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку с повышением температуры тела до 39- 39,5 ^{0} 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 $9{,}2\times10^3$ в 1 мкл, СОЭ 38 мм/час. При УЗИ желчный пузырь обычных размеров, содержит конкременты, имеется дилятация 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 БСДС, 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, френикус-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 и задания для проведения зачета по курсу «Госпитальная хирургия» для студентов V курса по специальности «Лечебное дело» IX семестр

1. Острый аппендицит. Клиника, диагностика, оперативное лечение.
2. Перитонит. Классификация, клиника.

3. Тактика хирурга при ущемленных наружных грыжах живота.
4. Клиника и патогенез демпинг – синдром.
5. Классификация, диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
6. Острая эмпиема плевры, патогенез, клиника, лечение.
7. Кисты поджелудочной железы. Принципы хирургического лечения.
8. Острый холецистит. Методы оперативного лечения.
9. Портальная гипертензия. Классификация, клиника, диагностика.
10. Дивертикулы и дивертикулез толстой кишки. Этиология, классификация, диагностика, лечение.
11. Острый гематогенный остеомиелит. Клиника, диагностика, лечение.
12. Рак легкого. Клиника, диагностика, лечение.
13. Кишечные свищи. Классификация, клиника, лечение.
14. Ущемленные грыжи. Виды ущемлений. Распознавание, лечение. Особенности операций.
15. Острые нарушения мезентериального кровообращения. Классификация, диагностика, лечение.
16. Поддиафрагмальный абсцесс. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
17. Ранние осложнения после операций на желудке.
18. Эхинококкоз легких. Клиника, диагностика, лечение.
19. Митральный стеноз. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
20. Заболевания, травмы селезенки. Клиника, диагностика, лечение.
21. Полипы желудка. Диагностика, особенности лечения.
22. Дифференциальный диагноз при синдроме дисфагии.
23. Острый панкреатит. Классификация, клиника, лечение.
24. Абсцесс и гангрена легкого. Диагностика и лечение.
25. Незаращение Боталова протока. Клиника, диагностика, лечение.
26. Принципы хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Оценка трудоспособности.
27. Бедренные грыжи. Распознавание и лечение.
28. Эхиннокоз и альвеолокоз печени. Диагностика и лечение.
29. Консервативное и хирургическое лечение рубцовых структур пищевода.
30. Клиника, диагностика и лечение тетрады Фалло.
31. Болезни оперированного желудка. Классификация.
32. Тиреотоксический зоб. Этиология, патогенез, распознавание, лечение.
33. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
34. Новокаиновые блокады в хирургической практике. Виды, методика.
35. Острый мастит. Этиология, лечение.
36. Спленомегалии. Виды, распознавание, лечение.
37. Острый аппендицит у беременных.
38. Тромбофлебиты вен таза и нижней полой вены. Этиология, течение, осложнения, лечение. Оценка трудоспособности.
39. Дивертикулы пищевода. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
40. Пептическая язва анастомоза после резекции желудка. Патогенез, клиника, лечение.
41. Рак поджелудочной железы. Клиника, диагностика, лечение.
42. Неязвенные гастродуоденальные кровотечения.
43. Болезнь Крона. Классификация, клиника, лечение.
44. Окклюзионные поражения терминального отдела аорты и ее ветвей.
45. Рак печени. Клиника, диагностика, лечение.
46. Атипичные перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.
47. Прободные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика, лечение.

48. Прямокишечные свищи. Классификация, диагностика, лечение.
49. Неспецифический язвенный колит. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
50. Значение, виды и результаты рентгенологического обследования больных при острых заболеваниях органов брюшной полости.
51. Портальная гипертензия. Понятие о внепеченочной, внутрипеченочной и смешанной форме блокады портального кровотока.
52. Пупочные грыжи. Диагностика, лечение.
53. Аппендикулярный инфильтрат. Тактика хирурга.
54. Хронический холецистит. Желчнокаменная болезнь. Распознавание и лечение.
55. Кардиоспазм (ахалазия пищевода). Классификация, клиника, лечение.
56. Значение и виды эндоскопического обследования больных при острых заболеваниях органов брюшной полости.
57. Патогенез и клиника синдрома приводящей петли после операций на желудке.
58. Высокие наружные кишечные свищи. Клиника, диагностика. Особенности консервативного и хирургического лечения.
59. Острые тромбозы и эмболии магистральных сосудов. Клиника, диагностика, виды лечения.
60. Непроходимость кишечника. Классификация, патогенез.
61. Особенности операций на печени.
62. Эндемический зоб. Этиология, клиника, профилактика, лечение.
63. Антикоагулянтная и фибринолитическая терапия сосудистых заболеваний.
64. Стеноз привратника. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
65. Виды резекции желудка. Наиболее распространенные их модификации.
66. Хронический аппендицит. Клиника, диагностика, лечение.
67. Современные методы детоксикации организма при гнойно-септических заболеваниях.
68. Осложнения при остром аппендиците, их диагностика и лечение.
69. Рак желудка. Клиника. Распознавание.
70. Кровезаменители. Классификация. Показания к переливанию. Осложнения, их профилактика.
71. Внутригрудной зоб. Дифференциальная диагностика, хирургическое лечение.
72. Хроническая эмпиема плевры. Этиология, распознавание, лечение.
73. Митральный стеноз. Клиника, диагностика, методы операций.
74. Рак пищевода. Распознавание. Лечение. Роль отечественных хирургов в разработке оперативных методов лечения.
75. Незаращение Боталова протока. Клиника, диагностика, лечение.
76. Дифференциальная диагностика острого панкреатита и механической непроходимости кишечника.
77. Острые перикардиты. Клиника, диагностика, лечение.
78. Кровотечения при раке желудка. Клиника, диагностика, методы лечения.
79. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Патогенез, клиника.
80. Дисгормональные заболевания молочной железы. Клиника. Диагностика. Лечение.
81. Перитонит. Классификация, этиология, патогенез.
82. Бронхоэктатическая болезнь. Клиника, распознавание, лечение.
83. Принципы современного лечения перитонита.
84. Рак прямой кишки. Комбинированное лечение. Виды хирургических вмешательств.
85. Воспаление дивертикула Меккеля. Клиника, осложнения, лечение.
86. Дифференциальная диагностика прободной язвы желудка и инфаркта миокарда.
87. Кровотечения из расширенных вен пищевода и кардинального отдела желудка. Клиника, диагностика, лечение.
88. Облитерирующий эндартериит. Эиология, патогенез, лечение.

Контрольные вопросы
для проведения зачета по курсу «Госпитальная хирургия» X 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. Илеофеморальный 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.

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

1. Язвенная болезнь желудка и ДПК. Классификация, стадии болезни.

2. Лечение язвы желудка и ДПК в зависимости от стадии процесса. Исходы, прогноз, экспертиза трудоспособности.
3. Классификация осложнений язв желудка и ДПК.
4. Пенетрирующая язва желудка и ДПК. Особенности клиника, диагностика, лечение.
5. Перфоративная язва желудка. Клиника, диагностика, врачебная и хирургическая тактика.
6. Перфоративная язва ДПК. Клиника, диагностика, врачебная и хирургическая тактика.
7. Атипичные перфорации язв желудка и ДПК (прикрытые перфорации, прободение в сальниковую сумку, перфорации «зеркальных» язв). Особенности клиники, диагностика, лечение.
8. Болезни оперированного желудка. Классификация, клиника, диагностика и показания к хирургическому лечению
9. Синдром острого живота.
10. Перитонит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, интенсивное лечение.
11. Современные методы лечения разлитого гнойного перитонита.
12. Классификация кровотечений из верхних отделов ЖКТ. Диагностика, врачебные мероприятия.
13. Кровоточащая язва желудка. Клиника, диагностика, лечение.
14. Кровотечение из варикозных вен пищевода и желудка. Этиология, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение.
15. Язвенный пилородуоденальный стеноз. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Понятие о гастрогенной тетании.
16. Предоперационная подготовка больных к операциям на желудке и кишечнике.
17. Ранние послеоперационные осложнения после операций на желудке при язве и раке.
18. Классификация болезней оперированного желудка.
19. Синдром приводящей петли. Причины, клиника, диагностика, лечение.
20. Болезни оперированного желудка органического характера. Клиника, диагностика, лечение.
21. Острый аппендицит. Классификация, клиника. Экспертиза трудоспособности.
22. Острый аппендицит. Особенности клинической картины в зависимости от расположения слепой кишки и червеобразного отростка.
23. Перитонит аппендикулярного происхождения. Клиника, диагностика, лечение.
24. Хронический аппендицит. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
25. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника, диагностика, лечение.
26. Межкишечный абсцесс, как осложнение острого аппендицита. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.
27. Периаппендикулярный абсцесс. Клиника при различных локализациях отростка, диагностика, лечение.
28. Классификация хирургических заболеваний селезенки.
29. Синдром портальной гипертензии. Классификация, клиника, диагностика и методы хирургического лечения.
30. Острый холецистит. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
31. Осложнения острого холецистита. Клиника, диагностика, лечение.
32. Водянка желчного пузыря. Особенности клиники, диагностика, лечение.
33. Дифференциальная диагностика желтух.
34. Синдром механической желтухи. Клиника, диагностика, лечение.
35. Постхолецистэктомический синдром. Причины, клиника, методы диагностики, выбор метода лечения.
36. Дооперационные методы исследования при заболеваниях внепеченочных желчных путей.

37. Врожденные и приобретенные паховые грыжи. Диагностика, особенности оперативного пособия.
38. Дифференциальная диагностика прямых и косых паховых грыж.
39. Паховые грыжи. Выбор метода хирургического лечения.
40. Ущемленная бедренная грыжа. Клиника, диагностика, лечение.
41. Послеоперационные вентральные грыжи. Причины, клиника, диагностика, методы пластики грыжевых ворот.
42. Ущемленные грыжи живота. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз с невправимой грыжей.
43. Скользящие грыжи. Клиника, диагностика, ошибки и опасности при операциях.
44. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Клиника, диагностика, лечение.
45. Рихтеровское и ретроградное ущемление в грыжах. Клиника, диагностика, особенности операций.
46. Флегмона грыжевого мешка. Клиника, диагностика, альтернативные методы хирургического лечения.
47. Врачебная тактика при диагнозе «острый живот».
48. Классификация острой кишечной непроходимости.
49. Высокая обтурационная кишечная непроходимость. Этиология, клиника, диагностика и лечение.
50. Заворот тонкой кишки. Клиника, диагностика, лечение.
51. Заворот сигмовидной кишки. Клиника, диагностика, лечение.
52. Инвагинация кишечника. Клиника, врачебная и хирургическая тактика.
53. Узлообразование. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
54. Острая динамическая кишечная непроходимость. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
55. Обтурационная кишечная непроходимость. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
56. Спаечная кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение.
57. Острая мезентериальная непроходимость. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
58. Геморрой. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
59. Осложнения геморроя. Клиника, диагностика, лечение.
60. Выпадение прямой кишки. Причины, клиника, диагностика, лечение.
61. Кишечные свищи. Классификация, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение.
62. Параректальные свищи. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
63. Острый панкреатит. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
64. Псевдокисты поджелудочной железы. Клиника, диагностика, лечение.
65. Хронический панкреатит. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
66. Неспецифический язвенный колит. Клиника, дифференциальная диагностика, осложнения. Современные методы лечения.
67. Острый парапроктит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
68. Острый мезентериальный тромбоз. Этиопатогенез, клиника, лечение.
69. Варикозное расширение поверхностных вен конечностей. Клиника, диагностика, лечение.
70. Тромбоз глубоких вен конечностей. Классификация, методы лечения.
71. Артериальные тромбозы магистральных сосудов нижних конечностей. Клиника, диагностика.
72. Эмболия магистральных артерий конечностей. Этиология, диагностика, лечение, профилактика.
73. Классификация острых артериальных ишемий конечностей.

74. Методы исследования при облитерирующих заболеваниях магистральных сосудов конечностей.
75. Облитерирующий эндартериит. Клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение.
76. Облитерирующий атеросклероз конечностей. Этиология, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение.
77. Перикардиты. Классификация. Этиология. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
78. Стеноз митрального клапана. Причины, клиника, диагностика, способы хирургического лечения.
79. Эндемический зоб. Классификация, этиология, клиника, диагностика.
80. Тиреотоксикоз. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
81. Острые струмиты и тиреоидиты. Клиника, диагностика, лечение.
82. Пневмоторакс. Клиника, диагностика, лечебная тактика при различных его видах.
83. Зоб Хашимото. Клиника, диагностика, лечение.
84. Ошибки и опасности при операциях на щитовидной железе.
85. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология, патогенез, клиника, профилактика.
86. Хронический абсцесс легкого. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
87. Острый абсцесс легкого. Клиника, диагностика, методы лечения.
88. Острая эмпиема плевры. Классификация, клиника, диагностика и лечение.
89. Хроническая эмпиема плевры. Клиника, диагностика, методы лечения.
90. Стафилококковая деструкция и гангрена легких. Этиология, клиника, диагностика и лечение.
91. Медиастинит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
92. Сепсис. Современные принципы диагностики и лечения.
93. Детоксикация в хирургии. Основные средства, методы.
94. Основы компонентной терапии в современной трансфузиологии.
95. Предраки. Понятие о группах риска и методах их формирования.
96. Классификация онкологических заболеваний. Организация онкологической помощи в городе и на селе.
97. Понятие о группах риска в онкологии и методах их формирования.
98. Классификация рака легкого. Принципы лечения рака легкого.
99. Рак щитовидной железы. Клиника, диагностика, лечение.
100. Рак пищевода. Классификация, клиника, диагностика и лечение.
101. Клинические, рентгенологические и эндоскопические признаки рака желудка.
102. Рак желудка. Клиника, диагностика, лечение. Роль массовых профилактических осмотров в раннем выявлении рака желудка.
103. Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение рака желудка. Комплексное и комбинированное лечение.
104. Дисгормональные заболевания молочной железы. Клиника, диагностика, лечение.
105. Острый гнойный мастит. Этиология. Клиника, диагностика, лечение.
106. Дифференциальный диагноз рака молочной железы и фиброзно-кистозной мастопатии.
107. Лечение рака молочной железы в зависимости от стадии заболевания.
108. Клинические признаки и диагностика рака молочной железы.
109. Рак молочной железы. Стадии рака по системе TNM.
110. Факторы риска и клинические признаки рака легкого. Значение дополнительных методов исследования.
111. Рак ободочной кишки. Особенности клиника в зависимости от локализации, диагностика, лечение.
112. Рак прямой кишки. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

113. Кисты и свищи поджелудочной железы. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика, лечение.
114. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
115. Острая обтурационная кишечная непроходимость. Причины, клиника, диагностика, лечение.
116. Хронический панкреатит. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
117. Профузные кровотечения из пищеварительного тракта. Причины, клиника, диагностическая и лечебная тактика
118. Полипоз ободочной кишки. Классификация, клиника, диагностика, лечебная тактика.
119. Методы обследования больных облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей
120. Холангит. Клиника, диагностика, лечение
121. Легочное кровотечение. Причины. Диагностика и лечебная тактика.
122. Инородные тела пищевода. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
123. Спаечная болезнь органов брюшной полости. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
124. Илеофеморальный флеботромбоз. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
125. Доброкачественные опухоли легких. Классификация. Клиника, дифференциальная диагностика. Лечение.
126. Инородные тела трахеи и бронхов. Клиника, диагностика, лечение. Методы обследования в торакальной хирургии
127. Незаращение артериального (Боталлова) протока. Клиника. Диагностика, лечение.
128. Хроническая эмпиема плевры. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
129. Холедохолитиаз. Клиника, диагностика, лечение.
130. Специальные методы исследования в торакальной хирургии (лучевые, ультразвуковые, эндовидеоскопические, функциональные и др.).

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/ четырёхбальная шкала
Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося. В тестовых заданиях используются четыре типа вопросов: ✓ закрытая форма - наиболее распространенная форма и предлагает несколько альтернативных ответов на поставленный вопрос. Например, обучающемуся задается вопрос, требующий альтернативного ответа «да» или «нет», «является» или «не является», «относится» или «не относится» и т.п. Тестовое задание, содержащее вопрос в закрытой форме, 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	

	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.		
Промежуточная аттестация			
Зачет	Форма проверки знаний, умений и навыков, приобретенных обучающимися в процессе усвоения учебного материала лекционных, практических и семинарских занятий по дисциплине.	Вопросы к зачету	Двухбалльная шкала
Экзамен	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 экзаменующемуся 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.	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 обосновываеет 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

Литература

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

1. 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

2. 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
3. Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 1 [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. -720 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439982.html
4. Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 2 [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 688 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439999.html
5. Нутритивная поддержка больных в хирургической практике [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов, врачей-интернов и клинических ординаторов / [сост.: Гурмиков Б.Н., Болоков М.С.]. - Майкоп: Коблева М.Х., 2017. - 96 с. - Режим доступа: http://lib.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=2100018870
6. 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
7. 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
8. 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
9. 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
10. 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.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=00035944
11. 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
12. 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
13. 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-телекоммунакационные ресурсы сети «Интернет»

1. Образовательный портал ФГБОУ ВО «МГТУ» [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://mkgtu.ru/
2. Официальный сайт Правительства Российской Федерации. [Электронный ресурс]: Режим доступа: http://www.government.ru
3. Информационно-правовой портал «Гарант» [Электронный ресурс]: Режим доступа: http://www.garant.ru/

4. Научная электронная библиотека www.eLIBRARY.RU – Режим доступа: http://elibrary.ru/
5. Электронный каталог библиотеки – Режим доступа: // http://lib.mkgtu.ru:8004/catalog/fol2;
6. Единое окно доступа к образовательным ресурсам: Режим доступа: http://window.edu.ru/
7. Федеральная электронная медицинская библиотека Режим доступа: http://www.femb.ru/
8. Медицинский образовательный сайт социальная сеть для врачей: Режим доступа: https://vrachivmeste.ru/
9. Лучшие медицинские сайты: Режим доступа: https://links-med.narod.ru/

9. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Учебно-методические материалы по изучению лекционного курса по дисциплине «Госпитальная хирургия» для студентов

Дисциплина осваивается посредством лекций, практических занятий и самостоятельной работы. Темы лекций, их краткое содержание показаны в раздебле 5.3. лекции проводятся с использованием приемов актуализации знаний, полученных при изучении дисциплин учебного плана специальности и направлены на развитие познавательной деятельности обучающихся. Для освоения содержания лекционного материала и получения новых более глубоких знаний, обучающийся должен, проработав имеющиеся конспекты, составить краткий план, подготовить вопросы (в устной или письменной форме), необходимые для проведения практического занятия и вынесенные на самостоятельное изучение.

Практические занятия и их наименование, содержание и объем в часах

№ п/п	№ раздела дисциплины	Наименование практических работ	Объем в часах/трудоемкость в з.е.
9 семестр			
1.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.	4/0,1
2.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Болезни оперированного желудка	4/0,1
3.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Показания и методики ваготомии и резекции желудка при язвенной болезни.	4/0,1
4.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Желудочно-кишечные кровотечения неязвенной этиологии	4/0,1
5.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Хирургические заболевания и повреждения пищевода	4/0,1
6.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Тупая травма живота. Лечебно-тактические вопросы	4/0,1
7.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Доброкачественные заболевания прямой кишки	4/0,1
8.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Геморрой, анальная трещина, выпадение прямой кишки. Острый парапроктит.	4/0,1
9.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Рак ободочной и прямой кишки.	4/0,1
10.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Доброкачественные заболевания ободочной кишки	4/0,1
11.	Заболевания легких, плевры и средостения.	Острые и хронические гнойные заболевания легких. Эмпиема плевры.	4/0,1
12.	Заболевания легких, плевры и средостения.	Хирургическое лечение гнойных заболеваний легких и плевры. Показания к	4/0,1

		операции и виды оперативных вмешательств.	
13.	Заболевания легких, плевры и средостения.	Повреждения грудной клетки	4/0,1
	Итого:		**52/1,4**
		10 семестр	
1.	Заболевания желчных путей и поджелудочной железы	Хирургическая тактика при остром холецистите. Острый, хронический рецидивирующий, первичный склерозирующий холангиты. Перихоледохеальный лимфаденит.	4/0,1
2.	Заболевания желчных путей и поджелудочной железы	Хронический панкреатит. Кисты, свищи поджелудочной железы	4/0,1
3.	Заболевания желчных путей и поджелудочной железы	Хирургические заболевания печени и селезенки	4/0,1
4.	Заболевания желчных путей и поджелудочной железы	Синдром портальной гипертензии	4/0,1
5.	Заболевания сердца и сосудов	Окклюзионные поражения артерий нижних конечностей. Артериальные тромбозы и эмболии	4/0,1
6.	Заболевания сердца и сосудов	Заболевания вен нижних конечностей (острые тромбозы системы нижней полой вены, хроническая венозная недостаточность нижних конечностей)	4/0,1
7.	Заболевания щитовидной железы	Зоб и тиреотоксикоз	4/0,1
8.	Заболевания легких, плевры и средостения	Опухоли плевры. Опухоли и кисты средостения	2/0,05
9.	Заболевания молочной железы	Повреждения груди. Мастопатия и рак молочной железы мастопатия	4/0,1
	Итого:		**34/0,9**
		11 семестр	
1.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Вопросы диагностики и лечения.	6/0,1
2.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Грыжи живота и их осложнения. Виды оперативных вмешательств	6/0,1
3.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний органов живота	6/0,1

4.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит. Механическая желтуха. Дифференциальная диагностика, лечебно-тактические вопросы.	6/0,1
5.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Острый и хронический панкреатит и его осложнения. Показания к операции, виды оперативных вмешательств.	6/0,1
6.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Острая кишечная непроходимость. Вопросы хирургической тактики и лечения при различных ее формах.	6/0,1
7.	Заболевания органов пищеварительного тракта	Острый гнойный перитонит. Принципы комплексного его лечения.	6/0,1
8.	Общие вопросы клинической хирургии	Сепсис. Диагностика, клиника, лечение. Инфузионно-трансфузионная терапия и вопросы переливания крови	6/0,1
	Итого:		**48/1,3**

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 (НЗБ) 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	
Методический аттестационно-аккредитационный центр медицинского института ФГБОУ ВО «МГТУ», корпус 6, помещения 2-3 этажей, ул. Комсомольская 222.	Станция 1. «Базовая сердечно – легочная реанимация»: 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. Станция 2. «Экстренная медицинская помощь»: 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 мод. EasiTrainer с принадлежностями. Станция 3. «Неотложная медицинская помощь»: 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. Станция 4. «Физикальное исследование пациента»: а) Манекен для диагностики сердечно – сосудистых заболеваний; б) манекен для аускультации и пальпации грудной клетки. Станция 5. «Диспансеризация»: а) манекен для брюшной пальпации и аускультации; б) манекен для определения величины артериального давления. Переносное мультимедийное оборудование.	1. Microsoft Office Word 2015. 0376100002715000045-0018439-01 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.

	Мебель для аудиторий. Аудиторная доска.	
Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа: Лекционный зал АРКБ № адрес: Ул. Жуковского, Д. 4	Переносное мультимедийное оборудование. Мебель для аудиторий. Аудиторная доска.	
Аудитория для занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации: Отделения АРКБ: Анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии; Общей хирургии; Сосудистой хирургии; Травматологии и ортопедии; 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 установка; микроскопы «Биолам Р-12», микроскоп МБС-	Переносное мультимедийное оборудование. Мебель для аудиторий. Аудиторная доска.	

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); ап-парат для дарсонвализации; аппарат для лечения интерференционными и диадинамическими токами; аппарат для микроволновой (МВ), СВЧ-терапии (диатер-мии); аппарат для УВЧ (ДМВ) – терапии, аппарат лазерной и магнитолазерной терапии		
Помещения для самостоятельной работы		
Учебные аудитории для самостоятельной работы: 1. Читальный зал научной библиотеки ФГБОУ ВО «МГТУ»: корпус 1, 3 этаж, ул. Первомайская, 191. 2. Компьютерный класс, читального зала научной библиотеки ФГБОУ ВО «МГТУ»: корпус 1, 3 этаж, ул. Первомайская,191.	Мебель для аудиторий. Библиотечный фонд специальной литературы. Компьютерный класс на 30 посадочных мест, оснащенный компьютерами «msi» с выходом в Интернет.	1. Microsoft Office Word 2015. 0376100002715000045-0018439-01 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.

3. Методический аттестационно-аккредитационный центр медицинского института ФГБОУ ВО «МГТУ», корпус 6, 2 и 3 этажи, ул. Комсомольская, 222.	Фантомы, манекены, тренажеры, роботы – симуляторы, системы для отработки навыков оказания медицинской помощи и т.д.	5. 7-zip.org. GNU LGPL. 6. Офисный пакет WPSOffice. Свободно распространяемое ПО.

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

На ***2025 /2026*** учебный год
В рабочую программу ***Госпитальная хирургия***
для направления (специальности) ***31.05.01 Лечебное дело*** вносятся следующие
(код, наименование)
дополнения и изменения:

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

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

5.3.Содержание разделов дисциплины «Госпитальная хирургия»
Лекционный курс

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
IX семестр						
1.	***Раздел1.*** *Вводная лекция Деонтологические принципы в подготовке врача как клинициста и исследователя*	2/0,05	Особенности изучения дисциплины. Основные направления учебной и научной деятельности кафедры. Деонтология – как наука о долге перед обществом и морали. Медицинская деонтология - совокупность этических норм при выполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей, а также принципов поведения, профессиональных приемов психологического общения. Дифференциальный диагноз и тактика хирурга при острых заболеваниях живота.	ОПК-5; ОПК-6; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**Знать:** ✓ основные принципы управления и организации медицинской помощи населению; ✓ ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях; ✓ современную классификацию заболеваний; ✓ клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп.	Лекция-беседа

2. Добавлен пункт 5.8

5.8. Календарный план воспитательной работы по дисциплине
Модуль 3. Учебно-исследовательская и научно-исследовательская деятельность

Дата, место проведения	Название мероприятия	Форма проведения мероприятия	Ответственный	Достижения обучающихся
Сентябрь 2025, Лекционный зал АРКБ	Лекция «Деонтологические принципы в подготовке врача как клинициста и исследователя»	групповая	Болоков М.С.	Сформированность ОПК-5; ПК-10

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

Дополнения и изменения рассмотрены и одобрены на заседании кафедры

«_____» _____202__г

Заведующий кафедрой Болоков М.С. _____

12. Дополнения и изменения в рабочей программе
за __2025__ / __2026__ учебный год

В рабочую программу ___Госпитальная хирургия_____
(наименование дисциплины)

для направления (специальности) __31.05.01 Лечебное дело_____
(номер направления (специальности)

вносятся следующие дополнения и изменения:

Для организации обучения по адаптированной ОПОП ВО для обучающихся с нарушением зрения вносятся следующие дополнения и изменения:

- в пункт 11 «Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине» вносятся дополнения:

Помещения для самостоятельной работы:

Электронный читальный зал для лиц с ограниченными возможностями здоровья, адрес: ул. Гоголя, 9 (1 этаж).

Электронный читальный зал для лиц с ограниченными возможностями здоровья для слабовидящих студентов имеет «Автоматизированное рабочее место для слабовидящих и лиц с нарушенным зрением №1», Цифровой увеличитель ПЦУ-6 (3,5").

Автоматизированное рабочее место для слабовидящих и лиц с нарушенным зрением №1 - программно-технический комплекс, оснащенный производительным стационарным компьютером, с мощным процессором Intel Core i3, оперативной памятью 4Гб, широкоформатным монитором 24 дюйма, наушниками с микрофоном.
Программное обеспечение рабочего места - программа экранного доступа с синтезатором речи и экранным увеличителем; программа "Балаболка" - предназначена для чтения вслух текстовых файлов; показывает текст, содержащийся в документах, изменяет настройки шрифта и цвета, управляет процессом чтения из системного трея (области уведомлений) или при помощи глобальных сочетаний клавиш, произносит набираемый на клавиатуре текст, проверяет орфографию, делит текстовый файл на несколько файлов меньшего размера.

Все электронно-библиотечные системы (ЭБС), доступные пользователям НБ МГТУ, имеют версию для слабовидящих. Для слабовидящих студентов имеется возможность озвучки книг в ЭБС «Консультант студента». ЭБС «IPRSmart» и ЭБС «Лань» имеют мобильные приложения, в которых предусмотрена озвучка.

Дополнения и изменения внес __профессор, Болоков М.С._____
(должность, Ф.И.О.)
Рабочая программа пересмотрена и одобрена на заседании кафедры
_____госпитальной хирургии и последипломного образования_____
(наименование кафедры)

Заведующий кафедрой ____М.С. Болоков_____