

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

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
УСИЛЕННОЙ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат:
02E7D270006FB13D8E461FDA85E345FACD
Владелец: Станислав Сергеевич Наумов
Действителен с 13.05.2024 до 13.08.2025

Утверждаю
Ректор АНО ВО «НМИ»

С.С. Наумов

« ____ » _____ 2024 года

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Б.1.0.46 ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

по специальности: 31.05.01 Лечебное дело

профиль: Лечебное дело

программа подготовки специалитет

Форма обучения: очная

год начала подготовки 2023, 2024

Невинномысск, 2024

Рабочая программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного стандарта высшего образования и учебного плана Автономной некоммерческой организации высшего образования «Невинномысский медицинский институт» по специальности 31.05.01 Лечебное дело

АНЮОВО "НММИ"

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель – формирование у обучающихся способности: применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза; оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач; назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

Задачи:

- сформировать систему знаний о принципах диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний в их типичных и атипичных проявлениях, а также при осложнённых формах патологии;
- сформировать систему знаний по семиотике заболеваний различных органов и систем, требующих хирургического лечения;
- сформировать систему знаний об этиологии и патогенезе заболеваний, требующих хирургического лечения; - сформировать и развить навыки диагностики важнейших клинических синдромов при заболеваниях, требующих хирургического лечения;
- развить умения и навыки интерпретировать результаты специальных методов исследования;
- развить умения и навыки выбора метода лечения и профилактики, а также составления плана реабилитационных мероприятий;
- сформировать готовность и способность оказания больным первой врачебной помощи при возникновении неотложных состояний;
- сформировать навыки определения показаний для госпитализации, требующей хирургического лечения
- сформировать навыки оформления медицинской документации.

Воспитательной задачей является формирование гражданской позиции, активного и ответственного члена российского общества, осознающего свои конституционные права и обязанности, уважающего закон и правопорядок, обладающего чувством собственного достоинства, осознанно принимающего общечеловеческие гуманистические и демократические ценности.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Госпитальная хирургия» относится к обязательной части блока 1 «Дисциплины (модули)» основной профессиональной образовательной программы.

Дисциплина «Госпитальная хирургия» изучается в 9, 10 и 11 семестрах очной формы обучения.

3. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ, СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Код и наименование компетенции	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения, соотнесенные с индикаторами достижения компетенций
ОПК – 4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с	ОПК-4.1. Готов применить алгоритм медицинских технологий, специализированного оборудования и медицинских изделий при решении профессиональных задач	Знать: общехирургический и специальный хирургический инструментарий; Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание

целью диагноза	установления		лигатуры под зажимом и т.д.); Владеть: навыками использования хирургического инструментария;
ОПК – 5 оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	Способен	ОПК-5.1. Демонстрирует умение оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях для решения профессиональных задач	Знать: топографо-анатомические особенности всех областей человеческого тела и их послойное строение; Уметь: на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования; Владеть: навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний.
ОПК 7 лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	Способен назначать	ОПК - 7.2 Оценивает эффективность и безопасность медикаментозной и немедикаментозной терапии у взрослых	Знать: детальную схему топографической анатомии области интереса, алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств и показания для их выполнения; Уметь: определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств; Владеть: техникой выполнения основных общехирургических оперативных вмешательств;

В результате изучения дисциплины обучающийся должен:

Знать:

-клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространённых хирургических заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп;

-критерии диагноза основных хирургических заболеваний органов брюшной полости, поражения магистральных сосудов;

-методы лечения хирургических заболеваний и показания к их применению;

-симптомы и клинические проявления наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний и пороков развития, неотложных состояний;

Уметь:

-поставить предварительный диагноз (синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причины, её вызывающей);

-наметить объём дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни для уточнения диагноза и получения достоверного результата;

-сформулировать клинический диагноз;

-разработать план консервативных или хирургических действий с учётом течения болезни и её лечения;

-проводить необходимую патогенетическую терапию, направленную на профилактику осложнений;

-определять и обеспечивать необходимые условия транспортировки.

Владеть:

-интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики (при основных хирургических заболеваниях);

-алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту;

-методиками клинического осмотра больных с хирургической патологией.

4. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ С УКАЗАНИЕМ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ НА КОНТАКТНУЮ РАБОТУ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ (ПО ВИДАМ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ) И НА САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ РАБОТУ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Очная форма обучения

Вид учебной работы	Всего часов	9 семестр	10 семестр	11 семестр
1. Контактная работа обучающихся с преподавателем:	180.3	46	66	68.3
Аудиторные занятия всего, в том числе:	170	42	64	64
Лекции	32	10	10	12
Лабораторные	-	-		
Практические занятия	138	32	54	52
Контактные часы на аттестацию (экзамен)	0,3	-	-	0,3
Консультация	4	2		2
Контроль самостоятельной работы	6	2	2	2
2. Самостоятельная работа	80.7	26	42	12.7
Контроль	27	-		27
ИТОГО:	288	72	108	108
Общая трудоемкость	8	2	3	3

5. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
9 семестр		
Тема 1 Синдром дисфагии	Клиническая значимость изучаемой темы. Клиническая классификация наиболее частых хирургических причин дисфагии (рак пищевода, ахалазия нижнего пищеводного сфинктера, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, дивертикулы пищевода). Клиническая симптоматика дисфагии. Диагностическая программа (рентгенография пищевода; эзофагоскопия; манометрия пищевода; исследование желудочнопищеводного рефлюкса; морфологическое исследование). Дифференциальная диагностика. Принципы хирургической тактики при ахалазии пищевода, раке пищевода, хиатальных грыжах. Лучевая терапия рака пищевода. Результаты лечения.	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 2. Опухоли поджелудочной железы	Клиническая значимость изучаемой темы. Классификация опухолевых заболеваний поджелудочной железы. Клиническая семиотика рака поджелудочной железы. Диагностическая программа. Дифференциальная диагностика механической и паренхиматозной желтухи. Принципы хирургической тактики (показания к операции, сроки выполнения операции, предоперационная подготовка, выбор метода оперативного вмешательства). Результаты лечения.	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 3. Синдром портальной гипертензии	Клиническая значимость изучаемой темы. Принципы строения портальной системы. Классификация портальной гипертензии. Клиническая симптоматика синдрома портальной гипертензии. Диагностическая программа при синдроме портальной гипертензии. Дифференциальная диагностика форм портальной гипертензии.	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2

	Принципы хирургической тактики. Хирургическое лечение. Сроки операции. Результаты лечения портальной гипертензии	
Тема 4. Неспецифические воспалительные заболевания толстой кишки	Клиническая значимость изучаемой темы. Классификация неспецифических воспалительных заболеваний толстой кишки (классификация неспецифического язвенного колита, классификация болезни Крона). Клиническая симптоматика. Диагностическая программа. Дифференциальная диагностика. Принципы хирургической тактики. Хирургическое лечение (показания и сроки операции). Характер оперативных вмешательств. Результаты лечения	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 5. УЗИ в диагностике и лечении хирургических заболеваний органов брюшной полости	Клиническая значимость изучаемой темы. Принципы метода. Наиболее частые области применения УЗИ в клинике неотложной абдоминальной хирургии. Ультразвуковая семиотика и патоморфологические изменения в желчном пузыре при остром холецистите. Определение хирургической тактики на основе клинико-инструментальных данных. Задачи УЗИ при острой кишечной непроходимости.	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 6. Значение внутрипросветных эндоскопических методов исследования при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости	Клиническая значимость изучаемой темы. Диагностика и дифференциальная диагностика острых желудочно-кишечных кровотечений. Основные задачи экстренного эндоскопического исследования при остром желудочно-кишечном кровотечении. Основные и дополнительные методы эндоскопической диагностики. Основные источники острого кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта (собственные данные). Классификация язвенных кровотечений по Forrest. Эндоскопические критерии высокого риска рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения. Лечебная тактика у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Диагностика и дифференциальная диагностика перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Неотложные заболевания панкреатобилиарной зоны. Основные задачи экстренного эндоскопического исследования при неотложных заболеваниях панкреатобилиарной зоны. Основные и дополнительные 37 методы эндоскопической диагностики. Определение понятия острая блокада терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка. Эндоскопические вмешательства при опухолевых и рубцовых стриктурах желчевыводящих путей	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 7. Хирургия опухолей печени	Клиническая значимость изучаемой темы. Классификация наиболее часто встречающихся опухолей печени. Эпидемиология и этиология гепатоцеллюлярного рака. Клиническая картина опухолей печени. Диагностическая программа. Принципы хирургической тактики. Результаты лечения	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 8. Гнойные заболевания легких и плевры	Клиническая значимость изучаемой темы. Классификация гнойных заболеваний легких и плевры. Клиническая симптоматика. Диагностическая программа. Дифференциальный диагноз. Принципы хирургической тактики при острых гнойных заболеваниях легких и плевры. Показания к оперативному лечению, сроки оперативно-вмешательства, выбор метода оперативного вмешательства. Результаты лечения острых гнойных заболеваний легких и плевры.	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 9. Хирургическое лечение зоба	Клиническая значимость изучаемой темы. Патологические изменения щитовидной железы. Клиническая классификация зоба. Клиническая симптоматика. Диагностическая программа. Дифференциальная диагностика. Лечение. Хирургическая тактика. Характер оперативных вмешательств. Результаты лечения.	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 10. Желудочно-кишечные кровотечения	Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика кровотечений. Хирургическая тактика. Методы консервативной терапии. Выбор способа оперативного лечения. Предоперационная подготовка, инфузионная терапия и ведение послеоперационного периода	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2

10 семестр		
Тема 11. Исследование моторной функции желудка.	Принцип метода ионоанометрии различных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), его значение в определении различных параметров моторной и эвакуаторной функции. Признаки функционального состояния желудка по данным ионоанометрии. Характерные особенности моторной функции желудка при язвенном пилородуоденальном стенозе. Особенности функционального состояния желудка и ДПК, полученные при ионоанометрии, уточняющие показания к хирургическому лечению дуоденальной язвы. Нарушения моторной функции желудка и ДПК являющиеся противопоказанием к выполнению органосохраняющих операций с ваготомией. Медикаментозные средства применяющиеся для стимуляции моторной функции желудка и ДПК в послеоперационном периоде для профилактики и лечения желудочного стоаза	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 12. Исследование секреторной функции желудка	Главные механизмы регуляции желудочной секреции. Основной гуморальный регулятор выработки соляной кислоты, его анатомический субстрат и функциональные характеристики. Защитные и агрессивные факторы в патогенезе язвообразования. Периоды и фазы процесса кислотопродукции. Методы исследования желудочной секреции в хирургической клинике и требования, предъявляемые к ним. Терминология и нормативы показателей желудочной секреции. Преимущества внутрижелудочной рН-метрии перед традиционным аспирационно-титрационным методом. Роль показателей желудочной секреции в диагностике различных желудочных заболеваний. Секреторные тесты оценки адекватности оперативного вмешательства. Причины повторного язвообразования после ваготомии с дренирующей операцией, после ваготомии с антрумэктомией. Основные моменты дифференциальной диагностики синдрома антральной гзстринклеточной гиперплазии и синдрома Золлингера-Эллисона с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 13. Острый живот	Наиболее практически важные выводы из статистики хирургического лечения наиболее частых форм острого живота. Основные причины неблагоприятных исходов острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Смысл и правомерность термина - синдром "острый живот". Основные кардинально важные вопросы, на которые должен дать ответ врач, встретив пациента с синдромом острого живота. Классификационные моменты структуры хирургических заболеваний, входящих в понятие "острый живот". Основные диагностические трудности на догоспитальном этапе у больных с острым животом. Основные группы нехирургических заболеваний, которые могут симулировать острый живот. Основные анатомофункциональные изменения в органах ЖКТ у стариков, которые могут вызвать атипичность течения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Меры по предупреждению диагностических ошибок у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости на догоспитальном этапе.	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 14. Заболевания диафрагмы	Клиническая значимость изучаемой темы. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика. Методы консервативной терапии. Выбор способа оперативного лечения. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода.	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 15. Дивертикулез ободочной кишки	Клиническая значимость изучаемой темы. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика. Выбор способа оперативного лечения. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода.	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 16.	клиника, диагностика, предоперационная подготовка, выбор метода	ОПК-4.1

Пилородуоденальный стеноз	оперативного вмешательства	ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 17. Перфоративные гастродуоденальные язвы	диагностика на догоспитальном этапе, вопросы хирургической тактики, выбор метода оперативного вмешательства	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 18. Острый панкреатит	классификация, современные методы диагностики, принципы лечебной тактики, методы операций - хирургические, эндоскопические-, при автономном и билиарном панкреатите (2 дня)	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 19. Хронический панкреатит	классификация, методы диагностики, принципы хирургической тактики	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 20. Неосложненный рак ободочной кишки	особенности клинической картины, методы диагностики, принципы хирургического лечения	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
11 семестр		
Тема 21. Рак прямой кишки	классификация, методы диагностики, вопросы хирургической тактики	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 22. Хронический парапроктит	клиническая картина, методы диагностики, вопросы хирургической тактики	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 23. Геморрой	клиническая картина, методы диагностики, вопросы лечебной тактики	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 24. Комплексное лечение перитонита	особенности клинической картины перитонита в зависимости от стадии и распространенности перитонита, вопросы хирургической тактики, лапароскопические методы лечения перитонит	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 25. Рак желудка	Клиника. Классификация. Методы диагностики. Лечебная тактика.	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 26. Место терапевта и хирурга в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	Показания к хирургическому лечению неосложненной дуоденальной язвы	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 27. Заболевания оперированного желудка	Патогенез. Классификация. Изучение нозологических форм ПГРС: пептической язвы тощей кишки, синдрома приводящей петли, демпинг-синдрома, желудочно-ободочного свища и др. Изучение причин их возникновения, клинической картины Методы диагностики. Лечебная тактика. Методы реконструктивных операций.	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 28. Синдром механической желтухи	Диагностика и хирургическая тактика. Эндоскопические методы диагностики и лечения	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 29. Постхолецистэктомический синдром	Изучение причин ПХЭС. Клиника. Классификация клинических форм: резидуальный холедохолитиаз, стриктуры холедоха и БДС, желчные свищи и др. Разбор больных, клинического течения. Методы диагностики. Лечебная тактика. Повторные операции на желчных путях	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2
Тема 30. Осложнения рака ободочной кишки	Диагностика. Хирургическая тактика	ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-7.2

6. СТРУКТУРА ДИСЦИПЛИНЫ С УКАЗАНИЕМ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ

Очная форма обучения

Наименование раздела (темы) дисциплины	Виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу (в часах)			
	Л	ЛР	ПЗ	СРС
Тема 1 Синдром дисфагии	1	-	2	2
Тема 2. Опухоли поджелудочной железы	1	-	2	2
Тема 3. Синдром портальной гипертензии	1	-	2	2
Тема 4. Неспецифические воспалительные заболевания толстой кишки	1	-	2	2
Тема 5. УЗИ в диагностике и лечении хирургических заболеваний органов брюшной полости	1	-	2	3
Тема 6. Значение внутрипросветных эндоскопических методов исследования при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости	1	-	4	3
Тема 7. Хирургия опухолей печени	1	-	4	3
Тема 8. Гнойные заболевания легких и плевры	1	-	4	3
Тема 9. Хирургическое лечение зоба	1	-	4	3
Тема 10. Желудочно-кишечные кровотечения	1	-	4	3
Тема 11. Исследование моторной функции желудка.	1	-	4	4
Тема 12. Исследование секреторной функции желудка	1	-	4	4
Тема 13. Острый живот	1	-	4	4
Тема 14. Заболевания диафрагмы	1	-	6	4
Тема 15. Дивертикулез ободочной кишки	1	-	6	4
Тема 16. Пилородуоденальный стеноз	1	-	6	4
Тема 17. Перфоративные гастродуоденальные язвы	1	-	6	4
Тема 18. Острый панкреатит	1	-	6	4
Тема 19. Хронический панкреатит	1	-	6	5
Тема 20. Неосложненный рак ободочной кишки	1	-	6	5
Тема 21. Рак прямой кишки	2	-	6	2
Тема 22. Хронический парапроктит	1	-	6	1
Тема 23. Геморрой	1	-	6	1
Тема 24. Комплексное лечение перитонита	1	-	6	1
Тема 25. Рак желудка	2	-	6	1
Тема 26. Место терапевта и хирурга в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	1	-	6	2
Тема 27. Заболевания оперированного желудка	1	-	4	1
Тема 28. Синдром механической желтухи	1	-	4	1
Тема 29. Постхолецистэктомический синдром	1	-	4	1
Тема 30. Осложнения рака ободочной кишки	1	-	4	1.7
Итого (часов)	32	-	138	80.7
Форма контроля	Экзамен			

7. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Самостоятельная работа обучающихся направлена на углубленное изучение разделов и тем рабочей программы и предполагает изучение литературных источников, выполнение домашних заданий и проведение исследований разного характера. Работа основывается на анализе литературных источников и материалов, публикуемых в интернете, а также реальных речевых и языковых фактов, личных наблюдений. Также самостоятельная работа включает подготовку и анализ материалов по темам пропущенных занятий.

Самостоятельная работа по дисциплине включает следующие виды деятельности:

- работа с лекционным материалом, предусматривающая проработку конспекта

лекций и учебной литературы;

- поиск (подбор) и обзор литературы, электронных источников информации по индивидуально заданной проблеме курса, написание доклада, исследовательской работы по заданной проблеме;

- выполнение задания по пропущенной или плохо усвоенной теме;

- самостоятельный поиск информации в Интернете и других источниках;

- выполнение домашней контрольной работы (решение заданий, выполнение упражнений);

- изучение материала, вынесенного на самостоятельную проработку (отдельные темы, параграфы);

- написание рефератов;

- подготовка к тестированию;

- подготовка к практическим занятиям;

- подготовка к экзамену.

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

8.1 Основная литература:

1. Кузнецов, Н. А. Клиническая хирургия : обследование пациента / Н. А. Кузнецов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-5488-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454886.html> - Режим доступа : по подписке

8.2. Дополнительная литература

1. Абдулаев, А. Г. Госпитальная хирургия. Синдромология : учебное пособие / Абдулаев А. Г. и др. ; Под ред. Н. О. Миланова, Ю. В. Бирюкова, Г. В. Синявина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-2434-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424346.html> - Режим доступа : по подписке.

2. Каган, И. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия в терминах, понятиях, классификациях : учебное пособие / Каган И. И. , Чемезов С. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-5106-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970451069.html> - Режим доступа : по подписке.

8.3. Лицензионное программное обеспечение

	Наименование ПО	Тип лицензии	№ Договора
1	Среда электронного обучения 3KL Moodle, версия 5GB 4.1.3b	Коммерческая	№1756-2 от 20 сентября 2023
2	1С Университет ПРОФ. Ред.2.2.	Коммерческая	№ЛМ00-000221
3	1С: Университет ПРОФ. Активация возможности обновления конфигурации на 12 мес.	Коммерческая	№ЛМ00-000221
4	Программное обеспечение «Планы ВПО»	Коммерческая	№2193-24
5	Аппаратно-программный комплекс в составе интерактивного стола и предустановленного программного обеспечения для отображения трехмерного образа человеческого тела. Интерактивный анатомический стол «Пирогов» Модель II	Коммерческая	№1190
6	Защищенный программный комплекс 1С: Предприятие 8.3z	Коммерческая	№ЛМ00-000221
7	1С: Предприятие 8 ПРОФ.	Коммерческая	№ЛМ00-000221
8	1С: Предприятие 8.3 ПРОФ. Лицензия на сервер.	Коммерческая	№ЛМ00-000221
9	1С: Бухгалтерия 8 ПРОФ.	Коммерческая	№ЛМ00-000490

10	1С: Зарплата и управление персоналом 8 ПРОФ.	Коммерческая	№ЛМ00-000490
11	MS SQL Server 2019 Standard	Коммерческая не исключительное право	№ЛМ00-000221
12	Система анализа программного и аппаратного ТСIP/IP сетей (сетевой сканер Ревизор Сети версии 3.0)	Коммерческая	№966
13	Единый центр управления Dallas Lock. Максимальное количество сетевых устройств для мониторинга: 3	Коммерческая	№966
14	Неисключительное право на использование Dallas Lock 8.0-К (СЗИ НСД, СКН)	Коммерческая	№966
15	Модуль сбора данных для специального раздела сайта образовательной организации высшего образования	Коммерческая не исключительное право	№2135-23
16	Kaspersky Стандартный Certified Media Pack Russian Edition.	Коммерческая	№297
17	Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition.	Educational License	№1190
18	Ревизор сети (версия 3.0), стандартное продление лицензии на 1 год	Коммерческая	№1190
19	Ревизор сети (версия 3.0) 5 IP, право на использование дополнительного IP адреса к лицензии на 1 год	Коммерческая	№1190
20	Неисключительное право на использование Dallas Lock 8.0-К (СЗИ НСД, СКН)	Коммерческая	№1190
21	Dallas Lock 8.0-К с модулем «Межсетевой экран». Право на использование (СЗИ НСД, СКН, МЭ)	Коммерческая	№3D-24
22	Лицензия на использование программы RedCheck Professional для localhost на 3 года	Коммерческая	№393853
23	Медиа-комплект для сертифицированной версии средства анализа защищенности RedCheck	Коммерческая	№393853
24	Kaspersky Certified Media Pack Customized	Коммерческая	№393853
25	ФИКС (версия 2.0.2), программа фиксации и контроля исходного состояния программного комплекса для ОС семейства Windows. Лицензия (право на использование) на 1 год	Коммерческая	№393853
26	TERRIER (версия 3.0) Программа поиска и гарантированного уничтожения информации на дисках. Лицензия на право использования на 1 год	Коммерческая	№393853
27	Передача неисключительных прав на использование ПО ViPNet Client for Windows 4.x (KC2). Сеть 2458	Коммерческая	№393853
28	Ревизор 1 XP Средство создания модели системы разграничения доступа. Лицензия на право использования на 1 год	Коммерческая	№393853
29	Ревизор 2 XP Программа контроля полномочий к информационным ресурсам. Лицензия на право использования на 1 год	Коммерческая	№393853
30	Агент инвентаризации. Лицензия на право использования на 1 год	Коммерческая	№393853
31	Libre Office	Бесплатная, GNU General Public License	
32	GIMP	Бесплатная, GNU General Public	

		License	
33	Mozilla Thunderbird	Mozilla Public License	
34	7-Zip	Бесплатная, GNU General Public License	
35	Google Chrome	GPL	
36	Ubuntu	GPL	
37	VLC media player	LGPLv2.1+	

8.4 Современные профессиональные базы данных и информационные справочные системы

1. Российское образование. Федеральный образовательный портал – Режим доступа: www.edu.ru.
2. Министерство образования и науки Российской Федерации [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://minobrnauki.gov.ru/>
3. Научная педагогическая библиотека им. К.Д. Ушинского [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gnpbu.ru>.
4. Российская государственная библиотека [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.rsl.ru>.
5. Президентская библиотека – <http://www.prilib.ru>
6. Большая медицинская библиотека - <http://med-lib.ru/>.
7. Российское образование. Федеральный портал. – <http://www.edu.ru/>, доступ свободный

Информационные справочные системы:

1. Справочно-правовая система «Консультант Плюс» - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>
2. Информационно-правовой сервер «Гарант» <http://www.garant.ru/>

9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

<p>Учебная аудитория 15 для проведения занятий лекционного, семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточных аттестаций 357114, Ставропольский край, г Невинномысск, ул Чкалова, д 67</p>	<p>1.Учебная мебель: -Комплект учебной мебели: стол на два посадочных места (15 шт.); -стул ученический (30 шт.); -стол преподавателя (1 шт.); -кресло преподавателя (1 шт.); -доска интерактивная;</p> <p>2. Технические средства обучения: -набор демонстрационного оборудования: - мультимедиа-проектор-(1 шт.); - компьютер (ноутбук) с подключением к сети «Интернет» и доступам к ЭИОС ВУЗа; -учебно-наглядные пособия, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочим программам дисциплин.</p>
<p>Учебная аудитория 23 для проведения практических занятий, текущего контроля и промежуточных аттестаций 357114, Ставропольский край, г Невинномысск, б-р Мира, д 25</p>	<p>1.Комплект учебной мебели: стол на два посадочных места (15 шт.); -стул ученический (30 шт.); -стол преподавателя (1 шт.); -кресло преподавателя (1 шт.); -доска маркерная;</p> <p>2. Технические средства обучения: -набор демонстрационного оборудования: - мультимедиа-проектор-(1 шт.); -моноблок с подключением к сети «Интернет» и доступом к</p>

	ЭИОС ВУЗа; -учебно-наглядные пособия, обеспечивающие тематические иллюстрации. 3. Демонстрационные наборы шовных материалов, хирургических инструментов 4. Тонометр медицинский 5. Фонендоскоп 6. Ростомер 7. Весы 8. Рулетка –сантиметр для измерения окружности тела 9. Мультимедийные презентации 10. Модели органов человека 11. Негатоскоп на два снимка-(1 шт.)
Кабинет 4 Помещение для самостоятельной работы, оснащенное компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа к ЭИОС вуза. 357114, Ставропольский край, г Невинномысск, б-р Мира, д 25	комплекты учебной мебели; компьютерная техника с подключением к сети «Интернет» и доступом к ЭИОС вуза;
Кабинет 9 Помещение для самостоятельной работы, оснащенное компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа к ЭИОС вуза 357114, Ставропольский край, г Невинномысск, ул Чкалова, д 67	- комплекты учебной мебели; компьютерная техника с подключением к сети «Интернет» и доступом к ЭИОС вуза;

10.ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЙ ОБУЧАЮЩИМИСЯ-ИНВАЛИДАМИ И ЛИЦАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (ПРИ НАЛИЧИИ)

Особые условия обучения и направления работы с инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья (далее обучающихся с ограниченными возможностями здоровья) определены на основании:

- Закона РФ от 29.12.2012г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Закона РФ от 24.11.1995г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;
- Приказа Минобрнауки России от 06.04.2021 N 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры»;
- методических рекомендаций по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащённости образовательного процесса (утв. Минобрнауки России 08.04.2014 № АК-44/05вн).

Под специальными условиями для получения образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя использование адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено

освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

В целях доступности изучения дисциплины инвалидами и обучающимися с ограниченными возможностями здоровья организацией обеспечивается:

1. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:

– наличие альтернативной версии официального сайта организации в сети «Интернет» для слабовидящих:

– размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации (информация должна быть выполнена крупным рельефно-контрастным шрифтом (на белом или желтом фоне) и продублирована шрифтом Брайля);

– присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;

– обеспечение выпуска альтернативных форматов печатных материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);

– обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию организации;

2. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:

– дублирование звуковой справочной информации визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров (мониторы, их размеры и количество необходимо определять с учетом размеров помещения);

– обеспечение надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации;

3. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата. Материально-технические условия обеспечивают возможность беспрепятственного доступа обучающихся в помещения организации, а также пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, локальное понижение стоек-барьеров: наличие специальных кресел и других приспособлений).

Обучение лиц организовано как инклюзивно, так и в отдельных группах.

11. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

11.1 Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Этапы формирования компетенций в процессе освоения ОПОП прямо связаны с местом дисциплин в образовательной программе. Каждый этап формирования компетенции характеризуется определенными знаниями, умениями и навыками и (или) опытом профессиональной деятельности, которые оцениваются в процессе текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации по дисциплине (практике) и в процессе государственной итоговой аттестации.

Оценочные материалы включают в себя контрольные задания и (или) вопросы, которые могут быть предложены обучающемуся в рамках текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине. Указанные планируемые задания и (или) вопросы позволяют оценить достижение обучающимися планируемых результатов обучения по дисциплине, установленных в соответствующей рабочей программе дисциплины, а также сформированность компетенций, установленных в соответствующей общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

На этапе текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине показателями оценивания уровня сформированности компетенций являются результаты устных и письменных опросов, написание рефератов, выполнение практических заданий, решения тестовых заданий.

Итоговая оценка сформированности компетенций определяется в период государственной итоговой аттестации.

Описание показателей и критериев оценивания компетенций

Показатели оценивания	Критерии оценивания компетенций	Шкала оценивания
Понимание смысла компетенции	Имеет базовые общие знания в рамках диапазона выделенных задач	Минимальный уровень
	Понимает факты, принципы, процессы, общие понятия в пределах области исследования. В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать информацию.	Базовый уровень
	Имеет фактические и теоретические знания в пределах области исследования с пониманием границ применимости	Высокий уровень
Освоение компетенции в рамках изучения дисциплины	Наличие основных умений, требуемых для выполнения простых задач. Способен применять только типичные, наиболее часто встречающиеся приемы по конкретной сформулированной (выделенной) задаче	Минимальный уровень
	Имеет диапазон практических умений, требуемых для решения определенных проблем в области исследования. В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать информацию.	Базовый уровень
	Имеет широкий диапазон практических умений, требуемых для развития творческих решений, абстрагирования проблем. Способен выявлять проблемы и умеет находить способы решения, применяя современные методы и технологии.	Высокий уровень
Способность применять на практике знания, полученные в ходе изучения дисциплины	Способен работать при прямом наблюдении. Способен применять теоретические знания к решению конкретных задач.	Минимальный уровень
	Может взять на себя ответственность за завершение задач в исследовании, приспосабливает свое поведение к обстоятельствам в решении проблем. Затрудняется в решении сложных, неординарных проблем, не выделяет типичных ошибок и возможных сложностей при решении той или иной проблемы	Базовый уровень
	Способен контролировать работу, проводить оценку, совершенствовать действия работы. Умеет выбрать эффективный прием решения задач по возникающим проблемам.	Высокий уровень

11.2 Оценочные материалы для проведения текущего контроля

ОПК–4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза (контролируемый индикатор достижения ОПК-4.1. Готов применить алгоритм медицинских технологий, специализированного оборудования и медицинских изделий при решении профессиональных задач).

ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач (контролируемый индикатор достижения ОПК-5.1. Демонстрирует умение оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях для решения профессиональных задач).

ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности (контролируемый индикатор достижения ОПК -7.2 Оценивает эффективность и безопасность медикаментозной и немедикаментозной терапии у взрослых;).

Типовые задания, для оценки сформированности знаний

Результаты обучения
Знает общехирургический и специальный хирургический инструментарий; Знает топографо-анатомические особенности всех областей человеческого тела и их послыное строение; Знает детальную схему топографической анатомии области интереса, алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств и показания для их выполнения;

Типовые задания для устного опроса

1. Анатомо-физиологические сведения о пищеводе. Классификация и методы диагностики заболеваний пищевода.
2. Эзофагоспазм и ахалазия. Определение. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
3. Эзофагоспазм и ахалазия. Принципы лечения. Кардиодилатация. Техника. Показания к хирургическому лечению, принципы операции.
4. Дивертикулы пищевода. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
5. Химические ожоги пищевода. Патогенез. Клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде.
6. Клиника рубцового сужения пищевода, локализация и формы сужения. Диагностика.
7. Рубцовые сужения пищевода. Лечение бужированием, методы бужирования, показания к ним. Хирургическое лечение.
8. Типы пластического замещения пищевода. Одномоментные и многоэтапные операции. Показания к созданию искусственного пищевода.
9. Перфорация шейного, грудного отделов пищевода. Клиника, диагностика, рентгенологическое исследование. Хирургическая тактика в зависимости от сроков и уровня перфорации, наличия осложнений.
10. Бронхоэктатическая болезнь. Определение понятия. Классификация по формам заболевания и стадиям развития процесса. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
11. Бронхоэктатическая болезнь. Консервативное лечение. Показания к хирургическому вмешательству. Методы предоперационной подготовки. Виды операций. Послеоперационные осложнения.
12. Бронхоэктатическая болезнь. Осложнения (ателектаз, коллапс легкого, бронхиальные свищи).
13. Острая эмпиема плевры. Определение. Классификация. Пути проникновения инфекции в плевральную полость. Клиника, диагностика.
14. Острая эмпиема плевры. Консервативное и хирургическое лечение.
15. Показания к дренированию плевральной полости (подводный дренаж, постоянная аспирация).
16. Хроническая эмпиема плевры. Определение. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Клиника, диагностика, лечение.
17. Хроническая эмпиема плевры. Открытые, закрытые, открыто-закрытые методы лечения.
18. Острый абсцесс легкого. Определение. Классификация. Одиночные и множественные абсцессы, патогенез, клиника острого абсцесса, диагностика, дифференциальный диагноз.
19. Острый абсцесс легкого. Консервативные методы лечения. Показания к операции в остром периоде и виды оперативных вмешательств.
20. Острый абсцесс легкого. Осложнения. Диагностика источника кровотечения.

Результаты лечения острого абсцесса и гангрены легкого.

21. Хронический абсцесс легкого. Причины и критерии перехода острого абсцесса в хронический. Медикаментозное и хирургическое лечение.

22. Хронический абсцесс легкого. Виды операций, предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода. Послеоперационные осложнения и их профилактика.

23. Пилопневмоторакс. Причины, формы. Клиника. Диагностика и тактика хирурга при пилопневмотораксе.

24. Недостаточность культи бронха, бронхиальный свищ. Клиника осложнений, диагностика, лечение.

25. Легочное и внутриплевральное кровотечение. Классификация, диагностика. Лечебная тактика.

26. Травмы грудной клетки. Классификация. Методы диагностики.

27. Ушиб легкого, травматическая асфиксия. Клиника, диагностика, лечение.

28. Ранения грудной клетки. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения.

29. Пневмоторакс. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения.

30. Инородные тела легких, осложнения. Клиника, рентгенодиагностика. Показания к хирургическому лечению.

31. Осложнения язвенной болезни. Показания к операции при язвенной болезни по Е. Л. Березову. Предоперационная подготовка. Ведение послеоперационного периода.

32. Симптоматические язвы. Гормональные язвы. Синдром Золлингера–Эллисона. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.

33. Перфоративная язва. Диагностика. Дифференциальная диагностика в период резких болей, кажущегося улучшения и прогрессирования перитонита. Атипичные перфорации. Особенности диагностики и тактики хирурга при прикрытой перфорации язвы. Метод Тейлора.

34. Гастродуоденальные кровотечения. Причины кровотечений из верхних отделов желудочнокишечного тракта. Клиника, диагностика. Классификация. Дифференциальная диагностика кровотечений.

35. Болезни оперированного желудка. Классификация, клиника, диагностика. Методы консервативного лечения. Выбор метода хирургического лечения при пептических язвах, демпинг - синдроме, синдроме приводящей петли, непроходимости анастомозов.

36. Желчнокаменная болезнь. Патогенез камнеобразования. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Показания и методы операций.

37. Холедохолитиаз, рубцовые стриктуры, холангиты, опухоли желчных протоков. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз механической желтухи. Особенности операции при желтухе, предоперационная подготовка.

38. Постхолецистэктомический синдром. Понятие об истинном и ложном постхолецистэктомическом синдроме. Диагностика, принципы консервативного лечения. Методы интраоперационной диагностики.

39. Бактериальные и паразитарные абсцессы печени. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.

40. Эхинококкоз печени. Гидатидозная и альвеолярная формы эхинококкоза. Эндемические районы РФ. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика. Методы хирургического лечения.

41. Синдром портальной гипертензии. Классификация. Гиперспленизм. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению портальной гипертензии. Принципы хирургического лечения.

42. Кровотечение из расширенных вен пищевода и кардии. Консервативное лечение. Применение зонда Блекмора. Методы хирургического лечения (операции Таннера, Пациоры, прямые и не прямые портокавальные анастомозы).

43. Болезнь Бадда–Киари. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.

44. Анатомо-физиологические сведения о селезенке. Классификация заболеваний селезенки.

45. Заболевания селезенки, обуславливающие нарушение кроветворения. Показания к спленэктомии.

46. Заболевания поджелудочной железы. Анатомо-физиологические сведения о поджелудочной железе. Классификация заболеваний. Определение. Классификация панкреатитов.

47. Острый панкреатит. Современное представление об этиологии и патогенезе. Патологическая анатомия. Клиника, осложнения. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к хирургическому вмешательству.

48. Хронический панкреатит. Классификация форм хронического панкреатита. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Специальные методы диагностики. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению. Методы хирургического лечения.

49. Опухоли поджелудочной железы. Гормонально-активные опухоли поджелудочной железы. Клиника, диагностика, лечение.

50. Сахарный диабет и хирургические заболевания. Предоперационная подготовка. Выбор обезболивания. Особенности ведения послеоперационного периода. Осложнения, их лечение. Отдаленные результаты лечения.

51. Инсулома. Клиника. Методы исследования. Оперативное лечение. Ведение послеоперационного периода. Результаты лечения.

52. Ульцерогенная аденома. Этиология. Патогенез. Клиника синдрома Золлингера - Эллисона. Диагностика. Лечение. Ведение послеоперационного периода. Отдаленные результаты.

53. Хирургическое лечение заболеваний надпочечников. Опухоль мозгового слоя надпочечников. Морфология. Клиника. Диагностика. Предоперационная подготовка. Оперативное лечение. Ведение операционного и послеоперационного периодов. Результаты лечения.

54. Опухоли коркового слоя надпочечников. Морфология коркового слоя. Гормоны коры и их биологическое действие. Клиника гормонально-активных опухолей. Комплекс диагностических методов. Особенности ведения предоперационного и операционного периодов. Оперативное лечение. Гормонотерапия в послеоперационном периоде. Результаты лечения.

55. Заболевания щитовидной железы. Анатомо-физиологические сведения о щитовидной железе. Классификация О. В. Николаева. Диагностика заболеваний щитовидной железы.

56. Спорадический и эндемический зоб. Определение, патанатомия. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, диагностика. Методы лечения. Показания к операции. Профилактика.

57. Тиреотоксикоз. Определение, патогенез. Классификация по степени тяжести и стадиям развития. Клиника. Дифференциальный диагноз. Показания к различным видам лечения. Показания и противопоказания к операции.

58. Предоперационная подготовка в зависимости от стадии тиреотоксикоза. Методы операций. Осложнения во время и после операции, клиника осложнений, их лечение и профилактика.

59. Тиреоидиты и струмиты. Определение. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Консервативное и хирургическое лечение.

60. Хирургическое лечение заболеваний паращитовидных желез. Гиперпаратиреоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Оперативное лечение. Ведение послеоперационного периода. Отдаленные результаты лечения.

61. Заболевания сердца. Анатомо-физиологические данные. Классификация. Методы обследования.

62. Врожденные пороки сердца. Классификация. Клиника. Диагностика и

дифференциальная диагностика. Показания к операции. Методы хирургического лечения.

63. Приобретенные пороки сердца. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика. Показания и противопоказания к операции. Методы операции.

64. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению. Способы реваскуляризации миокарда.

65. Постинфарктная аневризма сердца. Классификация постинфарктных аневризм сердца. Клиника, диагностика. Показания и противопоказания к операции. Принципы хирургического лечения.

66. Перикардит. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение различных форм перикардита.

67. Нарушения ритма сердца. Классификация, причины, патогенез, клиника, диагностика. Показания к хирургическому лечению. Способы электрокардиостимуляции.

68. Определение болезни Крона и неспецифического язвенного колита. Классификация болезни Крона и язвенного колита. Классификация болезни Крона и неспецифического язвенного колита.

69. Клинические и диагностические критерии болезни Крона и неспецифического язвенного колита. Принципы терапии при болезни Крона и неспецифического язвенного колита.

70. Болезнь Крона илеоцикальной локализации. Болезнь Крона толстой кишки. 71. Хирургическое лечение болезни Крона. Хирургическое лечение неспецифического язвенного колита.

72. Острые артериальные тромбозы и эмболии. Этиология, клиника. Классификация. Методы диагностики. Консервативные методы лечения. Методы хирургического лечения.

73. Эмболия легочной артерии. Предрасполагающие факторы, клинические формы, методы диагностики. Консервативное лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению, методы хирургического лечения. Эндovasкулярные операции.

74. Методы профилактики тромбоэмболии легочной артерии. 7

5. Заболевания вен нижних конечностей. Классификация.

76. Врожденные заболевания вен нижних конечностей (болезнь Паркс–Вебера–Рубашова, Клиппеля–Треноне). Клиника, диагностика, лечение.

77. Тромбофлебиты нижних конечностей. Определение. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника тромбофлебита поверхностных и глубоких вен. Диагноз.

78. Тромбофлебиты нижних конечностей. Дифференциальная диагностика. Лечение. Хирургическое лечение, показания и противопоказания к нему. Методы операций. Профилактика тромбофлебитов.

79. Илеофemorальный тромбоз. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к различным методам лечения. Лечение. Профилактика флеботромбоза.

80. Посттромбофлебитический (постфлебитический) синдром. Определение понятия. Классификация. Патогенез. Клиника различных форм постфлебитического синдрома. Диагностика, дифференциальная диагностика.

81. Значение определения проходимости и состояния клапанного аппарата глубоких вен для диагностики и выбора метода лечения постфлебитического синдрома. Консервативное лечение. Лечение трофических язв. Показания к оперативному лечению и выбор способа операции.

82. Анатомо-физиологические сведения о прямой кишке. Классификация заболеваний. Методика обследования больных с заболеваниями прямой кишки. Врожденные пороки развития заднего прохода и прямой кишки.

83. Геморрой. Определение понятия. Классификация. Этиология. Патогенез. Расширение геморроидальных вен как симптом цирроза печени, опухолей органов малого таза и других заболеваний.

84. Вторичный геморрой. Клиника геморроя и его осложнений. Консервативное лечение, оперативное лечение геморроя, выбор метода лечения. Предоперационная подготовка, ведение послеоперационного периода.

85. Трещина прямой кишки. Причины возникновения. Клиника, диагностика, лечение.

86. Полипы прямой кишки и полипоз. Клиника, диагностика, лечение.

87. Рак прямой кишки. Заболеваемость. Факторы, способствующие развитию заболевания. Классификация (по анатомическим формам роста и гистологическому строению, локализации, стадии процесса). Клиника заболевания в зависимости от анатомической формы и локализации.

88. Диагностическая ценность различных методов исследования прямой кишки (пальцевого исследования, ректороманоскопии, ирригоскопии, биопсии, УЗИ).

89. Рак прямой кишки. Причины запущенности заболевания. Дифференциальная диагностика. Методы операции. Показания к сфинктеросохраняющим и комбинированным операциям при раке прямой кишки, паллиативные операции.

90. Рак прямой кишки. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных раком прямой кишки. Лучевая терапия и химиотерапия. Отдаленные результаты лечения.

Критерии и шкала оценивания устного опроса

Оценка за ответ	Критерии
Отлично	выставляется обучающемуся, если: - теоретическое содержание курса освоено полностью, без пробелов; - исчерпывающее, последовательно, четко и логически излагает теоретический материал; - свободно справляется с решением задач, - использует в ответе дополнительный материал; - все задания, предусмотренные учебной программой выполнены; - анализирует полученные результаты; - проявляет самостоятельность при трактовке и обосновании выводов
Хорошо	выставляется обучающемуся, если: - теоретическое содержание курса освоено полностью; - необходимые практические компетенции в основном сформированы; - все предусмотренные программой обучения практические задания выполнены, но в них имеются ошибки и неточности; - при ответе на поставленные вопросы обучающийся не отвечает аргументировано и полно. - знает твердо лекционный материал, грамотно и по существу отвечает на основные понятия.
Удовлетворительно	выставляет обучающемуся, если: - теоретическое содержание курса освоено частично, но проблемы не носят существенного характера; - большинство предусмотренных учебной программой заданий выполнено, но допускаются неточности в определении формулировки; - наблюдается нарушение логической последовательности.
Неудовлетворительно	выставляет обучающемуся, если: - не знает значительной части программного материала; - допускает существенные ошибки; - так же не сформированы практические компетенции; - отказ от ответа или отсутствие ответа.

Тематика рефератов

1. Тиреоидиты и струмиты. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение консервативное и хирургическое.

2. Тиреоидит Хашимото. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания к медикаментозному и хирургическому лечению.

3. Тиреоидит Риделя. Клиника, диагностика, Дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение.

4. Методы исследования больных с заболеванием молочной железы.

5. Острый гнойный мастит. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика лактационного мастита.
6. Дифференциальная диагностика врожденных пороков сердца.
7. Приобретенные пороки сердца. Дифференциальная диагностика.
8. Травмы и ранения сердца.
9. Перикардиты. Дифференциальная диагностика. Методы обследования. Лечение. Показания к операции.
10. Дифференциальная диагностика аневризмы аорты.
11. Тромбозы системы нижней полой вены, ТЭЛА. Дифференциальная диагностика. Методы хирургического лечения, выбор хирургической коррекции.
12. Варикозная болезнь, тромбозы. Дифференциальная диагностика. Методы хирургического лечения, выбор хирургической коррекции. Исходы операций, реабилитация больных после операции.
13. Хронические окклюзионные заболевания периферических артерий. Острая артериальная непроходимость.
14. Острые и хронические нарушения мезентериального кровообращения. Дифференциальная диагностика.
15. Врожденный и приобретенный мегаколон у детей. Клиника. Диагностика. Показания к операции. Лечение. Реабилитация.
16. Основные виды мегаколона по этиологии.
17. Пороки развития желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Клиника. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению.
18. Гнойные заболевания кожи у новорожденных. Лечение.
19. Гнойный мастит у новорожденных. Осложнения. Лечение.
20. Блефариты у новорожденных. Осложнения. Лечение.
21. «Двойная» антитромбоцитарная терапия. Польза и риск.
22. Возможности лабораторного контроля за антиагрегантной терапией.
23. Пересадка костного мозга у больных острым лейкозом. Показания и возможности.
24. Селезенка и болезни крови.
25. Перспективы антитромботической терапии.
26. Тромбофилии, значение генетических мутаций в терапевтической клинике.
27. Тромболитическая терапия при остром инфаркте миокарда. Польза и риск.
28. Фибрилляция и трепетание предсердий, трудности курации.
29. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта. Клиническое значение, особенности купирования пароксизмальных нарушений ритма.
30. Артериальная гипертония у беременных. Трудности диагностики, особенности лечения.
31. Гормональнозаместительная терапия и сердечно-сосудистые заболевания у женщин.
32. Синдром обструктивного апноэ сна, возможности диагноза и лечения.
33. ГЭРБ: современные представления. Диагностика. Лечебные подходы.
34. Особенности лечения трудноубивающихся язв желудка и 12-перстной кишки.
35. Холестаз и перекрестный синдром. Трудности диагностики.
36. Клиника, диагностика аневризмы брюшной аорты. Когда заподозрить?
37. Ятрогенные поражения печени и почек в терапевтической практике.
38. Протеинурия как фактор прогрессирования поражения почек. Возможности нефропротекции.
39. Экстракорпоральные методы в лечении хронической почечной недостаточности.
40. Диагностика и лечение осложнений стероидной терапии у терапевтических больных.
41. Проблемы полиморбидности геронтологического пациента.
42. Новые биологические агенты в лечении ревматоидного артрита.
43. Артриты и заболевания желудочно-кишечного тракта.

44. Инфекционные артриты в практике интерниста.

45. Возможности диагностики системных заболеваний соединительной ткани.

Критерии оценивания выполнения реферата

Оценка	Критерии
Отлично	полностью раскрыта тема реферата; указаны точные названия и определения; правильно сформулированы понятия и категории; проанализированы и сделаны собственные выводы по выбранной теме; использовалась дополнительная литература и иные материалы и др.;
Хорошо	недостаточно полное, раскрытие темы; несущественные ошибки в определении понятий и категорий и т. п., кардинально не меняющих суть изложения; использование устаревшей литературы и других источников;
Удовлетворительно	реферат отражает общее направление изложения лекционного материала и материала современных учебников; наличие достаточного количества несущественных или одной-двух существенных ошибок в определении понятий и категорий и т. п.; использование устаревшей литературы и других источников; неспособность осветить проблематику дисциплины и др.;
Неудовлетворительно	тема реферата не раскрыта; большое количество существенных ошибок; отсутствие умений и навыков, обозначенных выше в качестве критериев выставления положительных оценок и др.

Задания по введению истории болезни:

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

1. Титульный лист.
2. Паспортная часть.
3. Жалобы, предъявляемые больным.
4. История настоящего заболевания.
5. История жизни.
6. Аллергологический анамнез.
7. Трансфузиологический анамнез.
8. Перенесенные ранее заболевания, травмы и операции.
9. Семейный анамнез и данные о наследственности.
10. Экспертный анамнез.
11. Общий вид больного.
12. Кожные покровы.
13. Слизистые оболочки (полости рта, конъюнктивы).
14. Подкожная клетчатка.
15. Опорно-двигательный аппарат.
16. Нервная система.
17. Органы дыхания.
18. Органы кровообращения.
19. Органы пищеварения.
20. Органы мочевого выделения.
21. Эндокринная система.
22. Status specialis (localis).
23. Предварительный диагноз.
24. План дополнительных методов исследования.
25. Клинический диагноз.
26. Показания к операции (предоперационный эпикриз) и протокол операции.
27. Дифференциальный диагноз.
28. Дневники.

29. Эпикриз (общее заключение).

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Наименование лечебного учреждения _____
ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № _____ ЭКСТРЕННОГО БОЛЬНОГО
Ф.И.О. _____

Возраст ___ лет.

Дата: « ___ » _____ 201 ___ г.

Время: ___ час. ___ мин.

ОСМОТР В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ

дежурным хирургом (ф.и.о. врача)

Жалобы

Отметить жалобы, предъявляемые больным в момент осмотра (относящиеся к основному и сопутствующим заболеваниям).

История настоящего заболевания

Описать последовательно начало остро возникшего заболевания:

- момент начала заболевания (дата, часы)

- детальное описание проявления болезни и их динамика – предшествующее самостоятельное лечение, а также обращение за медицинской помощью, характер и эффективность лечебных мероприятий на догоспитальном этапе.

- течение заболевания до настоящего обострения.

История жизни:

а) краткие биографические данные;

б) трудовой анамнез: профессия, производственные вредности;

в) бытовой анамнез: условия жизни, питание;

г) вредные привычки: курение, употребление алкоголя;

д) гинекологический анамнез: менструации, их характер, дата последней менструации, беременности, их исход;

е) перенесенные заболевания, операции (указать даты);

ж) аллергологический анамнез.

Настоящее состояние

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое.

Кожные покровы, видимые слизистые.

Лимфатическая система.

Психоневрологический статус: сознание (ясное, спутанное), возбужден (заторможен). Контакт, ориентированность в пространстве, времени, рефлексы.

Костно-суставной аппарат, мышцы.

Органы грудной клетки: дыхательная система – данные осмотра грудной клетки, аускультация, перкуссия легких.

Сердечнососудистая система: данные аускультации, перкуссия сердца. Пульс, АД. Данные осмотра периферических сосудов. Признаки недостаточности кровообращения.

Органы пищеварения от осмотра языка до пальцевого исследования прямой кишки.

Мочеполовая система: поясничная область, пальпация почек, симптом Пастернацкого.

Наружные половые органы.

Хирургический статус (система, с заболеванием которой поступил больной):

1. Осмотр;

2. Пальпация;

3. Специальные симптомы;

4. Аускультация;

5. Перкуссия. Неотложные диагностические мероприятия.

Назначения врача приемного отделения.

Диагноз:

Подпись врача

Результаты специальных исследований:

1. Лабораторные методы исследования (кровь, моча, биохимический анализ);

2. Рентгенологическое;

3. УЗИ – исследование;

4. Эндоскопическое;

5. Компьютерная или магнитно-резонансная томография.

Примечание

Отразить результаты исследований, полученных при амбулаторном обследовании или в другом лечебном учреждении.

Дата: «__» _____ 201__ г.

Время: ____ час ____ мин.

Больной подписывает документы: согласие с общим планом обследования и лечения; информационное согласие пациента на лечебную (диагностическую) манипуляцию (процедуру).

ОСМОТР ОТВЕТСТВЕННЫМ ДЕЖУРНЫМ ХИРУРГОМ (ЗАВ. ОТДЕЛЕНИЯ) ВМЕСТЕ С АНЕСТЕЗИОЛОГОМ

Цели:

1. Обеспечить неотложный осмотр экстренного больного старшим хирургом и анестезиологом;
2. Наметить план неотложного обследования больного по дежурству;
3. Обосновать необходимость консультации смежными специалистами;
4. Определить хирургическую тактику и последовательность мероприятий: необходимость и продолжительность предоперационной подготовки, показания и характер предстоящей операции или консервативного лечения.

Схема записи:

1. Изложить краткие данные анамнеза и статуса;
2. Заключение:
 - а) сформулировать диагноз (основного и сопутствующих заболеваний);
 - б) перечислить дополнительные неотложные диагностические мероприятия;
 - в) определить хирургическую тактику: объем, место проведения и продолжительность необходимой предоперационной подготовки, характер экстренной операции или план ведения (консервативного лечения) по дежурству;
 - г) определить степень операционно-анестезиологического риска и вид обезболивания.

Назначения:

1. Диета;
2. Положение больного;
3. Лекарственная терапия с точными прописями (отражает намеченный план ведения);
4. Анализы и другие неотложные диагностические мероприятия;
5. Куда госпитализировать больного из приемного отделения.

Подпись отв. дежурного хирурга.

КОНСИЛИУМ СО СМЕЖНЫМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ

(организуется при неясной патологии, особенно в случае необходимости экстренной операции)

Схема записи:

1. Состав консилиума;
2. Дата и время осмотра;
3. Данные объективного обследования;
4. Основные данные лабораторного и инструментального обследования;
5. Обоснование диагноза;
6. Рекомендации по дальнейшему ведению больного, хирургическому вмешательству;
7. Особое мнение одного из участников консилиума (если оно имеется).

Подписи участников консилиума.

ПОВТОРНЫЙ ОСМОТР ОТВЕТСТВЕННЫМ ДЕЖУРНЫМ ХИРУРГОМ (ЗАВ. ОТДЕЛЕНИЯ) НЕПОСРЕДСТВЕННО ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ

(дата и время осмотра)

(если экстренной операции предшествовала предоперационная подготовка):

1. Повторить формулировку диагноза;
2. Оценить эффективность предоперационной подготовки;
3. Обосновать показания и характер экстренной операции;
4. Определить степень операционно-анестезиологического риска и вид обезболивания;
5. Согласие больного на операцию.

Подпись ответственного хирурга, анестезиолога.

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ

Дата: «__» _____ 201__ г.

Время: начала операции ____ час ____ мин.

Время: окончания операции ____ час ____ мин.

Указать время проведенной экстренной операции от начала заболевания и от момента поступления в клинику.

Схема записи:

1. Обезболивание;
2. Доступ;
3. Ревизия;
4. Операционный диагноз;
5. План операции;
6. Ход операции;
7. Описание препарата.

Фамилии операционной бригады: (хирурга, ассистентов, анестезиолога, операционной сестры)

Подпись оперирующего хирурга.

Протокол анестезиолога.

**ДНЕВНИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
ПАЛАТНЫМ ВРАЧОМ ВКЛАДНОЙ ЛИСТ К ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

Ф. И. О. больного _____

Отделение _____ Палата № _____ Лист № _____

Дата	Т 0 С	Пульс	Течение болезни	Назначения (режим, диета, медикаменты, физиотерапия и т.д.)
1	2	3	4	5

Вариант – больной находится в обычной палате хирургического отделения.

Дата: « ____ » _____ 201_г

Время: ____ час ____ мин.

____ день после операции. Температура тела.

1. Общее состояние;
2. Жалобы;
3. Общий статус (по основным системам);
4. Хирургический статус – состояние органов системы, повязка, функционирование дренажей и т.д.;
5. Основные лабораторные данные (динамика);
6. перевязка – детальные данные о послеоперационной ране, снятие швов, характер заживления;
7. Состояние послеоперационного шва и т.д.

Подпись лечащего врача

Вариант – тяжелый больной помещен в послеоперационную палату хирургического отделения

Дата: « ____ » _____ 201_г.

Время: ____ час ____ мин.

____ день после операции. Температура.

1. Общее состояние;
2. Жалобы;
3. Общий статус (по основным системам);
4. Хирургический статус – состояние органов системы; перевязка, функционирование дренажей.

Назначения:

1. Диета;
2. Режим;
3. Лекарственная терапия;
4. Необходимое обследование;
5. Анализы.

Назначения должны отражать план ведения пациента: диета, положение больного, лекарственная терапия с указанием дозировок и путей введения, мероприятия по уходу за дренажами, анализы и другие диагностические мероприятия.

Подпись лечащего врача

Примечание

1. Лечащий врач обязан сделать все дополнения в истории болезни, записанные дежурным врачом;

2. Дневники должны отражать динамику течения послеоперационного периода – общего состояния, хирургического статуса, лабораторных показателей;

3. Характер произведенной операции и тяжесть состояния больного могут потребовать повторных записей дневников в течение дня и передачи больного под наблюдение дежурных хирургов с отметкой об этом в истории болезни и дневнике клиники;

4. В температурном листе должны быть отражены основные мероприятия, а также наиболее важные функциональные показатели.

ДНЕВНИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ТРЕБУЮЩИМ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Лечащий врач обязан проконсультировать больного с ответственным врачом при любом указании на отрицательную динамику течения заболевания.

Дата: «__» _____ 201_г.

Время: ____ час ____ мин

____ день после операции. Температура тела.

1. Общее состояние;
2. Жалобы;
3. Общий статус (по основным системам), назначения;
4. Хирургический статус (в динамике);
5. Основные лабораторные данные (их динамика);
6. Заключение: лечебная тактика на настоящий день, возможность оперативного

вмешательства, необходимая предоперационная подготовка.

Подпись лечащего врача.

Примечание

а) дневники должны отражать динамику течения заболевания, эффективность проводимого лечения;

б) анализы и специальные методы исследования должны соответствовать плану обследования больного в остром периоде (см. методические рекомендации клиники).

ДНЕВНИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ СТИХАНИЯ ОСТРЫХ ЯВЛЕНИЙ

Дата: «__» _____ 201_г.

Время: ____ час ____ мин.

____ день после операции. Температура тела.

1. Общее состояние;
2. Жалобы;
3. Общий статус (по основным системам);
4. Хирургический статус (в динамике);
6. Назначения.

Подпись лечащего врача.

Примечание

По стихании острых явлений, больной осматривается зав. отделением (профессором, доцентом или старшим ассистентом), согласовывается дальнейшая лечебная тактика, план ведения и обследования (см. методические рекомендации клиники).

ФОРМА ЗАПИСИ ОСМОТРА БОЛЬНЫХ ПРОФЕССОРОМ, ДОЦЕНТОМ, СТАРШИМ АССИСТЕНТОМ ИЛИ ЗАВЕДУЮЩИМ ОТДЕЛЕНИЕМ

1. Согласование диагноза;
2. Оценка проведенного лечения;
3. Коррекция лечебных назначений и выбор хирургической тактики;
4. Изложить краткие данные из анамнеза и статуса;
5. Определить динамику течения заболевания за время нахождения больного в стационаре и эффективность проводимого лечения.

Заключение:

- а) диагноз;
- б) лечебная тактика;
- в) план ведения обследования;

Подпись лечащего врача.

ЭПИКРИЗ

Ф.И.О. _____ возраст ____

Краткий анамнез заболевания и клиническая картина при поступлении

Данные лабораторных и инструментальных исследований

Проведенное лечение (см. И.Б.)
Данные послеоперационного обследования (клинико-лабораторные, рентгено-эндоскопические)

Клинический диагноз
Рекомендации: лечебные, трудовые

Подпись лечащего врача
Подпись зав. отделения

Примечание

План эпикриза соответствует принятой в клинике форме выписки из истории болезни.

Критерии оценивания практических задач

Форма проведения текущего контроля	Критерии оценивания
Решения практической задачи	«5» (отлично) – выставляется за полное, безошибочное выполнение задания
	«4» (хорошо) – в целом задание выполнено, имеются отдельные неточности или недостаточно полные ответы, не содержащие ошибок.
	«3» (удовлетворительно) – допущены отдельные ошибки при выполнении задания.
	«2» (неудовлетворительно) – отсутствуют ответы на большинство вопросов задачи, задание не выполнено или выполнено не верно.

11.3. Оценочные материалы для проведения промежуточной аттестации

Типовые задания, направленные на формирование профессиональных умений.

Результаты обучения
Умеет выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.); Умеет на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования; Умеет определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств;

Тестовые задания для подготовки к экзамену

1. Антисептики группы окислителей:

- а) хлоргексидина биглюконат
- б) калия перманганат
- в) перекись водорода
- г) диоксидин
- д) йодопирон

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б
- 2) б, в
- 3) в, г
- 4) г, д
- 5) верно все

2. Антисептики, относящиеся к группе галогенов и галогенсодержащих соединений:

- а) калия перманганат
- б) гипохлорит натрия
- в) диоксидин
- г) повидонйод
- д) йодонат

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в

- 2) б, г
- 3) в, г, д
- 4) б, г, д
- 5) верно все

3. Какие методы относятся к физической антисептике?

- а) ультразвуковая кавитация раны
- б) антибиотико-новокаиновая блокада гнойно-воспалительного очага
- в) вакуумная аспирация
- г) обработка ран раствором эффективного антисептика
- д) использование лазерного излучения

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, г, д
- 2) а, б, в
- 3) в, г, д
- 4) а, в, г
- 5) а, в, д

4. Пути эндогенной контаминации ран:

- а) через нестерильный хирургический инструментарий
- б) проникновение непосредственно из полого органа
- в) через руки медицинского персонала
- г) через бактериально контаминированный экссудат брюшной полости
- д) с током лимфы или крови из гнойно-воспалительного очага

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б, в
- 2) в, г, д
- 3) а, г, д
- 4) б, г, д
- 5) верно все

5. Что из перечисленного относится к методам профилактики контактного пути распространения микрофлоры?

- а) стерилизация белья
- б) стерилизация инструментов
- в) стерилизация шовного материала
- г) обработка рук хирурга
- д) обработка операционного поля

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б, в, г
- 2) а, в, г, д
- 3) а, б, в, д
- 4) б, в, г, д
- 5) а, б, г, д

6. Действие протеолитических ферментов при гнойных процессах заключается

в:

- а) лизисе некротизированных тканей
- б) повышении свертываемости крови
- в) фибринолизе
- г) потенцировании действия антибиотиков
- д) антибактериальном действии
- е) противовоспалительном действии

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б, в
- 2) а, в, г
- 3) б, д, е
- 4) б, г, е

5) верно все

7. К экзогенным источникам контаминации операционных ран относятся:

- а) бактериально контаминированный экссудат брюшной полости
- б) бактерионосительство среди медицинского персонала
- в) несанированные очаги хронической инфекции у больного
- г) микробная загрязненность рук хирургов и инструментария
- д) микробная загрязненность воздуха операционных залов, палат и перевязочных
- е) бактериальная контаминация кишечника

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в, г
- 2) г, д, е
- 3) б, в, е
- 4) б, г, д
- 5) а, в, е

8. Организационные мероприятия асептики включают:

- а) использование одноразового белья, шовного материала, инструментария
- б) дезинфекцию рук персонала перед каждым контактом с больным и после него
- в) выявление и санацию бактерионосителей в стационаре
- г) первичную хирургическую обработку ран
- д) применение антибиотиков
- е) обработку операционных ран эффективным антисептиком

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) в, г, е
- 2) а, б, в
- 3) б, в, г
- 4) в, г, д
- 5) а, д, е

9. К эфирным анестетикам относятся:

- а) лидокаин
- б) дикаин
- в) кокаин
- г) тримекаин
- д) меркаин
- е) новокаин

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, д, е
- 2) а, б, г
- 3) г, д, е
- 4) в, г, д
- 5) б, в, е

10. Для амидных анестетиков характерно:

- а) быстрое гидролитическое разрушение в тканях
- б) продолжительность эффективной регионарной анестезии при однократном введении в ткани
- в) допустимость повторного введения значительных доз препарата для продления анестезии
- г) практически не вызывают аллергических реакций в максимально допустимых дозах
- д) выводятся из организма в неизменном виде или подвергаются частичному разрушению в печени

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в, д
- 2) а, г, д
- 3) а, б, в

4) б, г, д

5) в, г, д

11. Больная 30 лет поступила с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, немотивированные колебания настроения. При осмотре обнаружено диффузное увеличение обеих долей щитовидной железы. Положительные глазные симптомы: расширение глазных щелей, редкое мигание. Пульс 115 уд/мин. В течение 2 лет периодически лечилась тиреостатическими препаратами без большого эффекта. Поставлен диагноз: диффузный зоб 3 степени с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести. Какова лечебная тактика?

1) срочная субтотальная струмэктомия

2) лечение тиреостатическими препаратами

3) субтотальная резекция щитовидной железы после подготовки антитиреоидами

4) лечение радиоактивным йодом

5) гемиструмэктомия после подготовки

12. У больной 30 лет выявлено в правой доле щитовидной железе опухолевидное образование плотной консистенции размером 22 см. Периферические лимфоузлы не увеличены. Данные радиоизотопного сканирования подтверждают диагноз: узловой эутиреоидный зоб. Какова лечебная тактика?

1) резекция части доли щитовидной железы с узлом

2) субтотальная струмэктомия

3) гемиструмэктомия

4) вылушивание опухоли

5) консервативное лечение

13. Назовите самую частую врожденную аномалию молочной железы:

1) инверсия соска

2) ателия

3) амастия

4) полителия и полимастия

5) дистопия млечных ходов

14. Для какого доброкачественного заболевания характерно выделение крови из соска?

1) внутрипротоковая папиллома

2) болезнь Педжета

3) узловатая мастопатия

4) киста

5) фиброаденома

15. В клинику для оперативного лечения поступила больная 36 лет с сочетанным ревматическим митральным пороком сердца с преобладанием стеноза, осложненного мерцательной аритмией. Какие характерные осложнения могут возникнуть у больной в дооперационном периоде:

а) тромбоэмболия легочных артерий

б) отек легких

в) гемоперикард

г) синдром Бадда–Киари

д) эмболия сосудов большого круга кровообращения

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) все верно

2) а, б, в

3) а, б, г

4) б, г, д

5) б, д

16. В клинику поступила больная 42 лет с ревматическим сочетанным митральным пороком сердца. С целью уточнения диагноза ей проведено рентгенологическое исследование. Укажите рентгеноскопические и

рентгенографические признаки, характерные для митрального стеноза, в отличие от недостаточности митрального клапана:

- а) отклонение контрастированного пищевода по дуге малого радиуса
- б) отсутствие симптома «коромысла»
- в) резкое увеличение левого желудочка
- г) отклонение пищевода по дуге большого радиуса
- д) отсутствие увеличения левого желудочка

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б, в
- 2) б, в, г
- 3) б, г, д
- 4) а, б, д
- 5) в, г

17. У больной 45 лет при проведении эхокардиографии выявлено, что диаметр левого атриовентрикулярного отверстия составляет 2 см. На свободных краях створок митрального клапана имеются единичные участки кальциноза. Полость левого предсердия умеренно увеличена. Ваше заключение о состоянии митрального клапана:

- а) митральный клапан не изменен
- б) резкий стеноз
- в) значительный стеноз
- г) умеренный стеноз

Степень кальциноза:

- д) I
- е) II
- ж) III

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а
- 2) б, д
- 3) в, е
- 4) г, д
- 5) б, ж

18. При обследовании больной 35 лет диагностирован митральный стеноз. С помощью каких методов исследования можно выявить кальциноз митрального клапана и оценить его выраженность?

- а) рентгенографии сердца
- б) эхокардиографии
- в) электрокардиографии
- г) фонокардиографии
- д) сцинтиграфии миокарда

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в, д
- 2) б, в, г
- 3) б, д
- 4) а, б
- 5) все верно

19. Больной 31 года клинически поставлен диагноз ревматического сочетанного митрального порока сердца. С помощью какого метода исследования можно точно определить степень сопутствующей недостаточности митрального клапана?

- 1) зондирования правых отделов сердца
- 2) зондирования левых отделов сердца
- 3) рентгеноконтрастной левой вентрикулографии
- 4) рентгенографии сердца
- 5) грудной аортографии

20. Молодой мужчина при автокатастрофе ударился правой половиной грудной клетки. Его беспокоят сильные боли в области ушиба, особенно при дыхании. При осмотре: выраженная болезненность при пальпации V–VII ребер справа от переднеподмышечной линии. Подкожная эмфизема в этой области. При аускультации ослабление дыхания справа. При перкуссии тимпанит. Состояние больного относительно удовлетворительное, одышки и тахикардии нет. Некоторая бледность кожных покровов. Ваш предварительный диагноз?

- 1) посттравматическая пневмония справа
- 2) перелом V–VII ребер справа
- 3) контузия правого легкого
- 4) перелом V–VII ребер справа, травматический пневмоторакс
- 5) гематома грудной стенки в области V–VII ребер

21. Мужчина 40 лет в состоянии алкогольного опьянения в течение 4–5 часов проспал на улице. Через 2 дня у него повысилась температура, появились боли в грудной клетке. В последующем повышение температуры до 39°C. Через 2 недели внезапно при кашле отошло около 200 мл гноя с неприятным запахом. Ваш предварительный диагноз?

- 1) бронхоэктатическая болезнь
- 2) острый абсцесс легкого
- 3) плеврит
- 4) обострение хронического бронхита
- 5) рак легкого с развитием пневмонита

22. Больная 54 лет. Жалоб нет. При диспансерном рентгенологическом обследовании желудка обнаружено округлое просветление с уровнем жидкости в заднем средостении, а после приема контраста выявлено расположение кардии выше диафрагмы. Какое заболевание можно заподозрить у больной?

- 1) рак кардиального отдела желудка
- 2) релаксация диафрагмы
- 3) скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 4) ретростеральная грыжа Лоррея
- 5) фиксированная параэзофагеальная грыжа

23. Какие из перечисленных признаков характерны для ущемленной паховой грыжи в ранние сроки заболевания?

- а) свободный газ в брюшной полости
- б) внезапная боль в области грыжевого выпячивания
- в) невосприимчивость грыжи
- г) флегмона грыжевого мешка
- д) положительный симптом «кашлевого толчка»

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б, в
- 2) а, в, д
- 3) б, г, д
- 4) б, в
- 5) в, г, д

24. Какие исследования надо назначить при подозрении на рак пищевода?

- а) эзофагоманометрию
- б) эзофагоскопию с биопсией
- в) рентгенологическое исследование пищевода и желудка
- г) электрокимографическое исследование пищевода
- д) компьютерную томографию

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б, г
- 2) б, в
- 3) в, г, д

- 4) б, д
- 5) в, д

25. Больной предъявляет жалобы на повышенную саливацию, чувство царапанья в горле, неловкость при глотании, кашель. Периодически после начала еды появляются дисфагия и припухлость на шее. Иногда, чтобы проглотить пищу, приходится принимать вынужденные положения, при этом слышны булькающие звуки, а припухлость исчезает. Ваш диагноз:

- 1) инородное тело верхней трети пищевода
- 2) опухоль верхней трети пищевода
- 3) киста шеи
- 4) глоточно-пищеводный дивертикул
- 5) пищеводно-бронхиальный свищ

26. Какое вещество вырабатывают G-клетки?

- 1) пепсин
- 2) гастрин
- 3) пепсиноген
- 4) соляная кислота
- 5) глюкагон

27. Какие из приведенных утверждений лучше всего характеризуют желудочно-пищеводный рефлюкс:

- а) он всегда имеет место при хиатальной грыже
- б) является следствием пониженного тонуса нижнего пищеводного сфинктера
- в) встречается при повышенной секреции гастрина
- г) диагноз ставится по данным манометрии и 24-часового мониторинга рН
- д) диагноз ставится по данным эндоскопического исследования

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б
- 2) б, в
- 3) а, г
- 4) б, д
- 5) в, д

28. Для болезни Гиршпрунга характерны следующие симптомы:

- а) запоры
- б) отставание в физическом развитии
- в) кишечные кровотечения
- г) жидкий стул со слизью
- д) расширение кишки выше аганглионарной зоны

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б, в
- 2) а, в, г
- 3) б, в, д
- 4) а, б, д
- 5) все ответы верны

29. На плановой операции по поводу рака сигмовидной кишки у больного 57 лет обнаружен одиночный метастаз в левой доле печени. Состояние больного удовлетворительное. Тактика хирурга:

- 1) наличие метастаза указывает, что опухоль неоперабельна, поэтому следует ограничиться наложением двустольной сигмостомы
- 2) произвести obstructивную резекцию сигмы
- 3) произвести резекцию сигмы с наложением анастомоза и резекцию левой доли печени
- 4) наложить трансверзостому
- 5) произвести левостороннюю гемиколэктомию

30. Больной 40 лет резко истощен, поступил с температурой 38°C, с жалобами на кровотечение из ануса, задержку стула в течение 5 дней, неотхождение газов. При осмотре: печень на 7–8 см ниже края реберной дуги, бугристая; при пальцевом исследовании прямой кишки на 4 см от ануса определяется плотная бугристая опухоль, контактно кровоточащая, полностью перекрывающая просвет кишки. Паховые лимфоузлы увеличены. Поставлен диагноз — рак прямой кишки с метастазами в печень и паховые лимфоузлы с явлениями непроходимости.

Предположительный объем операции:

- 1) пробная лапаротомия
- 2) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- 3) левосторонняя гемиколэктомия
- 4) двуствольная сигмостомия
- 5) передняя резекция прямой кишки

31. Основной рентгенологический признак рака ободочной кишки:

- 1) отсутствие или расстройство перистальтики на ограниченном участке кишки
- 2) ригидность кишечной стенки на определенном участке
- 3) нарушение эвакуаторной функции
- 4) дефект наполнения или плоская «ниша» в пределах контуров кишечной стенки
- 5) усиленная перистальтика кишечника

32. Больной 56 лет оперируется по поводу острой кишечной непроходимости.

Первые признаки непроходимости появились 3 суток назад. На операции выявлена опухоль в средней трети сигмовидной кишки, полностью обтурирующая просвет. Проксимальнее опухоли ободочная и подвздошная кишка резко раздуты, переполнены жидким содержимым и газами. Дистальнее опухоли сигмовидная кишка в спавшемся состоянии. Видимых метастазов не выявлено. Больному следует произвести оперативное вмешательство в следующем объеме:

- а) мезосигмопликация по Гаген–Торну
- б) обструктивная резекция сигмовидной кишки, одноствольная колостомия (операция Гартмана)
- в) обходной илеосигмоанастомоз «бок в бок»
- г) наложение сигмостомы
- д) субтотальная колэктомия, энтеростомия

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, г
- 2) а, в
- 3) б, г
- 4) б, д
- 5) в, г

33. Какой клинический признак исключает возможность радикального оперативного вмешательства при раке прямой кишки?

- 1) асцит
- 2) острая толстокишечная непроходимость
- 3) пальпируемая опухоль
- 4) анемия
- 5) кровотечение из прямой кишки

34. Операцию по поводу острого парапроктита лучше всего проводить:

- 1) под внутривенным наркозом
- 2) под местной анестезией
- 3) с применением сакральной анестезии
- 4) под перидуральной анестезией
- 5) с использованием любого вида обезболивания, кроме местной анестезии

35. Больная 56 лет, длительное время страдающая желчнокаменной болезнью, поступила на 3-и сутки от начала обострения заболевания. Проведение комплексной консервативной терапии не привело к улучшению состояния больной. В процессе

наблюдения отмечены значительное вздутие живота, схваткообразный характер болей, повторная рвота с примесью желчи. При аускультации выявлена усиленная перистальтика. При рентгенографии брюшной полости пневматоз тонкой кишки, аэрохолия. Диагноз:

- 1) острый деструктивный панкреатит
- 2) острый деструктивный холецистопанкреатит
- 3) динамическая непроходимость кишечника
- 4) желчнокаменная кишечная непроходимость
- 5) острый гнойный холангит

36. Какой из методов дооперационного обследования является наиболее информативным и безопасным при интенсивной длительной желтухе?

- 1) внутривенная инфузионная холангиография
- 2) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- 3) чрескожная чреспеченочная холангиография
- 4) УЗИ
- 5) пероральная холецистохолангиография

37. Больной 30 лет поступил в клинику на 2-е сутки заболевания с диагнозом: острый панкреатит с выраженной ферментативной интоксикацией и панкреатогенным перитонитом. Укажите метод выведения панкреатических ферментов из организма:

- 1) локальная внутрижелудочная гипотермия
- 2) перитонеальный диализ
- 3) перидуральная анестезия
- 4) катетеризация пупочной вены
- 5) катетеризация аорты

38. В какие сроки выполняется поздняя хирургическая обработка инфицированной раны?

- 1) 18–24 часа
- 2) 24–36 часов
- 3) 36–48 часов
- 4) 48–72 часа
- 5) более 72 часов

39. При обследовании в поликлинике хирург выявил у больного повышение температуры, боли при дефекации, наличие припухлости с гиперемией кожи на промежности. Давность заболевания — 3 суток. Для какого парапроктита характерны такие признаки?

- 1) кожного
- 2) подкожного
- 3) ишиоректального
- 4) пельвиоректального

40. В поликлинику к хирургу обратился больной с венозной патологией нижних конечностей (симптомы перечислены ниже). К ранним симптомам посттромботической болезни не относят:

- 1) расширение мелких кожных и подкожных вен нижней трети голени
- 2) отек в области лодыжек
- 3) болезненное уплотнение кожи в нижней трети голени
- 4) трофическую язву
- 5) подкожный варикоз нижних конечностей

41. На прием к хирургу доставлен больной с постоянными сильными болями в животе. Из анамнеза выявлено, что боли начались около 3 часов назад. Объективно: гемодинамика нестабильная, пульс 90 уд/мин, на уровне пупка пальпируется пульсирующее образование, пульс на бедренных артериях ослаблен. Больной бледен. Какое заболевание можно заподозрить?

- 1) язвенное кровотечение

- 2) панкреонекроз
- 3) расслаивающуюся аневризму аорты
- 4) инфаркт миокарда
- 5) мезентериальный тромбоз

42. На прием к хирургу в поликлинику явился больной с окклюзирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, хронической артериальной ишемией. При данном заболевании выявляется:

- 1) боль при движении в суставах конечностей
- 2) перемежающаяся хромота
- 3) радикулит
- 4) возникновение трофических язв в области коленных суставов
- 5) сопутствующий тромбофлебит глубоких вен

43. При обследовании больного в поликлинике хирург заподозрил перелом позвоночника в зоне ТХI–ТХII. Какой из перечисленных рентгенологических признаков не подтвердит данный диагноз?

- 1) снижение высоты тела позвонка
- 2) смещение межпозвоночного диска
- 3) гематома околопозвоночных тканей
- 4) изменение оси позвоночника
- 5) состояние кортикальных пластинок позвонков

44. Шоковый индекс Альтговера — это:

- 1) отношение показателей пульса к показателям систолического артериального давления
- 2) отношение показателей пульса к показателям диастолического артериального давления
- 3) отношение показателей систолического артериального давления к центральному венозному давлению
- 4) отношение показателей систолического артериального давления к показателям пульса

45. На приеме в поликлинике больная 42 лет жалуется на изжогу и боли, возникающие через 2 часа после еды. О каком заболевании можно думать прежде всего?

- 1) о холецистите
- 2) о гепатите
- 3) о язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
- 4) о хроническом гастрите
- 5) о панкреатите

46. Какой по счету приступ болей у больного с наличием камней в желчном пузыре будет являться показанием к направлению его на оперативное лечение?

- 1) первый
- 2) второй
- 3) третий
- 4) множество

47. Какой метод исследования в условиях поликлиники может помочь в дифференциальной диагностике острого аппендицита и внематочной беременности?

- 1) пальпация живота
- 2) обзорная рентгенография брюшной полости
- 3) пункция заднего свода влагалища
- 4) анализ крови на лейкоциты
- 5) анализ мочи

48. Хирург поликлиники назначил больному с грыжей белой линии живота обзорную рентгенографию органов брюшной полости. Для чего это было сделано?

- 1) для определения характера органа в грыжевом мешке
- 2) для выявления сопутствующей патологии желудка

- 3) для исследования размеров грыжевых ворот
- 4) для выявления предбрюшинной липомы

49. При обследовании больной, перенесшей 12 суток назад аппендэктомию, хирург поликлиники заподозрил абсцесс дугласового пространства. Указанное осложнение характеризуется всеми симптомами, кроме:

- 1) повышения температуры
- 2) нависания стенок влагалища или передней стенки прямой кишки
- 3) болезненности при ректальном исследовании
- 4) болей в глубине таза и тенезмов
- 5) ограничения подвижности диафрагмы

50. Какие осложнения можно ожидать амбулаторному хирургу у больного с хроническим абсцессом легкого?

- 1) кровотечение
- 2) ишемическую болезнь сердца
- 3) поддиафрагмальный абсцесс
- 4) развитие булл в легком
- 5) развитие туберкулеза

51. На прием к хирургу поликлиники обратился больной после сильного ушиба грудной клетки, который не мог привести к:

- 1) гемотораксу
- 2) асистолии
- 3) аритмии
- 4) гематоме легкого
- 5) коллапсу легкого

52. Для лечения по месту жительства в сельскую амбулаторию обратился больной 54 лет, перенесший паллиативную операцию по поводу рака желудка. Какие факторы могут привести к повторному оперативному вмешательству?

- 1) анемия
- 2) резкое похудание
- 3) спаечная непроходимость
- 4) постоянный болевой синдром
- 5) периодическое кровохарканье

53. При определении показаний к оперативному лечению зоба амбулаторному хирургу следует исключить:

- 1) тиреотоксический зоб
- 2) узловой эутиреоидный зоб
- 3) висцеропатическую стадию тиреотоксического зоба
- 4) множественный узловой зоб
- 5) диффузный гипотиреоидный зоб

54. При проникающих ранениях брюшной полости следует обязательно выполнить:

- 1) первичную хирургическую обработку раны
- 2) лапароцентез
- 3) рентгенографию брюшной полости
- 4) диагностическую лапаротомию
- 5) гастродуоденоскопию

55. Укажите способы окончательной остановки профузного артериального кровотечения при повреждении магистрального сосуда:

- а) перевязка сосуда в ране
- б) наложение зажима на сосуд
- в) сосудистый шов
- г) тугая тампонада раны
- д) давящая повязка на рану

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в
- 2) б, д
- 3) а, г
- 4) а, д
- 5) в, д

56. Странгуляционная кишечная непроходимость у ребенка 9 месяцев проявляется следующими симптомами:

- а) острое внезапное начало
- б) периодическое резкое беспокойство
- в) застойная рвота
- г) рефлексорная рвота
- д) живот мягкий
- е) живот болезненный, напряженный
- ж) отсутствие стула, ампула ректум пустая
- з) выделение крови из прямой кишки
- и) перистальтика не выслушивается
- к) наличие жидкого стула с прожилками крови
- л) гипертермия.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б, г, е, з
- 2) в, д, ж, и
- 3) б, ж, к, л
- 4) в, г, д, з, и
- 5) а, к, л

57. Анатомические образования, с которыми латерально граничит глотка:

- 1) сосудисто-нервный пучок
- 2) шейные позвонки
- 3) полость носа
- 4) хрящи гортани
- 5) околоушная слюнная железа

58. Укажите, какое положение принимает верхняя конечность при повреждении лучевого нерва:

- 1) «рука акушера»
- 2) «когтистая лапа»
- 3) «кисть обезьяны»
- 4) «рука нищего»
- 5) «плеть»

59. Назовите синус твердой оболочки головного мозга, который можно повредить при трепанации сосцевидного отростка:

- 1) сагиттальный
- 2) пещеристый
- 3) сигмовидный
- 4) большой каменистый
- 5) прямой

60. Какую стенку бедренного кольца рассекают при ущемленной бедренной грыже?

- 1) переднюю
- 2) заднюю
- 3) латеральную
- 4) медиальную
- 5) никакую

61. Какие грыжи передней боковой брюшной стенки являются показанием к экстренной операции?

- 1) все врожденные

- 2) ущемленные
- 3) скользящие
- 4) неврправимые
- 5) все перечисленные выше

62. Чем характеризуется гематома подкожной клетчатки лобно-теменно-затылочной области?

- 1) имеет форму шишки
- 2) распространяется в пределах одной кости
- 3) имеет разлитой характер и свободно перемещается в пределах лобно-теменно-затылочной области
- 4) свободно распространяется на подкожную клетчатку височной области и лица
- 5) определенную характеристику дать сложно

63. Количество элементов в паховом канале:

- 1) 3 стенки и 3 отверстия
- 2) 4 стенки и 4 отверстия
- 3) 4 стенки и 2 отверстия
- 4) 2 стенки и 4 отверстия
- 5) 4 стенки и 3 отверстия

64. Через комиссуральные отверстия ладонного апоневроза подкожная клетчатка ладони сообщается с:

- 1) подапоневротическим клетчаточным пространством ладони
- 2) подсухожильными клетчаточными пространствами ладони
- 3) синовиальными влагалищами 2–5-го пальцев
- 4) клетчаточным пространством Пирогова
- 5) футлярами червеобразных мышц

65. Проекционная линия седалищного нерва проводится:

- 1) от седалищного бугра к медиальному надмышелку бедренной кости
- 2) от большого вертела к латеральному надмышелку бедренной кости
- 3) от середины расстояния между седалищным бугром и большим вертелом к середине подколенной ямки
- 4) от середины расстояния между седалищным бугром и большим вертелом к наружному надмышелку бедренной кости
- 5) от середины расстояния между седалищным бугром и большим вертелом к медиальному надмышелку бедренной кости

66. Разрыв средней оболочечной артерии опасен:

- 1) геморрагическим шоком
- 2) нарушением кровоснабжения твердой мозговой оболочки головного мозга
- 3) нарушением кровоснабжения височной доли головного мозга
- 4) нарушением кровоснабжения лобной доли головного мозга
- 5) сдавлением головного мозга образовавшейся эпидуральной гематомой

67. Следует ли производить ревизию гнойной полости при ее вскрытии?

- 1) ревизия раны недоступна
- 2) ревизия раны необходима для выявления и вскрытия гнойных затеков и карманов
- 3) производится выявление и ревизия только глубоко расположенных гнойников
- 4) ревизия раны производится только при развитии осложнений
- 5) ревизия раны производится только при хроническом воспалении

68. Какое положение нужно придать конечности, чтобы определить пульсацию подколенной артерии?

- 1) ногу разогнуть в коленном суставе
- 2) ногу согнуть в коленном суставе
- 3) ногу ротировать кнаружи
- 4) ногу ротировать кнутри
- 5) поднять под углом 30

69. При выполнении срединной лапаротомии пупок:

- 1) обходят справа
- 2) обходят слева
- 3) рассекают вдоль
- 4) рассекают поперек
- 5) выбор стороны обхода не имеет значения

70. В систему какой вены происходит отток крови от желудка?

- 1) vena cava superior
- 2) vena cava inferior
- 3) vena mesenterica superior
- 4) vena portae
- 5) vena umbilicalis

71. Для обтурационной тонкокишечной непроходимости при обзорной рентгенографии брюшной полости характерны следующие рентгенологические признаки:

- 1) чаши Клойбера
- 2) свободный газ под правым куполом диафрагмы
- 3) кишечные арки
- 4) свободный газ под левым куполом диафрагмы
- 5) симптом перистости («растянутой пружины»)

72. Показания к экстренному оперативному вмешательству при острой обтурационной толстокишечной непроходимости:

- 1) выявление более 2 «чаш Клойбера» при обзорной рентгенографии брюшной полости
- 2) исчезновение схваткообразных болей в животе
- 3) исчезновение симптома «шума плеска»
- 4) неэффективность консервативной терапии в течение 3–4 часов
- 5) появление положительного симптома Щёткина–Блюмберга

73. Виды кишечной непроходимости, при которых наиболее быстро развивается некроз кишки:

- 1) заворот тонкой кишки
- 2) обтурация просвета тощей кишки желчным камнем
- 3) деформация просвета кишки спайками по типу «двустволки»
- 4) узлообразование
- 5) ущемление кишки в грыжевых воротах

74. Об эффективности консервативных мероприятий, проводимых при обтурационной толстокишечной непроходимости, свидетельствует:

- 1) удлинение интервалов между приступами болей
- 2) отхождение кала и газов
- 3) уменьшение вздутия живота
- 4) ослабление перистальтики
- 5) исчезновение болей

75. При завороте сигмовидной кишки с выраженными явлениями кишечной непроходимости выполняют следующие операции:

- 1) операцию Нобля
- 2) резекцию сигмовидной кишки с анастомозом «конец в конец»
- 3) операцию типа Гартмана
- 4) деторзию кишки и мезосигмопликацию по Гаген–Торну
- 5) деторзию кишки и илеостомию

76. Характерны симптомы кишечной непроходимости, вызванной тонко-толстокишечной инвагинацией:

- 1) частые позывы на стул
- 2) кровянистые выделения из прямой кишки
- 3) наличие пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области

- 4) схваткообразные боли в животе
- 5) положительный симптом Цеге–Мантейфеля

77. Укажите симптомы, характерные для острого тромбоза глубоких вен голени:

- 1) отёк всей нижней конечности
- 2) умеренные постоянные боли в икроножных мышцах
- 3) небольшой отёк стопы и нижней трети голени
- 4) положительный симптом Хоманса
- 5) положительный симптом «перемежающейся хромоты»

78. Перечислите лечебные мероприятия, направленные на прекращение распространения тромбоза в магистральных венах нижних конечностей:

- 1) компрессы с мазью Вишневского
- 2) назначение антибиотиков
- 3) строгий постельный режим
- 4) антикоагулянтная терапия
- 5) эластическое бинтование нижних конечностей

79. Основные клинические симптомы массивной тромбоэмболии лёгочных артерий:

- 1) боли за грудиной
- 2) коллапс
- 3) осиплость голоса
- 4) цианоз лица и верхней половины туловища
- 5) систолический шум на общих сонных артериях

80. Предотвратить эмболию лёгочных артерий при флотирующем тромбе инфраренального отдела нижней полой вены позволяют операции:

- 1) протезирование трикуспидального клапана
- 2) пликация нижней полой вены
- 3) двусторонняя перевязка подвздошных вен
- 4) имплантация кава-фильтра
- 5) наложение порто-кавального анастомоза

81. Острый илеофemorальный флеботромбоз при отсутствии адекватного лечения в течение ближайшей недели заболевания может осложниться:

- 1) тромбоэмболией лёгочных артерий
- 2) венозной гангреней конечности
- 3) посттромбофлебитической болезнью
- 4) флегмоной бедра
- 5) синдромом Лериша

82. При каких осложнениях язвенной болезни желудка необходимо экстренное оперативное лечение?

- 1) перфорация
- 2) пенетрация
- 3) продолжающееся артериальное кровотечение
- 4) декомпенсированный пилородуоденальный стеноз
- 5) состоявшееся кровотечение

83. Показания к экстренному оперативному вмешательству при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи:

- 1) повторное появление грыжевого выпячивания
- 2) появление симптомов раздражения брюшины
- 3) повышение температуры
- 4) болезненное мочеиспускание
- 5) сохраняющиеся признаки кишечной непроходимости

84. При определении жизнеспособности ущемлённой петли кишки в первую очередь необходимо ориентироваться на:

- 1) цвет кишки

- 2) наличие перистальтики
- 3) пульсацию артерий брыжейки
- 4) наличие выпота в брюшной полости
- 5) наличие странгуляционной борозды

85. Укажите признаки ущемленной грыжи:

- 1) отчётливо определяются болезненные края грыжевых ворот
- 2) резкие боли в области грыжевого выпячивания
- 3) невосприимчивость грыжи
- 4) отрицательный симптом «кашлевого толчка»
- 5) положительный симптом «кашлевого толчка»

86. При ревизии кишечной петли после устранения ее ущемления и согревания установлено, что кишка стала розового цвета. Укажите другие обязательные признаки, позволяющие признать кишку жизнеспособной:

- 1) отсутствие странгуляционной борозды
- 2) наличие пульсации артерий брыжеечного края кишки
- 3) отсутствие газа в просвете кишки
- 4) наличие перистальтики кишки
- 5) отсутствие налёта фибрина на серозном покрове кишки

87. Противопоказания к плановому оперативному лечению наружной брюшной грыжи:

- 1) асцит
- 2) общий атеросклероз
- 3) декомпенсированный сахарный диабет
- 4) острый инфаркт миокарда
- 5) возраст старше 80 лет

88. Ведущие клинические признаки декомпенсированного пилородуоденального стеноза:

- 1) рвота пищей, принятой накануне за 6–8 часов
- 2) потеря массы тела до 5 кг
- 3) «шум плеска»
- 4) аспирация из желудка более 500 мл
- 5) уменьшение болевого синдрома после еды
- 6) задержка эвакуации из желудка при рентген-исследовании до 6 часов

89. Рентгенологические признаки декомпенсированного пилородуоденального стеноза:

- 1) увеличение желудка (нижний полюс в малом тазу)
- 2) усиление перистальтики
- 3) ослабление перистальтики
- 4) отсутствие начальной эвакуации
- 5) расширение двенадцатиперстной кишки
- 6) задержка темпов эвакуации до 24 часов и более

90. Укажите наиболее эффективные способы предоперационной подготовки больных с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом:

- 1) инфузионная терапия
- 2) парентеральное питание
- 3) повторные переливания крови
- 4) постоянная декомпрессия желудка
- 5) энтеральное зондовое питание

Эталон ответа

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	4	5	4	5	2	4	2	5	4

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
3	1	4	1	5	4	4	4	3	4
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
2	3	4	2	4	2	3	4	3	4
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
4	3	1	5	4	2	2	1	2	4
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
3	2	2	1	3	1	3	2	5	1
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
2	3	5	4	1	1	1	4	3	4
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
2	1	3	1	3	5	2	3	2	4
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
1,3,5	4,5	1,4,5	2,3,5	3,4	2-4	2-4	4,5	1,3,4	3,4
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
1,2	1,3	3,5	1-3	2-4	2,4	1,3,4	1,3,4	1,3,4,6	1,2,4,5

Критерии оценивания

Оценка	Коэффициент К (%)	Критерии оценки
Отлично	Свыше 80% правильных ответов	глубокое познание в освоенном материале
Хорошо	Свыше 70% правильных ответов	материал освоен полностью, без существенных ошибок
Удовлетворительно	Свыше 50% правильных ответов	материал освоен не полностью, имеются значительные пробелы в знаниях
Неудовлетворительно	Менее 50% правильных ответов	материал не освоен, знания обучающегося ниже базового уровня

Типовые практические задания, направленные на формирование профессиональных навыков, владений

Результаты обучения
Владеет навыками использования хирургического инструментария;
Владеет навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний;
Владеет техникой выполнения основных общехирургических оперативных вмешательств;

Типовые практические задания для подготовки к экзамену

Задача № 1

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

Какой диагноз следует поставить?

С помощью каких исследований можно уточнить диагноз?

Эталон ответа:

облитерирующий атеросклероз с явным поражением аорто-подвздошного сегмента справа, необходимо выполнить УЗДИ и ангиографическое исследование артерии

Задача № 2

У больной, оперированной по поводу диффузного зоба с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести, на следующий день после операции появились парестезии в области

кончиков пальцев рук, чувство ползания мурашек. Затем, появился симптом «руки акушера», боли в мышцах предплечий.

О каком осложнении следует думать?

Как можно уточнить ваше предположение?

Эталон ответа:

симптомы паратиреоидной недостаточности, следует ввести внутривенно 10 мл 10% раствора хлорида кальция - исчезновение после вливания имеющихся симптомов подтвердит диагноз

Задача № 3

На вечернем обходе ваше внимание привлекла больная, которой утром была сделана тиреоидэктомия по поводу тиреотоксического зоба. Больная жаловалась на слабость, распирающие боли в левой половине шеи, затруднение глотания. По снятии повязки определялась значительная асимметрия шеи за счет выраженной припухлости левой ее половины, мягкой консистенции. При надавливании на нее в области выпускника появилось небольшое кровянистое отделяемое.

Какое осложнение возникло у больной и почему?

Чем помочь больной?

Эталон ответа:

кровотечение с образованием гематомы, соскочила лигатура с сосуда, немедленно нужно полностью снять швы, широко раскрыть рану, удалить все сгустки и остановить кровотечение

Задача № 4

Больная 24 лет поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Болеет 2 года. Щитовидная железа не увеличена. При физикальном обследовании больной никакой патологии не выявлено. При компьютерной томографии в переднем средостении на уровне II ребра справа определяется образование округлой формы размером 5х5см, с четкими границами. Легочная ткань прозрачна.

Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

тиреосцинтиграфия, УЗИ, компьютерная томография, исследование св.Т4,

Задача № 6

Больная 32 лет в течение 2 лет страдает диффузным токсическим зобом II степени. Консервативное лечение приносит временный эффект, при снижении дозы тиреостатиков отмечает рецидив тиреотоксикоза. Последние 3 месяца никакой терапии не получает. Больная раздражительна, плаксива. Пульс 132 в минуту.

Тактика лечения больной?

Какие показания к оперативному лечению?

Эталон ответа:

тяжелая форма тиреотоксического зоба, показана операция — тиреоидэктомия из-за неэффективности консервативного лечения

Задача № 7

У больного 30 лет, считающего себя совершенно здоровым, при профилактическом осмотре в верхней доле правого легкого была обнаружена округлой формы гомогенная тень с четкими границами диаметром 6 см.

Какие заболевание можно предположить?

Эталон ответа:

эхинококкоз правого легкого или туберкулома или периферический рак

Задача № 8

Больной 52 лет обратился с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота определяется редко и с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. Болен 2 мес. За это время нарастают упадок сил и слабость. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания. Сейчас нормальная. В легких везикулярное дыхание, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании

определяется интенсивная тень треугольной формы, соответствующая нижней доле правого легкого.

О каком заболевании следует подумать?

Эталон ответа:

центральная форма рака правого легкого

Задача № 9

Мужчина 37 лет поступил через 16 часов от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие сильные схваткообразные боли в верхних отделах живота, повторные рвоты съеденной пищей, вздутие живота. Из анамнеза известно, что два года назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с повреждением печени и поперечной ободочной кишки. В течение послеоперационного периода несколько раз наблюдались подобные приступы, которые эффективно купировались применением спазмолитиков. На этот раз приступ протекает более тяжело, привычные консервативные мероприятия не эффективны. Объективно: состояние средней степени тяжести, больной беспокоен, меняет положение. Пульс 90 в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Язык несколько суховат, обложен. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный больше в верхних отделах, перистальтика выслушивается, перитонеальные симптомы не определяются. На передней брюшной стенке гипертрофический рубец после срединной лапаротомии. Сутки назад был нормальный стул. При ректальном исследовании - следы кала обычной окраски.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План дополнительного обследования больного?
3. Роль и объем рентгенологического обследования, интерпретация данных.
4. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данной патологии.
5. Каков объем консервативных лечебных мероприятий необходимых для данного больного?

6. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств?

7. Мероприятия, направленные на предупреждение рецидива заболевания.

Эталон ответа:

1. Острая кишечная непроходимость, вызванная спайкообразованием или ущемленной посттравматической диафрагмальной грыжей.

2. В комплексе первичного обследования обязательны обзорная рентгенография брюшной полости с контролем пассажа бария, ультразвуковое исследование.

3. Основной этиологический фактор в данном случае – механическое препятствие, вызвавшее илеус, следствием которого является частичная или полная остановка кишечного пассажа и, выраженное в той или иной степени, нарушение кровоснабжения вовлеченной в процесс кишечной петли. В патогенетическом плане среди многообразных нарушений гомеостаза наибольшее клиническое значение имеют развивающиеся водно-электролитные нарушения, изменение проницаемости кишечной стенки, некроз стенки кишки, кишечная недостаточность, эндотоксикоз, вторичный перитонит.

4. Комплекс мероприятий, включающий: голод, дренирование желудка, обезболивание, мощную инфузионную терапию, спазмолитики, новокаиновые блокады, ГБО, очистительные клизмы, коррекцию развивающихся полиорганных нарушений.

5. Показанием к операции является отсутствие отчетливой положительной динамики (клинически и по рентгенологическим данным) от консервативного лечения в течение 6 часов, явления перитонита, ущемленная диафрагмальная грыжа. В данном случае возможными вариантами оперативного пособия будут: ликвидация непроходимости, френогерниопластика или рассечение спаек, резекция (при некрозе) участка пострадавшего органа, трансанальная интубация тонкой кишки (по показаниям).

6. Тщательное соблюдение принципов оперативной техники, бережное отношение к тканям, интубация тонкой кишки, надежная герниопластика, наложение гидроперитонеума, раннее восстановление перистальтики, назначение в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

Задача № 10

Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 3 суток от начала заболевания с жалобами: на постоянные боли во всех отделах живота, многократную рвоту, задержку стула и неотхождение газов; на наличие в правой паховой области болезненного, опухолевидного выпячивания; на подъем t тела до $38^{\circ} C$. Заболевание началось с появления в правой паховой области опухолевидного, болезненного выпячивания. В последующем развился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала. Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД -] 10/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется «шум плеска». Стула не было 2 дня, газы не отходят. В правой паховой области определяется опухолевидное образование до 5 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна, повышена кожная t °. При пальпации образование резко болезненное, плотно-эластической консистенции, с размягчением в центре.

1. Какой диагноз следует поставить в данном случае?
2. Этиопатогенез данной патологии?
3. Классификация заболевания?
4. Объем обследования больной в данном случае?
5. Тактика лечения данного заболевания?
6. Объем медицинской помощи и особенности оперативного пособия в конкретном случае?
7. Послеоперационное ведение больной?

Эталон ответа:

1. Ущемленная паховая грыжа. Флегмона грыжевого мешка
2. При небольших грыжевых воротах как правило развивается эластическое ущемление в связи с внезапным повышением внутрибрюшного давления, которое сопровождается перерастяжением грыжевых ворот и проникновением в грыжевой мешок большего, чем обычно, количества органов.

3. Виды ущемления: эластическое, каловое и смешанное. Формы ущемления: типичное, ретроградное (грыжа Майдля) и пристеночное (грыжа Рихтера).

4. Классическая картина ущемленной грыжи как правило не требует дополнительного обследования. Для диагностики явлений кишечной непроходимости (как в данном случае) выполняется обзорная рентгенография органов брюшной полости

5. Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, рассечение ущемляющего кольца, определение жизнеспособности ущемленных органов, резекция нежизнеспособных органов, пластика грыжевых ворот.

6. Экстренная операция. Сначала выполняется срединная лапаротомия, резекция кишки в пределах жизнеспособных тканей. Концы ущемленной кишки лигируют и перитонизируют. Вторым этапом вскрывают грыжевой мешок, удаляют гнойный экссудат, ущемленную петлю кишки и грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот не выполняют, рану дренируют.

7. Основное внимание в послеоперационном периоде уделяют лечению запущенной (в данном случае) кишечной непроходимости. Рану в паху ведут как гнойную.

Задача № 11

Мужчина 60 лет поступил на 2-й день от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли средней интенсивности внизу живота, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что подобные состояния были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы. Общее состояние больного относительно

удовлетворительное, температура нормальная, пульс 90 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» за счет вздутия правой его половины, при пальпации мягкий, умеренно болезненный по ходу левого бокового канала. Справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не выслушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста, при попытке сделать сифонную клизму удается ввести не более 400 мл жидкости.

1. Какой клинический синдром имеет место у данного больного?
2. Вероятная причина развития этого синдрома у пациента?
3. Классификация данной патологии?
4. Применение каких дополнительных методов оправдано для подтверждения и уточнения предварительного диагноза?
5. Тактика хирурга при подтверждении вашего предварительного диагноза?
6. Варианты оперативного пособия в зависимости от стадии заболевания?
7. Особенности ведения послеоперационного периода.
8. Что такое проба Цеgefон - Мантейфеля?

Эталон ответа:

У больного клиника обтурационной толстокишечной кишечной непроходимости опухолевого генеза. Из дополнительных методов обследования необходимы: обзорная рентгенография брюшной полости, контроль пассажа бария. Лечение больного оперативное. В предоперационном периоде: 10%-40 мл NaCl, паранефральная блокада, антибиотики. Тактику определяет хирург во время операции. Варианты оперативного пособия: гемиколэктомия, операции «типа Гартмана», резекции толстой кишки с наложением U-образного анастомоза, операция Цейтлера-Шлоффера. При наличии отдаленных метастазов и нерезектабельности опухоли - обходные анастомозы и выведение двухствольных колостом. Проба Цеге - фон- Мантейфеля: при постановке очистительной клизмы невозможно ввести более 300л жидкости. Признак обтурации сигмовидной кишки. При локализации опухоли в сигмовидной кишке – резекция сигмовидной кишки по Гартману, при локализации в нисходящей кишке – левосторонняя гемиколэктомия с выведением одноствольной трансверзостомы, при локализации в поперечноободочной кишке – резекция кишки типа Гартмана, при локализации в области правого фланга – правосторонняя гемиколэктомия. При неоперабельности опухоли – наложение двухствольного ануса. Послеоперационное ведение по общим принципам, особое внимание требует уход за колостомой.

Задача № 12

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 неизменной слизистой и входом в него до 2 см. Больная ранее не лечилась, впервые обратилась к врачу.

Ваш диагноз?

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

Эталон ответа:

Предварительный диагноз: Дивертикул пищевода. Дополнительные методы исследования: рентгеноэзофагогастроскопия, ФГДС. Лечение: При небольших размерах дивертикула - консервативное лечение. Показание к хирургическому лечению - осложнения заболевания (перфорация, пенетрация, кровотечение, малигнизация, пищеводно-трахеальные свищи). Оперативное лечение: при глоточно - пищеводных дивертикулах - шейный доступ, при эпибронхиальных - левосторонний торакальный. Объем операции: дивертикулэктомия, дивертикулэктомия с пластикой пищевода лоскутом диафрагмы или плевры.

Задача № 13

Больной К., 18 лет оперирован по поводу острого гангренозно-перфоративного аппендицита, осложненного разлитым серозно-гнойным перитонитом. Выполнена аппендэктомия, дренирование брюшной полости. Ранний послеоперационный период протекал с явлениями умеренно выраженного пареза кишечника, которые эффективно купировались применением медикаментозной стимуляции. Однако, к концу 4-х суток после операции состояние больного ухудшилось, появилось нарастающее вздутие живота, схваткообразные боли по всему животу, перестали отходить газы, присоединилась тошнота и рвота, общие признаки эндогенной интоксикации. Объективно: состояние средней степени тяжести, пульс 92 в минуту, А/Д 130/80 мм рт. ст., язык влажный, обложен, живот равномерно вздут, разлитая болезненность во всех отделах, перистальтика усилена, перитонеальные симптомы не определяются, при обследовании *per rectum* - ампула прямой кишки пуста.

1. Какое осложнение раннего послеоперационного периода возникло у данного больного?
2. Какие методы дополнительного обследования помогут определиться с диагнозом?
3. Роль и объем рентгенологического обследования, интерпретация данных.
4. Каковы возможные причины развития данного осложнения в раннем послеоперационном периоде?
5. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данной патологии.
6. Объем консервативных мероприятий и цель их проведения при развитии этого осложнения?
7. Показания к операции, объем оперативного пособия?
8. Интра- и послеоперационные мероприятия, направленные на предупреждение развития данного осложнения?

Эталон ответа:

По всей видимости у больного возникла послеоперационная ранняя спаечная кишечная непроходимость. Уточнить диагноз поможет УЗИ (состояние кишечных петель, выпот в брюшной полости), обзорная рентгенография брюшной полости (чаши Клойбера), контроль пассажа бария. Показанием к операции является нарастание клиники кишечной непроходимости, отсутствие эффекта от консервативной терапии. Операция: Релапаротомия, разделение спаек, трансанальная интубация тонкой кишки, дренирование брюшной полости

Задача № 14

Кормящую мать 28 лет, в течение двух недель беспокоят боли в левой молочной железе. Объективно: в верхне - наружном квадранте левой молочной железы отчетливо пальпируется плотное образование размером 6 x 8 см, резко болезненное, кожа над ним багрово - синюшной окраски, однако, размягчения или флюктуации нет. Общее состояние больной удовлетворительное, отмечает слабость, повышенную потливость, температура по вечерам достигает 38 °С. На протяжении последних 6 дней лечится амбулаторно у хирурга. Проведен курс антибиотикотерапии (ампициллин). Улучшения нет. Ввиду отсутствия эффекта направлена в стационар.

1. Ваш диагноз?
2. Каковы причины данного заболевания?
3. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае?
4. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику?

5. Какова лечебная тактика?
6. Можно ли продолжать грудное кормление ребенка?
7. Какие средства могут применяться для прекращения лактации?
8. Назначьте антибактериальную терапию
9. Меры профилактики данного заболевания?

Эталон ответа:

Диагноз: Острый лактационный мастит в стадии инфильтрата. Лечебная тактика: госпитализация, интенсивная антибиотикотерапия (ампициллин), ретромаммарная новокаиновая блокада, противовоспалительное лечение, активное сцеживание молока, сухое тепло, обезболивание: баралгин, анальгин. При абсцедировании - оперативное лечение: вскрытие мастита. С целью подавления лактации можно использовать препараты, подавляющие секрецию пролактина (бромокриптин, парлодел 5 мг 2 раза в день 5-7 дней).

Задача № 15

Больной 36 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на боли в животе, больше в области правого мезогастрия, по вечерам отмечает подъем температуры до 37,5 С 'С. Из анамнеза установлено, что заболевание началось 6 суток назад с появления болевого синдрома в правой половине живота, в основном около пупка. Была тошнота, рвота. На третьи сутки боли уменьшились. За медицинской помощью не обращался, поскольку находился в командировке. За период болезни четыре раза был стул, дважды жидкий. Объективно; язык влажный, кожные покровы обычной окраски, пульс 80 в минуту, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот участвует в акте дыхания, мягкий. При пальпации в правой подвздошной области определяется образование до 10 см в диаметре, умеренно болезненное при пальпации, малоподвижное. Перитонеальных симптомов нет. Лейкоцитоз 9,0 тысяч, НБ - 140 г/л.

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы обследования для уточнения диагноза?
3. Какова дальнейшая тактика лечения?
4. Каков арсенал консервативной терапии?
5. Показания к операции?
6. Суть и объем операции?
7. Оптимальные сроки для выполнения операции в отдаленном периоде?

Эталон ответа:

Диагноз: Аппендикулярный инфильтрат. Уточнить диагноз, особенно при подозрении на абсцедирование, поможет УЗИ. Тактика консервативно-выжидательная. При эффективности консервативного лечения больному рекомендуют плановую аппендэктомию через 6 месяцев после рассасывания инфильтрата. При абсцедировании инфильтрата - вскрытие и дренирование абсцесса. После выздоровления больного - плановая аппендэктомия

Задача № 16

Мужчина 45 лет, болен в течение 4 суток, когда появились боли в желудке, которые затем локализовались справа. Беспокоят боли в правой подвздошной области, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование 10x12 см, болезненное, малоподвижное. Стул регулярный. Лейкоцитоз - 12 тыс.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез данного заболевания?
3. С какой патологией следует провести дифференциальную патологию?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Тактика лечения этого заболевания?
6. Лечение больного на этой стадии заболевания?
7. Возможные осложнения заболевания?
8. Показания к оперативному лечению, характер и объем операции?

Эталон ответа:

1. Острый аппендицит, осложненный аппендикулярным инфильтратом.
2. Неспецифический воспалительный процесс, причиной которого является воспаление червеобразного отростка. Представляет конгломерат спаянных между собой вокруг деструктивно измененного червеобразного отростка петель тонкой и толстой кишки, большого сальника, матки с придатками, мочевого пузыря, париетальной брюшины, отграничивающих проникновение инфекции в свободную брюшную полость. В его развитии выделяют две стадии - раннюю (формирования рыхлого инфильтрата) и позднюю (плотного инфильтрата).
3. Опухоли слепой и восходящей кишки, придатков матки, гидропиосальпинкс.
4. Лабораторная диагностика, ректальное и вагинальное исследование, УЗИ и КТ брюшной полости, ирригография (скопия), колоноскопия с биопсией.
5. В стадию плотного инфильтрата тактика консервативно - выжидательная, при его абсцедировании – срочное оперативное вмешательство.
6. Комплексное консервативное лечение, включая постельный режим, щадящую диету, в ранней фазе - холод на область инфильтрата, а после нормализации температуры физиолечение (УВЧ). Антибактериальная, противовоспалительная терапия, внутритазовая блокада по Школьникову, лечебные клизмы, иммуностимуляторы и т.д.
7. Абсцедирование, вскрытие абсцесса в свободную брюшную полость, перитонит, кишечная непроходимость, сепсис.
8. Абсцедирование аппендикулярного инфильтрата. Вскрытие абсцесса внебрюшинным доступом по Н. И. Пирогову. Внебрюшинное вскрытие позволяет избежать попадания гноя в свободную брюшную полость. После санирования гнойника в его полость подводят тампон и дренаж, рану ушивают до дренажей

Задача № 17

Больной 35 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в эпигастриальной области, усиливающиеся после приема пищи, тошноту, временами рвоту, похудание. В анамнезе: год назад лечился по поводу тупой травмы живота, посттравматического панкреатита. Объективно: состояние удовлетворительное, пониженного питания, кожный покров и склеры обычного цвета, со стороны органов грудной полости без особенностей. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации в эпигастрии определяется эластическое неподвижное образование 10х6 см, без передаточной пульсации, аускультативно над ним шумов не определяется, желудок не увеличен. Определяется непостоянный шум плеска. Печень и селезенка не увеличены. Стул неустойчив. При фиброгастроуденоскопии выполненной амбулаторно в желудке умеренное количество жидкости, гастрические изменения слизистой, фиброгастроскоп проходит в 12-перстную кишку, но в антральном отделе отмечается выбухание задней стенки.

1. Какой диагноз Вы поставите больному?
2. С какими заболеваниями необходимо произвести дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
4. Какое лечение показано больному?
5. Показание к оперативному лечению и выбор характера вмешательства?
6. Прогноз относительно течения болезни?

Эталон ответа:

1. Хронический кистозный панкреатит. Дуоденальная непроходимость
2. С опухолью поджелудочной железы, желудка.
3. Рентгенография желудка и грудной клетки, ФГДС, УЗИ, пункционная биопсия.
4. Консервативное (основные направления лечения острого панкреатита), коррекция электролитного баланса и инкреторной недостаточности. Оперативное лечение зависит от степени сформированности кисты и осложнений: малоинвазивная (пункции, дренирование), паллиативные операции (марсупиализация, цистоеюностазия,

цистогастроанастомоз), радикальная (энуклеация, резекция поджелудочной железы с кистой).

Задача № 18

Больной 42 лет, грузчик, обратился с жалобами на боли в заднем проходе, выделение крови после акта дефекации. Подобные симптомы стали беспокоить около года назад, но в последние 3 дня кровотечение усилилось, появился шум в голове, головокружение, что затрудняет выполнение тяжелой физической работы. Объективно: Пациент бледен. Пульс 96 в минуту удовлетворительного наполнения, АД 110/60 мм.рт.ст. В области анального жома на 3, 7, 11 часах имеются геморроидальные узлы диаметром до 1,5 см с сиреневым оттенком, на одном из них видна кровянистая корочка, кровоточащая при контакте.

1. Каков Ваш диагноз?
2. Клиническая классификация этого заболевания?
3. Эти о патогенез данного заболевания?
4. Какие методы обследования необходимо проводить при этом заболевании?
5. Тактика амбулаторного хирурга в данной ситуации?
6. Методы и объем неотложной помощи при этой патологии?
7. Методы лечения данного заболевания?

Эталон ответа:

Диагноз: Геморрой, осложненный кровотечением. Методы исследования: ректальное исследование, anosкопия, ректороманоскопия. Тактика амбулаторного хирурга: при выраженной анемии - госпитализация в хирургическое отделение. Первая помощь заключается в обезболивании, наложении повязки, проведении противовоспалительной и гемостатической терапии. Методы лечения: (в зависимости от стадии процесса и после остановки кровотечения) - инфракрасная фотокоагуляция, лигирование латексными кольцами, склеротерапия, геморроидэктомия.

Задача № 19

Мужчину 57 лет беспокоят боли в левой икроножной мышце, зябкость стопы, быстрая утомляемость. Боль появляется после прохождения 60 - 70 метров. Длительность заболевания около 6 месяцев. При осмотре дистальные отделы левой ноги бледнее чем справа, холодные на ощупь, мышцы при пальпации болезненные. Пульс удается определить только на бедренной артерии в паховой области, он ослаблен. Над ней выслушивается систолический шум. Пульсация магистральных артерий правой ноги сохранена на всех уровнях, но несколько ослаблена.

1. Ваш диагноз?
2. Клиническая классификация этого заболевания?
3. Патогенез развития этого заболевания?
4. План обследования пациента?
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
6. Принципы лечения заболевания в зависимости от стадии процесса?
7. Возможные осложнения при лечении этого заболевания и меры их профилактики?

Эталон ответа:

Диагноз: Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (стеноз бедренно-подколенного сегмента слева), ишемия конечностей 2Б - 3 степени.

План обследования; Общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на сахар, ПТИ, флюорография, ЭКГ, холестерин, липопротеиды с определением коэффициента атерогенности, УЗ-доплерография, ангиография. Дифференциальный диагноз следует проводить с облитерирующим эндартериитом, болезнью Бюргера.

Лечение: при 1-2А степени ишемии конечностей лечение консервативное, при 2Б- 3 степени - оперативное. Метод выбора - в зависимости от типа поражения - реконструктивная операция (шунтирование, протезирование, реже эндартерэктомия). При невозможности выполнить реконструктивную операцию - симпатэкомия, профундопластика, РОТ.

Задача № 20

Больной 49 лет поступил с жалобами на слабость, похудение, временами кровь при акте дефекации. Холост, злоупотребляет алкоголем. Объективно: Пониженного питания, на коже звездчатая пигментация, эритема на ладонях и подошвах, отсутствие волос на груди и в подмышечных впадинах. Живот обычной формы, не увеличен, при пальпации из-под правой реберной дуги выступает на 5 см печень. В левом подреберье умеренно увеличенная селезенка, выступающая из-под края реберной дуги. Перкуторно: притупления в отлогих местах нет. Дизуретических расстройств не отмечается. При осмотре дистального отдела прямой кишки имеются геморроидальные узлы.

1. Ваш диагноз?
2. Какую классификацию следует применить для формулировки диагноза?
3. Этиология и патогенез данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз и по какому синдрому?
5. Какие дополнительные методы исследования следует провести для подтверждения диагноза и выбора тактики лечения?
6. Основные направления консервативной терапии, показания и виды оперативного лечения?
7. Осложнения заболевания и их профилактика?
8. Экспертиза трудоспособности при данной патологии?
9. Прогноз?

Эталон ответа:

Предварительный диагноз: цирроз печени, портальная гипертензия II ст. Дифференциальный диагноз: Внепеченочные формы портальной гипертензии, системные заболевания (болезнь Гоше, лейкозы), гепатит. Дополнительные методы исследования: УЗИ печени и селезенки, ФГДС, пункционная биопсия печени, маркеры гепатита, спленопортография. Оперативное лечение направлено на коррекцию портальной гипертензии: (спленэктомия с оментогепатопексией, спленоренальные анастомозы, при кровотечениях - зонд Блэкмора, операция Таннера, перевязка вен пищевода, пересадка печени). Прогноз - неблагоприятный.

Задача № 21

Больная 25 лет обратилась на прием с жалобами на раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, головную боль, чувство спазма в области гортани. Работает и учиться, мало отдыхает, спит до 6 часов в сутки. Объективно: Пониженного питания, глаза блестят, легкое дрожание пальцев кистей. Шея обычная, щитовидная железа заметна только при глотании. При пальпации отчетливо определяются только боковые доли, последние равномерно мягкие, аускультативно над ними ничего не выслушивается. Пульс 100 в минуту, с единичными экстрасистолами. Артериальное давление 150/60. При аускультации сердца систолический шум. При пальпации живота без особенностей.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез данного заболевания?
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить?
4. Какую клиническую классификацию следует применить для постановки диагноза?
5. Какие осложнения могут развиваться у больной?
6. Какова должна быть лечебная тактика?
7. Показания к оперативному лечению при данной патологии?
8. Принципы оценки трудоспособности при данном заболевании?

Эталон ответа:

Диагноз: Диффузный тиреотоксический зоб, II степени, легкая степень тяжести. Из дополнительных методов исследования необходимо выполнить: УЗИ щитовидной железы, определение уровня тиреотропного и тиреоидных гормонов; по показаниям (смешанные и узловые формы) - радиоизотопное сканирование, тонкоигольная биопсия, КТ, определение тиреоглобулина, кальцитонина, АТ к тиреоглобулину. При неэффективности консервативного лечения - субтотальная резекция щитовидной железы.

Послеоперационные осложнения: тиреотоксический криз, кровотечение, повреждение возвратного нерва, гипопаратиреоз, трахеомалация. После операции 6 мес без физических нагрузок и перегреваний, через 6 мес на МСЭК, если сохраняются симптомы + диспансеризация эндокринолога.

Задача № 22

Больной 40 лет доставлен скорой помощью, длительное время страдает язвенной болезнью желудка. В настоящее время на фоне обострения, которое началось около двух недель назад, отметил уменьшение болей в эпигастрии в течение последних двух дней. В то же время появилась нарастающая слабость, головокружение, жажда. Сегодня утром, поднявшись с постели, на несколько секунд потерял сознание. Объективно: кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Язык влажный, живот не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации незначительная болезненность в эпигастрии, симптомов 150 раздражения брюшины нет, пульс 110 в минуту, ритмичный, артериальное давление 100/70 мм рт ст.

1. Какое осложнение язвенной болезни возникло у больного?
2. Какие методы исследования показаны для подтверждения Вашего предположения?
3. Каков алгоритм Ваших действий?
4. На какие вопросы Вы должны ответить при проведении дополнительных исследований?
5. Какова тактика лечения?
6. Показания к хирургическому лечению?
7. Виды операций при данной патологии?

Эталон ответа:

Предварительный диагноз: Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением. Из дополнительных методов необходимо исследование количества эритроцитов, гемоглобина, гематокрита; ФГДС. При остановившемся кровотечении или после эндоскопической остановки его проводится консервативное лечение. Показанием к экстренной операции является профузное желудочное кровотечение при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза. Срочные операции выполняются при неустойчивом гемостазе после восстановления кровопотери и стабилизации витальных функций, при желудочном кровотечении язвенного генеза применяют: прошивание кровоточащей язвы (с ваготомией или без нее), резекция желудка.

Задача № 23

Больная, 50 лет, оперирована в экстренном порядке через 10 часов после ущемления пупочной грыжи. На операции: при вскрытии грыжевого мешка обнаружены две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца петли кишечника признаны жизнеспособными (появилась отчетливая пульсация брыжеечных сосудов, перистальтика, розовый цвет кишки), погружены в брюшную полость. Выполнена пластика грыжевых ворот. Через сутки состояние больного ухудшилось. Усилились боли в животе. Одышка до 24 в 1 минуту. Пульс 112, ритмичный. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный во всех отделах. Положительные перитонеальные симптомы. Кишечные шумы единичные. Газы не отходят.

1. Какое осложнение возникло у больного и почему?
2. Лечебная тактика в данной ситуации?
3. Как определить жизнеспособность кишки?
4. Определение понятий «ложное ущемление» и «мнимое вправление».
5. Какие основные симптомы ущемленной грыжи?
6. Виды и типы ущемления?

Эталон ответа:

Диагноз: Ущемленная пупочная грыжа (ретроградное W-образное ущемление). Осложнение: Перитонит. Причиной данного осложнения явилась врачебная ошибка во время операции: при W-образном ущемлении не была ревизована полностью кишечная петля. Больному показана релапаротомия, резекция кишки. Ложное ущемление — это симптомокомплекс, напоминающий общую картину ущемления, но вызванный каким-либо другим острым заболеванием органов брюшной полости. Мнимое вправление - это

погружение ущемленной петли кишки вместе с ущемляющим кольцом в брюшную полость или в предбрюшинное пространство. Основные признаки ущемления: боль, болезненность, напряжение, невраивимость

Задача № 24

Больной Н., 67 лет поступил с жалобами на нарастающие боли в животе в течении суток, преимущественно в левой его половине, вздутие живота, неотхождение стула и газов, тошноту. Из анамнеза - более года отмечает запоры, ухудшение аппетита, нарастающую слабость, похудел за это время более, чем на 10 кг. Последнее время беспокоят постоянные боли в левой половине живота. Объективно: состояние средней степени тяжести, пониженного питания, эластичность кожи и тургор тканей снижены, кожные покровы бледные, пульс 90 в минуту, А/Д 110/70 мм рт. ст., язык влажный, живот равномерно вздут, перкуторно «тимпанит», при пальпации болезненный по ходу левого бокового канала, симптомы раздражения брюшины отсутствуют, перистальтические шумы выслушиваются, при обследовании *per rectum* - ампула прямой кишки пустая, анализ крови: эр.-3,1 10¹²/л; НЬ - 102 г/л ; L -6,5 10¹²/л

1. Какой клинический синдром имеет место у данного больного? Классификация заболевания.
2. Какова вероятная причина развития этого синдрома в данном случае?
3. План дополнительного обследования больного.
4. Значение рентгенологических и эндоскопических методов в диагностике основного заболевания и его осложнений.
5. Объем консервативных мероприятий и цель их проведения у данного больного?
6. Тактика хирурга в зависимости от эффективности консервативного лечения?
7. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств в зависимости от эффективности консервативных мероприятий, состояния больного, данных операционной находки.
8. Особенности ведения послеоперационного периода?

Эталон ответа:

У больного клиника обтурирующего рака толстой кишки (левый фланг) (Механическая обтурационная толстоишечная непроходимость. Опухоль?). Для уточнения диагноза методом выбора является колоноскопия с биопсией опухоли. Подтвердить диагноз можно также при помощи ирригоскопии. Лечение оперативное; в зависимости от локализации опухоли - левосторонняя гемиколэктомия или резекция сигмовидной кишки. При развитии клиники обтурационной кишечной непроходимости - многоэтапные вмешательства: операции «типа Гартмана». операция Цейтлера-Шлоффера; при 4 стадии заболевания - выведение 2-х ствольных колостом.

Задача № 25

Больная 32 лет жалуется на затрудненное прохождение плотной пищи по пищеводу, чувство давления за грудиной, срыгивание и рвоту съеденной пищи. Пища проходит лучше после запивания ее теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища назад больная иногда чувствовала как пища «проваливалась» в желудок. Больна около 2 лет. Заболевание началось после психической травмы. Состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Живот мягкий, безболезненный. Органы грудной клетки в норме. Больной проведено контрастное исследование пищевода.

Ваш предварительный диагноз?

Опишите изменения на рентгенограмме.

Какие еще дополнительные исследования следует сделать?

Как лечить больную?

Эталон ответа:

У больной ахалазия пищевода. На рентгенограмме отмечается равномерное сужение пищевода в кардиальном отделе с гладкими контурами и расширением всего пищевода до места сужения. Больной показана эзофогоскопия. Консервативное лечение (спазмолитики, седативные средства, ганглиоблокаторы, физиотерапевтическое лечение) редко дают

эффект даже в начальных стадиях заболевания. Рекомендуется начать лечение с кардиодилатации аппаратом Штарка, пневмодилататором Плюммера. При неудовлетворительном результате – лечение оперативным путем по методу Геллера в модификации Петровского, Колесова, Березова.

Задача № 26

Больной 40 лет полгода назад на работе по ошибке выпил несколько глотков аккумуляторной жидкости. Долго лечился в терапевтическом стационаре. Выписался в хорошем состоянии, без явлений дисфагии. В течении последнего месяца стал отмечать, что с трудом проходит твердая и кашицеобразная пища, появились боли за грудиной, чувство жжения. Отмечает слабость, похудел. Произведено рентгенологическое исследование пищевода, ан. крови, мочи.

Ваш диагноз?

Какие изменения отмечаются на рентгенограмме пищевода, анализах крови и мочи?

Какие дополнительные исследования показаны больному?

Эталон ответа:

У больного рубцовая стриктура пищевода в средней и нижней трети, эзофагит. На рентгенограмме – значительное сужение пищевода на протяжении средней и нижней трети, стенки ровные. Больному показана эзофагоскопия. Для лечения эзофагита – диета, щелочное питье, противовоспалительные смеси до и после приема пищи (альмагель, гидрогортисон, новокаин и др.), ГБО-терапия. Для восстановления проходимости по пищеводу – бужирование по проводнику. При невозможности или неудачи бужирования – эзофагопластика.

Задача № 27

Больной 14 лет аспирировал семечко подсолнуха 2 месяца назад. Через 3 дня семечко было удалено через бронхоскоп, но у больного остался кашель, особенно по утрам, стала появляться в небольшом количестве гнойная мокрота. При малейшем охлаждении на 1-2 дня поднималась субфебрильная температура. При осмотре отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии – укорочение перкуторного звука под левой лопаткой. Аускультативно – ослабление дыхания в нижних отделах левого легкого сзади. Анализ крови без особенностей. При рентгенологическом исследовании: легочные поля прозрачны, но левое легочное поле сужено, приподнята диафрагма и тень средостения смещена влево.

Какой диагноз Вы поставите?

Какие дополнительные исследования проведены больному и как Вы оцените полученные данные?

Как лечить больного?

Эталон ответа:

Аспирация инородных тел у детей нередко приводит к развитию ателектаза, а в дальнейшем – к развитию ателектатических бронхоэктазов. Позднее удаление инородного тела у данного больного, характерная клиническая симптоматика ателектаза позволяют поставить диагноз: «Ателектатические бронхоэктазы нижней доли левого легкого». Подтвердить диагноз можно с помощью бронхографии. На представленной бронхограмме определяются расширенные и сближенные бронхи нижней доли левого легкого (по типу «цилиндрических бронхоэктазов»). Бронхи правого легкого и верхней доли левого легкого не изменены. Больному показано оперативное лечение – нижнедолевая левосторонняя лобэктомия.

Задача № 28

Больному Р., 55 лет 3 года назад выполнена расширенная пульмонэктомия по поводу центрального рака левого легкого. Послеоперационный период осложнился острой эмпиемой остаточной полости. Далее длительное время сохранялось гнойное отделяемое по дренажу. В настоящее время на грудной клетке слева в 5 межреберье по средней подмышечной линии свищевое отверстие до 5 мм в диаметре со слизисто-гнойным отделяемым. При положении на правом боку появляется кашель с гнойной мокротой. Рентгенологически: остаточная полость слева, средостение смещено влево, купол

диафрагмы слева подтянут и деформирован, в нижних отделах полости определяется уровень жидкости.

Ваш диагноз?

Диагностические исследования для подтверждения диагноза?

Эталон ответа:

- 1) Хроническая эмпиема остаточной полости. Бронхо-плевро-кожный свищ.
- 2) Бронхоскопия, фистуло- и культеграфия

Задача № 29

Мужчина 42 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ с жалобами на интенсивные боли в груди справа, усиливающиеся при дыхании, одышку в покое и слабость. Был избит неизвестными, били ногами в область груди справа. Состояние средней степени тяжести. Кожа и слизистые бледные. Пульс 94 в минуту, АД 100 и 70 мм рт ст. Число дыханий 24 в минуту. При пальпации определяется болезненность по ходу 4-5-6-7-8-9 ребер по передней и средней подмышечной линиям. Здесь определяется западение грудной стенки при вдохе. При перкуссии груди в положении лежа определяется притупление перкуторного звука с уровня задней подмышечной линии, при аускультации дыхание ослаблено над всей поверхностью правой половины груди, сзади дыхание не проводится.

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Клинический диагноз.
4. Лечение данного пациента в условиях ЦРБ.
5. Показания и техника выполнения плевральной пункции.
6. Показания к торакотомии при гемотораксе.

Эталон ответа:

1. Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс справа, кровопотеря, шок 1 степени тяжести.

2. Рентгенограмма груди в прямой проекции стоя, ЭКГ, общий анализ крови, кровь на сахар, свертываемость.

3. Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс средней величины, шок 1 степени тяжести.

4. Блокада мест переломов ребер, блокада межреберных нервов по паравертебральной линии на уровне 3-10 межреберий, внутримышечное введение 2 мл 1% раствора промедола, пункция плевральной полости и эвакуация крови из нее, инфузионная терапия кровезамещающими растворами в объеме 2,5 литров в сутки.

5. Пункция плевральной полости показана при гемотораксе. Она выполняется под местной анестезией в 5 межреберье по средней подмышечной линии.

6. Торакотомия не показана при гемотораксе малом и средней величины. При большом и тотальном гемотораксе необходимо сделать торакотомию, убрать излившуюся кровь, найти источник кровотечения, остановить кровотечение, дренировать плевральную полость, зашить торакотомную рану.

Задача № 30

У больного 29 лет, 2 часа тому назад внезапно появилась «кинжальная» боль в эпигастриальной области, а затем по всему животу, больше справа. Ранее, в течении 2 лет, беспокоили изжога, боли натощак ночью. Состояние средней тяжести. Больной стонет. Живот втянут, не участвует в акте дыхания. Пальпаторно резкая болезненность по всему животу, разлитое напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, перкуторно – отсутствие печеночной тупости. Температура тела нормальная. Пульс 56 в 1 мин. Лейкоцитов 8.10 г.л. Для уточнения диагноза произведена обзорная рентгенография брюшной полости.

Какой диагноз Вы поставите больному?

Как Вы оцените рентгенограмму брюшной полости?

Какая тактика в лечении больного?

Эталон ответа:

У больного язвенная болезнь 12-перстной кишки, осложненная прободением. На обзорной рентгенограмме брюшной полости под диафрагмой виден серп газа. Больному показана неотложная операция. Учитывая отсутствие разлитого перитонита (с момента операции прошло 2 часа), необходимо выполнить иссечение язвы, пилоропластику и стволовую ваготомию.

Задача № 31

Больная 56 лет поступила в стационар с приступом острого холецистита. Калькулезным холециститом страдает более 20 лет. Год тому назад, во время одного из приступов, отмечала легкую желтуху, которая прошла через 2 суток. Начато консервативное лечение, однако состояние больной не улучшается. Больную решено оперировать. Во время операции, после удаления желчного пузыря, необходимо убедиться в отсутствии камней в общем желчном протоке.

Какими интраоперационными исследованиями можно определить наличие камней в протоках ?

Как называется исследование, представленное на рентгенограмме?

Как проводится данное исследование. Что обнаружено при его проведении ?

Какие Ваши дальнейшие действия, как надо закончить операцию?

Эталон ответа:

У больной желчнокаменная болезнь, острый калькулезный холецистит. Учитывая наличие в анамнезе эпизода желтухи, во время болевого приступа, во время проведения операции необходима ревизия желчных протоков. Наличие камней в протоках можно определить следующими методами: пальпацией, трансиллюминацией, интраоперационным УЗИ, интраоперационной холангиографией. На представленной интраоперационной холангиограмме, произведенной через культю пузырного протока, определяются дефекты наполнения (камни) в терминальном отделе холедоха. Общий желчный проток расширен, контрастное вещество в 12-перстную кишку не поступает. Необходимо выполнить холедохотомию, удаление камней, промывание холедоха. Убедиться в полном удалении камней и хорошей проходимости общего желчного протока можно с помощью интраоперационной фиброхоледохоскопии и зондирования протоков. Операцию следует закончить дренированием холедоха по Керу или по Вишневскому. К Винслову отверстие следует поставить второй дренаж.

Задача № 32

Больной 38 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, рвоту. Заболевание связывает с употреблением алкоголя. В анамнезе гиперацидный гастрит. Объективно: Состояние средней тяжести, тревожен, отмечены микроциркуляторные нарушения. Желтухи нет. Число дыханий 18 – 20. В легких хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен, влажный. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненность в эпигастрии, где определяется резистентность брюшной стенки, распространяющаяся на правое подреберье. Перкуторно: раздутая поперечно-ободочная кишка. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Желчный пузырь не пальпируется. Печень выступает из под края реберной дуги. Перистальтика выслушивается, но вялая. Перитонеальных симптомов нет. Лейкоцитоз – 13 тыс. Диастаза мочи – 1024 ед. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа нет. УЗИ – желчной гипертензии нет. Желчный пузырь 8 x 2 см, стенка 0,3 см, конкрементов не содержит. Имеется увеличение поджелудочной железы, особенно в области головки и тела с размытостью контуров. Жидкость в сальниковой сумке в виде щели 2,5 x 8 см. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Больному проводилась консервативная терапия с положительной клинической и лабораторной динамикой, однако при контрольном УЗИ через 7 дней отмечено сохранение жидкостного образования в области тела поджелудочной железы 3 x 6 см.

1. Какой основной диагноз заболевания? О каком осложнении основного заболевания можно думать?

2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить больному?

3. Какие основные направления лечения основного заболевания?

4. Ваша тактика относительно образования сальниковой сумки?

5. Какое оперативное лечение показано больному? Сроки его выполнения?

6. Исход данного осложнения? Прогноз? Ваши рекомендации при выписке?

Эталон ответа:

1. Острый панкреатит. Асептический панкреонекроз. Оментобурсит.

2. Общий анализ крови, билирубин, печеночные пробы, амилаза, липаза, сахар крови, ПТИ, фибриноген. Обзорная рентгенография легких, ФГДС, УЗИ, пункция оментобурсита на инфицированность.

3. Борьба с шоком (болью), нормализация объема циркулирующей крови, и нейровегетативных функций; воздействие на местный патологический очаг; Уменьшение эндоинтоксикации; коррекция тромбгеморрагического синдрома; иммунокоррекция; нутритивная поддержка; энерготропная терапия; оперативное лечение по показаниям.

4. Пункция при асептическом воспалении, наружное дренирование при инфицировании.

5. Малоинвазивное вмешательство.

6. Рассасывание образований кисты, инфицирование.

Задача № 33

Больной 50 лет, поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, периодическую рвоту. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последнего месяца. При гастродуоденоскопии обнаружена пенетрирующая язва средней трети желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне, диаметром около 2 см. В крови определяется гастрин 500 пг/л (N 50-200). Исследование желудочной секреции: базальный уровень секреции соляной кислоты 25 ммоль/л (N 5 соотношение базальной и стимулированной 1:5, пангиперхлоргидрический тип), стимулированный – 30 ммоль/л.

1. Ваш диагноз?

2. Какие формы данной патологии существуют?

3. Дифференциальная диагностика.

4. Методы лечения данной патологии.

Эталон ответа:

1. Синдром Золлингера - Эллисона

2. Первый тип. (Гиперплазия G клеток антрального отдела желудка), II тип – опухоль или гиперплазия D клеток ПЖЖ

3. ЯБ, симптоматические язвы, разные типы Золлингера- Эллисона II тип Гастронома – гастрэктомия, I тип – резекция антрального отдела желудка

Задача № 34

У женщины 27 лет, страдающей митральным пороком сердца с мерцательной аритмией, внезапно час назад возникли сильные боли в правой стопе и голени. К моменту осмотра интенсивность болей усилилась. Кожные покровы дистальных отделов правой ноги бледные, холодные на ощупь. Пальпация стопы и голени болезненна. Активные движения стопы ограничены, пассивные – в полном объеме. Тактильная и проприоцептивная чувствительность снижены. Пульсация правой бедренной артерии под паупартовой связкой усилена, на остальных уровнях – отсутствует.

1. Какой Ваш диагноз? Этиология и патогенез данной патологии?

2. Какую классификацию следует применить для формулировки диагноза в данном случае?

3. С какими заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?

4. Какова должна быть лечебная тактика при острой ишемии?

5. Объем медицинской помощи?

6. Меры профилактики повторения этой патологии?

Эталон ответа:

1. Диагноз – митральный порок сердца с мерцательной аритмией. Осложнение — эмболия правой бедренной артерии, стадия Па (В.С.Савельев), субкомпенсированная ишемия (М.Д. Князев).

2. Этиопатогенез эмболии в данном случае – отрыв части пристеночного внутрисердечного тромба и занос этого фрагмента током крови в правую сердечную артерию на уровне отхождения глубокой артерии бедра. Патогенез заболевания – острое кислородное голодание тканей, что приводит к нарушению всех видов обмена веществ.

3. Классификация острой ишемии по В.С. Савельеву: ОИ I – парестезия, легкая боль; ОИ II – нарушение активных движений; ОИ III – субфасциальный отек, мышечная контрактура; ОИ IV – гангрена. Классификация по М.Д.Князеву: компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная ОИ.

4. Острый глубокий тромбофлебит; острый неврит, острый миозит.

5. Тактика – экстренная операция — эмболэктомия.

6. Объем операции зависит от степени тяжести ОИ: при компенсированной ОИ — эмболэктомия с удалением продолженного тромба; при декомпенсированной ОИ тоже самое + полужакнутая фасциотомия голени, детоксикационные мероприятия.

7. Меры профилактики: лечение кардиопатии, включая хирургические методы, плюс медикаментозная терапия антиагрегантами

Задача № 35

Больной 56 лет, страдает облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей на протяжении 4 лет. Неоднократно лечился консервативно по поводу этого заболевания, выписывался с периодическими улучшениями. 2 часа назад у больного внезапно появились резкие боли в правой нижней конечности, отсутствие движений в пальцах правой стопы, потеря чувствительности до нижней трети бедра. Конечность стала холодной до этого уровня. Пульсация бедренной артерии справа сохранена до уровня пупартовой связки, ниже не определяется, слева пульсация сохранена.

Какие осложнения развились у больного?

Как подтвердить Ваше предположение? Какие изменения Вы обнаружили на представленной артериограмме?

Какова лечебная тактика?

Эталон ответа:

У больного тромбоз поверхностной бедренной артерии. Необходима ультразвуковая доплерография, аортоартериография по Сельдингеру через левую бедренную артерию. На представленной артериограмме определяется обрыв контрастированной поверхностной бедренной артерии справа в средней трети, стенки артерии изъеденные, неровные. Больному показано оперативное лечение: при проходимости подколенной артерии голени – аутовенозное шунтирование или протезирование поверхностной бедренной артерии (ПБА). До операции и в послеоперационном периоде – антикоагулянтная терапия.

Задача № 36

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 мезогастрин. Печень не увеличена. При пальцевом исследовании определяется нижний полюс плотной опухоли по задней стенке, на перчатке - кровь. Общий анализ крови: Эритроциты $3,6 \cdot 10^{12}/л$, НЬ - 102 г/л, СОЭ - 25 мм/час. Лейкоциты $7,4 \cdot 10^9 /л$, формула не изменена. При колоноскопии на 7 см от ануса выявлена экзофитная, рыхлая, контактно кровоточащая опухоль до 6 см в диаметре (гистология: высокодифференцированная аденокарцинома). В ободочной кишке, начиная от печеночного изгиба, множество полипов от 0,5 до 2 см в диаметре.

1. Ваш диагноз?

2. Минимальный объем дополнительного обследования для определения лечебной тактики?

3. Характер оперативного пособия при отсутствии распространенности процесса?

Эталон ответа:

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

2. УЗИ, КТ, лимфодуктография, радиоизотопное исследование

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

Критерии оценивания практических задач

Форма проведения текущего контроля	Критерии оценивания
Решения практической задачи	«5» (отлично) – выставляется за полное, безошибочное выполнение задания
	«4» (хорошо) – в целом задание выполнено, имеются отдельные неточности или недостаточно полные ответы, не содержащие ошибок.
	«3» (удовлетворительно) – допущены отдельные ошибки при выполнении задания.
	«2» (неудовлетворительно) – отсутствуют ответы на большинство вопросов задачи, задание не выполнено или выполнено не верно.

Шкала оценки для проведения экзамена по дисциплине

Оценка за ответ	Критерии
Отлично	<ul style="list-style-type: none">– полно раскрыто содержание материала;– материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности;– продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала;– точно используется терминология;– показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации;– продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков;– ответ прозвучал самостоятельно, без наводящих вопросов;– продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач;– продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы;– допущены одна – две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые исправляются по замечанию.
Хорошо	<ul style="list-style-type: none">– вопросы излагаются систематизировано и последовательно;– продемонстрировано умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер;– продемонстрировано усвоение основной литературы.– ответ удовлетворяет в основном требованиям на оценку «5», но при этом имеет один из недостатков: в изложении допущены небольшие пробелы, не исказившие содержание ответа; допущены один – два недочета при освещении основного содержания ответа, исправленные по замечанию преподавателя; допущены ошибка или более двух недочетов при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляются по замечанию преподавателя.
Удовлетворительно	<ul style="list-style-type: none">– неполно или непоследовательно раскрыто содержание материала, но показано общее понимание вопроса и продемонстрированы умения, достаточные для дальнейшего усвоения материала;– усвоены основные категории по рассматриваемому и дополнительным вопросам;– имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании терминологии, исправленные после нескольких наводящих вопросов;– при неполном знании теоретического материала выявлена недостаточная сформированность компетенций, умений и навыков, студент не может применить

	теорию в новой ситуации; – продемонстрировано усвоение основной литературы.
Неудовлетворительно	– не раскрыто основное содержание учебного материала; – обнаружено незнание или непонимание большей или наиболее важной части учебного материала; – допущены ошибки в определении понятий, при использовании терминологии, которые не исправлены после нескольких наводящих вопросов - не сформированы компетенции, умения и навыки, - отказ от ответа или отсутствие ответа

АНЮОВО "ФНММ"

ЛИСТ ДОПОЛНЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ
рабочей программы дисциплины

Рабочая программа дисциплины рассмотрена на заседании кафедры (протокол от _____ №____) и одобрена на заседании Ученого совета (протокол от _____ №____) для исполнения в 20__-20__ учебном году

Внесены дополнения (изменения): _____

Заведующий кафедрой

(подпись, инициалы и фамилия)

Рабочая программа дисциплины рассмотрена на заседании кафедры (протокол от _____ №____) и одобрена на заседании Ученого совета (протокол от _____ №____) для исполнения в 20__-20__ учебном году

Внесены дополнения (изменения): _____

Заведующий кафедрой

(подпись, инициалы и фамилия)

Рабочая программа дисциплины рассмотрена на заседании кафедры (протокол от _____ №____) и одобрена на заседании Ученого совета (протокол от _____ №____) для исполнения в 20__-20__ учебном году

Внесены дополнения (изменения): _____

Заведующий кафедрой

(подпись, инициалы и фамилия)

Рабочая программа дисциплины рассмотрена на заседании кафедры (протокол от _____ №____) и одобрена на заседании Ученого совета (протокол от _____ №____) для исполнения в 20__-20__ учебном году

Внесены дополнения (изменения): _____

Заведующий кафедрой

(подпись, инициалы и фамилия)