

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

Утверждаю
Ректор АНО ВО «НМИ»

С.С. Наумов

«__» _____ 2026 года

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Б1.О.17 КЛИНИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

по специальности **30.05.02** Медицинская биофизика
программа подготовки специалитет

Форма обучения: очная
год начала подготовки 2026

Невинномысск, 2026

Рабочая программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного стандарта высшего образования специальности 30.05.02 Медицинская биофизика, утвержденный приказом Минобрнауки России от 13.08.2020 г. № 1002 и учебного плана Автономной некоммерческой организации высшего образования «Невинномысский медицинский институт»

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель: научить студентов умению диагностировать хирургические болезни, определять выбор метода их лечения и профилактики.

Задачи:

- сформировать систему знаний о принципах диагностики и дифференциальной диагностики хирургических 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 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. 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-3 Способен использовать специализированное диагностическое и лечебное оборудование, применять медицинские изделия, лекарственные средства, клеточные продукты и генно-инженерные технологии, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи	ОПК-3.1 Использует специализированное диагностическое и лечебное оборудование в соответствии с существующими нормами и правилами.	Знать: общехирургический и специальный хирургический инструментарий; Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.); Владеть: навыками использования хирургического инструментария;
	ОПК-3.2 Применяет медицинские изделия, лекарственные средства, клеточные продукты и генно-инженерные технологии, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи	Знать: лекарственные средства, клеточные продукты и генно-инженерные технологии, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи;

		Уметь: оценивать тяжесть состояния больных, а также данные лабораторных, рентгенологических и инструментальных исследований Владеть: навыками использования медицинских изделий, лекарственных средств, клеточных продуктов и генно-инженерных технологий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи
ПК-1. Проведение обследования пациента с целью установления диагноза	ПК-1.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализирует полученную информацию.	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.
	ПК-1.2. Проводит полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретирует его результаты	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.

3. Место дисциплины в структуре образовательной программы

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

Дисциплина «Клиническая хирургия» изучается в 8, 9, 10 семестрах очной формы обучения.

4. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических или астрономических часов и видов учебных занятий

4.1 Структура дисциплины

Вид учебной работы	Всего часов	8 семестр	9 семестр	10 семестр
1. Контактная работа обучающихся с преподавателем:	216	72	72	72
Аудиторные занятия всего, в том числе:	216	72	72	72
Лекции	54	18	18	18
Практические занятия	162	54	54	54
2. Самостоятельная работа	144	36	72	36
Контроль	36	-	зачет	36
ИТОГО:	396	108	144	144
Общая трудоемкость	11	3	4	4

5. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
8 семестр		
Тема 1 Острый аппендицит	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с острым аппендицитом. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с острым аппендицитом. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с подозрением на острый аппендицит. Лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи пациенту с подозрением на острый аппендицит. Дифференциальная диагностика острого аппендицита. Классификация	ОПК-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.

	острого аппендицита с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Виды операций и техника оперативного лечения при остром аппендиците с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Особенности лечения острого аппендицита у детей, беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения.	
Тема 2. Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с острым холециститом. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с ЖКБ и острым холециститом. Формулировка предварительного диагноза при ЖКБ и остром холецистите. План лабораторного и инструментального обследования пациента с острым холециститом. Лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи пациенту с ЖКБ и острым холециститом. Инструментальное обследование пациента с острым калькулезным холециститом в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Показания для консультации гастроэнтеролога и литолитической терапии у пациентов с ЖКБ в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Тактика оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при остром холецистите в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Группы лекарственных препаратов для лечения пациента с острым холециститом с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Методы оперативного лечения ЖКБ и острого холецистита с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	ОПК-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.
Тема 3. Острый панкреатит.	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с острым панкреатитом. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с острым панкреатитом. Формулировка предварительного диагноза согласно современной классификации острого панкреатита. План лабораторного и инструментального обследования пациента с острым панкреатитом. Какое лабораторное обследование с учетом национальных клинических рекомендаций показано пациенту с острым панкреатитом. Инструментальное обследование пациента с острым панкреатитом в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Тактика оказания	ОПК-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.

	специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при остром панкреатите в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Показания для оперативного лечения при остром панкреатите. План лечения пациента с острым панкреатитом с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Группы лекарственных препаратов для лечения пациента с острым панкреатитом с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Критерии оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов у пациентов с острым панкреатитом.	
Тема 4. Острая кишечная непроходимость (ОКН)	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с ОКН. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с ОКН. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с ОКН. Инструментальное обследование пациента с ОКН в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Тактика оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при ОКН в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Методы оперативного лечения ОКН с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Особенности лечения ОКН опухолевого генеза	ОПК-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.
Тема 5. Перитонит.)	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с перитонитом. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с перитонитом. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с перитонитом. Дифференциальная диагностика перитонита. Современная классификация перитонита с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Хирургическая тактика лечения перитонита с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	ОПК-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.
Тема 6. Вентральные грыжи (ВГ)	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с ВГ. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с ВГ. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с ВГ. Дифференциальная диагностика ВГ. Современная классификация ВГ с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Определение показаний к оперативному лечению ВГ с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в	ОПК-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.

	соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Оперативные вмешательства при отдельных видах ВГ. Распознавание осложнений вентральных грыж: невправимость, копростаз, ущемление. Виды ущемления грыж. Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при различных видах ущемления грыж	
9 семестр		
Тема 7. 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. Принципы хирургической тактики. Хирургическое лечение. Сроки операции. Результаты лечения портальной гипертензии	ОПК-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.
Тема 8. Хирургия осложнений язвенной болезни (ОЯБ)	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациентов с ОЯБ (перфорация, пенетрация, язвенное гастродуоденальное кровотечение, пилорoduоденальный стеноз, малигнизация язвы). Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациентов с ОЯБ (перфорация, пенетрация, язвенное гастродуоденальное кровотечение, пилорoduоденальный стеноз, малигнизация язвы). Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с ОЯБ (перфорация, пенетрация, язвенное гастродуоденальное кровотечение, пилорoduоденальный стеноз, малигнизация язвы). Инструментальное обследование пациента с ОЯБ (перфорация, пенетрация, язвенное гастродуоденальное кровотечение, пилорoduоденальный стеноз, малигнизация язвы) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Дифференциальная диагностика ОЯБ. Современная классификация ОЯБ с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Показания к оперативному лечению при ОЯБ с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Резекция желудка. Органосохраняющие операции.	ОПК-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.
Тема 9. 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-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.
Тема 10. Рак желудка (РЖ)	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с РЖ. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с РЖ. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с РЖ. Инструментальное обследование пациента с РЖ в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Дифференциальная диагностика РЖ. Современная классификация РЖ с учетом действующей	ОПК-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.

	международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Пути метастазирования при РЖ. Радикальные и паллиативные оперативные вмешательства при РЖ с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	
Тема 11. Острые нарушения мезентериального кровообращения (ОНМК)	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с ОНМК. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с ОНМК. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с ОНМК. Инструментальное обследование пациента с ОНМК в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Дифференциальная диагностика ОНМК. Современная классификация ОНМК с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Тактика оперативного лечения при ОНМК с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	ОПК-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.
Тема 12. Острые венозные тромбозы (ОВТ) и их осложнения. Тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА)	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с ОВТ и ТЭЛА. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с ОВТ и ТЭЛА. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с ОВТ и ТЭЛА. Инструментальное обследование пациента с ОВТ и ТЭЛА в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Группы лекарственных препаратов для лечения пациента с ОВТ с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Антикоагулянтная терапия ОВТ. Тромболитическая терапия при ОВТ и ТЭЛА Методы хирургической профилактики ТЭЛА с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	ОПК-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.
Тема 13. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей (ХВН)	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с ХВН. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с ХВН. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с ХВН. Инструментальное обследование пациента с ХВН в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Современная классификация ХВН с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Группы лекарственных препаратов для лечения пациента с ХВН с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с	ОПК-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.

	действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Склеротерапия при ХВН. Компрессионная терапия ХВН с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Методы оперативного лечения ХВН с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	
Тема 14. Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (ОЗАНК)	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с ОЗАНК. Данные полного физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) пациента с ОЗАНК. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с ОЗАНК. Инструментальное обследование пациента с ОЗАНК в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. 2 29 Дифференциальная диагностика ОЗАНК. Современная классификация ОЗАНК с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Группы лекарственных препаратов для лечения пациента с ОЗАНК с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Профилактика ОЗАНК. Методы оперативного лечения ОЗАНК с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Эндовазальные методы лечения ОЗАНК с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	ОПК-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.
Тема 15. Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Аневризмы аорты и артерий (ОАНАНК).	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с ОАНАНК. Перечислите данные физикального обследования пациента с ОАНАНК. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с ОАНАНК. Инструментальное обследование пациента с ОАНАНК в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Дифференциальная диагностика ОАНАНК. Современная классификация ОАНАНК с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Тактика и методы оперативного лечения ОАНАНК с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	ОПК-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.

Тема 16. Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Аневризмы аорты и артерий (ОАНАНК).	Жалобы, особенности анамнеза заболевания пациента с ОАНАНК. Перечислите данные физикального обследования пациента с ОАНАНК. Формулировка предварительного диагноза, план лабораторного и инструментального обследования пациента с ОАНАНК. Инструментальное обследование пациента с ОАНАНК в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Дифференциальная диагностика ОАНАНК. Современная классификация ОАНАНК с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Тактика и методы оперативного лечения ОАНАНК с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	
10 семестр		
Тема 17. Значение внутрисосудистых 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-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.
Тема 18. 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 оперативного вмешательства, выбор метода оперативного вмешательства. Результаты лечения острых гнойных заболеваний легких и плевры.	ОПК-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.
Тема 19. 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-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.

Тема 20. Исследование моторной функции желудка. Исследование секреторной функции желудка	Принцип метода иономанометрии различных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), его значение в определении различных параметров моторной и эвакуаторной функции. Признаки функционального состояния желудка по данным иономанометрии. Характерные особенности моторной функции желудка при язвенном пилородуоденальном стенозе. Особенности функционального состояния желудка и ДПК, полученные при иономанометрии, 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 стаза 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-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.
Тема 21. 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-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.
Тема 22. Рак прямой кишки. Осложнения рака ободочной кишки	классификация, методы диагностики, вопросы хирургической тактики	ОПК-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.
Тема 23. Хронический парапроктит. Геморрой	клиническая картина, методы диагностики, вопросы хирургической тактики	ОПК-3.1 ОПК-3.2 ПК-5.1. ПК-5.2.
Тема 24. Синдром механической желтухи	Диагностика и хирургическая тактика. Эндоскопические методы диагностики и лечения	ОПК-3.1 ОПК-3.2

		ПК-5.1. ПК-5.2.
--	--	--------------------

5. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся

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

6. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации

В соответствии с требованиями ФГОС ВО для аттестации студентов на соответствие их персональных достижений поэтапным требованиям программы курса, проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации созданы фонды оценочных средств, которые включают: контрольные вопросы к практическим работам, тестовые задания, вопросы к экзамену и другие формы контроля, позволяющие оценить степень сформированности компетенций обучающихся.

Образец типовых практических заданий

1. Гнойный холангит чаще всего является следствием:

1. Холедохолитиаза и стриктуры гепатикохоледоха
2. Хронического бескаменного холецистита
3. Рака поджелудочной железы
4. Индуративного панкреатита
5. Дискинезии желчного пузыря

2. При выборе сроков оперативного вмешательства у больного с острым деструктивным холециститом определяющими факторами будет развитие всего, кроме:

1. Острого подпеченочного абсцесса, панкреатита
2. Перитонита
3. Наружного желчного свища
4. Перфорации желчного пузыря
5. Количества лейкоцитов в крови

3. Решая вопрос о срочности хирургического вмешательства при остром холецистите, в первую очередь следует ориентироваться на:

1. Выраженность болевого синдрома
2. Температурную реакцию
3. Выраженность симптома Мэрфи
4. Выраженность перитонеальных симптомов
5. Величину желчного пузыря

4. Укажите вид дренажа, не являющегося дренажом холедоха:

1. Дренаж Кера
2. Дренаж Вишневого
3. Дренаж Спасокукоцкого
4. Дренаж Холстеда
5. Все ответы неверные

5. Клиническая картина гнойного холангита характеризуется всеми нижеперечисленными признаками, кроме:

1. Озноба
2. Гектической температуры
3. Пареза кишечника

4. Умеренных болей в правом подреберье

5. Желтухи

6. Какова тактика ведения этого больного?

1. Экстренная операция.

2. Консервативное лечение в отделении хирургии.

3. Лапароскопическое дренирование брюшной полости, консервативное лечение в отделении реанимации.

4. Операция показана при неэффективности консервативной терапии в течение 12 часов.

5. Все ответы верны.

7. Осложнениями острого панкреатита может быть все нижеперечисленное, кроме:

1. Панкреатогенного абсцесса.

2. Печечно-почечной недостаточности.

3. Мезентериального тромбоза, инфаркта кишечника.

4. Псевдокисты поджелудочной железы.

5. Перитонита.

8. Какова тактика ведения этого больного?

1. Экстренная операция.

2. Консервативное лечение в отделении хирургии.

3. Лапароскопическое дренирование брюшной полости, консервативное лечение в отделении реанимации.

4. Операция показана при неэффективности консервативной терапии в течение 12 часов.

5. Все ответы верны.

9. Больному с раком слепой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью, в ранние сроки заболевания рациональнее всего выполнить следующую операцию:

1. Правостороннюю гемиколэктомию с илиотрансверзоанастомозом;

2. Наложение илиостомы;

3. Наложение цекостомы;

4. Операцию Гартмана;

5. Операцию Микулича.

10. Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме:

1. Постепенного нарастания симптомов;

2. Вздутия живота;

3. Появления чаш Клойбера;

4. Задержки стула;

5. Быстрого обезвоживания

11. В дифференциальной диагностике перитонита аппендикулярного и гинекологического происхождения наиболее точным методом является:

1. Лапароскопия.

2. Ультрасонография.

3. Пункция заднего свода влагалища.

4. Обзорный снимок брюшной полости.

5. Лапароцентез

12. У больного 60 лет, страдающего аденомой предстательной железы, обнаружена прямая паховая грыжа. Количество остаточной мочи - 100 мл. Ваши рекомендации?

1. Направить на операцию грыжесечения;

2. Операцию грыжесечения рекомендовать после аденомэктомии;

3. Показано только консервативное лечение;

4. Рекомендовать операцию грыжесечения, а затем аденомэктомию;

5. Все ответы правильные.

13. У больного с ущемленной паховой грыжей при транспортировке в хирургическое отделение произошло самопроизвольное вправление грыжевого содержимого. Ваша дальнейшая тактика?

1. Экстренная операция;
2. Отказать в госпитализации, операция в плановом порядке;
3. Экстренная лапароскопия;
4. Показано динамическое наблюдение за больным в стационаре;
5. Все ответы неправильные.

14. Скользящая грыжа – это:

1. Когда грыжевое содержимое проходит через лакунарную связку;
2. Когда содержимым грыжевого мешка является Меккелев дивертикул;
3. Когда одной из стенок грыжевого мешка является мочевого пузыря;
4. Когда содержимым грыжевого мешка является червеобразный отросток;
5. Всё перечисленное неверно.

15. Выберите основной признак скользящей грыжи:

1. Выходит в поясничной области;
2. Выходит между мышцами;
3. Одной из стенок грыжевого мешка является орган, частично покрытый брюшиной;
4. Выходит через лакунарную связку;
5. Стенкой грыжевого мешка является париетальная брюшина.

16. Первичная локализация болей при остром аппендиците чаще всего бывает

1. в поясничной области;
2. в области пупка;
3. в эпигастриальной области;
4. в нижних отделах живота;
5. в правой подвздошной области.

17. На клинические проявления острого аппендицита не влияет только:

1. степень морфологических изменений в отростке;
2. длительность заболевания;
3. локализация червеобразного отростка;
4. пол больного;
5. наличие сопутствующих заболеваний.

18. Специфическими симптомами острого аппендицита являются

1. симптом Кохера – Волковича;
2. симптом Образцова;
3. симптом Ситковского; симптом Ровзинга;
4. все указанные симптомы;
5. ни один из них

19. Хронический калькулезный холецистит – показание

1. для экстренной операции;
2. для плановой операции;
3. для консервативной терапии;
4. для применения препаратов хенодесоксихолиевой кислоты (хенофальк), способных стабилизировать холестерин-холатный коэффициент;

20. Какова тактика хирурга при остром холецистите, если отсутствуют симптомы раздражения брюшины и интоксикации?

1. Неотложная операция.
2. Консервативное лечение.
3. Динамическое наблюдение на фоне консервативной терапии, выполнение операции при отсутствии эффекта от проводимого лечения в течение 72 часов.
4. Динамическое наблюдение на фоне консервативной терапии, выполнение операции при отсутствии эффекта от проводимого лечения в течение 24 - 48 часов.
5. Динамическое наблюдение на фоне консервативной терапии, выполнение операции при отсутствии эффекта от проводимого лечения в течение 12 часов.

21. Укажите максимально возможные сроки лечения больного с приступом острого холецистита при отсутствии эффекта от проводимой терапии.

1. менее суток.
2. 1 сутки.
3. 2 суток.
4. 3 суток.
5. 4 - 6 дней.

22. Укажите наиболее неблагоприятные сроки для операции при хирургическом лечении острого холецистита.

1. 2—3 суток.
2. 4—6 суток.
3. 12—14 дней.
4. 15 – 21 день.
5. Через четыре недели.

23. Из наружных грыж у мужчин реже всего встречается:

1. паховая
2. бедренная
3. белой линии живота
4. пупочная
5. послеоперационная

24. Боли при хронической язвенной болезни локализуются в:

1. эпигастральная область
2. правое подреберье
3. левое подреберье
4. правая подвздошная область
5. левая подвздошная область

25. Операция при остром аппендиците противопоказана при:

- 1) двусторонней плевропневмонии
- 2) остром инфаркте миокарда
- 3) беременности сроком 36–40 недель
- 4) плотном аппендикулярном инфильтрате
- 5) гемофилии

26. Что такое рихтеровское ущемление?

1. ущемление кишечника в области дуоденально-тощечного перехода;
2. ущемление перекрученной сигмовидной кишки;
3. ущемление желудка в диафрагмальной грыже;
4. пристеночное ущемление кишки;
5. ущемление Меккелева дивертикула.

27. Какова тактика ведения больного острым геморрагическим панкреатитом?

1. экстренная операция;
2. строго консервативное лечение;
3. консервативное лечение; при отсутствии эффекта – операция;
4. все верно;
5. все неверно.

28. Рецидивирующий панкреатит развивается после:

1. резекции желудка;
2. перенесенного острого панкреатита;
3. холецистэктомии;
4. резекции поджелудочной железы

29. Для ложной кисты поджелудочной железы характерно:

1. наличие капсулы, не имеющей эпителия внутри;
2. наличие капсулы, имеющей эпителий внутри;
3. развитие после возникновения острого воспаления в желчном пузыре;
4. возникновение у больных с хроническим панкреатитом.

30.Эндоскопическая панкреатикография позволяет определить

1. размеры поджелудочной железы;
2. форму поджелудочной железы;
3. состояние протоковой системы поджелудочной железы;
4. все верно.

Эталон ответа

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	3	4	3	3	3	3	3	1	5
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2	4	3	3	3	4	5	2	3
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
2	1	2	5	4	4	3	2	1	3

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 для подготовки к экзамену

Задача № 1

Больной, 48 лет, страдающий в течение многих лет язвенной болезнью желудка, отметил, что боли у него не стали зависеть от приема пищи, стали постоянными и менее интенсивными. Отметил слабость, недомогание, упадок сил. Похудел на 5 кг. Обращало на себя внимание снижение общей кислотности желудочного сока с 90 до 40 и появление в желудочном соке большого количества молочной кислоты. РОЭ 40 мм/час.

О каком осложнении язвенной болезни можно думать?

Какими диагностическими средствами можно воспользоваться для подтверждения вашего предположения?

Какова Ваша тактика в лечении данного больного?

Эталон ответа:

малигнизация. ФГДС с биопсией из 8 точек. Хирургическое лечение в плановом порядке

Задача № 2

При постановке диагноза у больной, 58 лет, поступившей в клинику в порядке оказания экстренной помощи, были значительные затруднения. Одни высказывались за перфоративную язву желудка, другие за перфорацию желчного пузыря, третьи - за острый панкреатит. Поскольку явления раздражения брюшины были ярко выражены, решено было больную срочно оперировать. Как только была произведена лапаротомия, всем заинтересованным лицам стало ясно, что имеет место острый панкреатит.

Какие признаки после вскрытия брюшины заставили убедиться в данном диагнозе?

Эталон ответа:

геморрагический выпот, стеариновые бляшки на висцеральной брюшине, после вскрытия сальниковой сумки возможна визуализация поджелудочной железы и её изменения (отёк, геморрагическое пропитывание ,очаги некроза).

Задача № 3

Больной, 48 лет, отмечает в течение 7—8 месяцев недомогание, упадок сил, слабость. Постоянное ощущение дискомфорта в желудке. Теряет в массе. Периодически бывают субиктеричность, иногда ознобы и субфебрильная температура, 2 месяца назад появилась иктеричность склер, которая постепенно нарастает. За последние 2 недели дважды появлялись приступы интенсивных болей в правом подреберье с повышением температуры до 38,5°C. При осмотре: больной удовлетворительного питания, у него отмечается желтушное окрашивание кожных покровов. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий. В правом подреберье пальпируется огурцевидной формы, слегка болезненное образование. Отмечается ахоличный стул. Лейкоцитов 12×10^9 /л, СОЭ 48 мм\ час. Билирубин крови 30 ммоль/л. Кал слабо окрашен.

Ваш диагноз и тактика лечения?

Эталон ответа:

рак головки поджелудочной железы. Оперативное лечение.

Задача № 4

У ребенка, 3 лет, среди полного здоровья появились сильные боли в животе, продолжавшиеся несколько минут. Во время приступа ребенок побледнел, ручками держался за живот, сучил ножками. Приехавший на вызов врач «скорой помощи» нашел ребенка спокойно играющим, при осмотре ребенка никакой патологии у него не обнаружил и уехал. Приблизительно через час болевой приступ повторился. После третьего приступа, появившегося через полчаса и столь же кратковременного, ребенок был госпитализирован в хирургическое отделение. В стационаре у ребенка был стул с примесью крови и слизи. Температура оставалась нормальной, пульс 100 ударов в минуту. Язык несколько суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. При ректальном исследовании патологии не определяется, на пальце, извлеченном из заднего прохода, видна кровь. Лейкоцитов $10,2 \times 10^9$ /л.

Какова должна быть тактика врача скорой помощи при первой встрече с больным?

Ваш предположительный диагноз?

Какое уточняющее диагностическое исследование следует предпринять?

Эталон ответа:

1. направление в дежурный хирургический стационар
2. инвагинация
3. Рентгенконтрастная Ирригоскопия с сульфатом бария

Задача № 5

Больная, 65 лет, страдающая гипертонической болезнью и мерцательной аритмией, поступила через 3 часа от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие острые жестокие боли в животе постоянного характера, без четкой локализации. Больная громко стонет, вызывает о помощи, мечется, принимает коленно-локтевое положение. В момент поступления у больной наблюдалась многократная рвота кишечным содержимым, не приносящая облегчения, частый и водянистый стул с небольшой примесью крови. Общее состояние больной тяжелое, лицо бледное, покрыто потом, ЧСС 112/мин. АД 160/90 мм.рт.ст. (для данной больной сниженное), температура 36,4, язык суховат. Живот участвует в акте дыхания, не вздут, симметричен. При пальпации: живот мягкий, боли не усиливаются; при перкуссии: участки тимпанита чередуются с участками притупления перкуторного звука; перистальтика не выслушивается, хотя больная утверждает, что вскоре после начала заболевания она слышала громкое урчание кишечника. При пальцевом ректальном исследовании никакой патологии не установлено. Лейкоцитов 21×10^9 /л, эр. 5×10^{12} /л.

Ваш диагноз?

С чем нужно дифференцировать?

Какова лечебная тактика?

Эталон ответа:

диагноз – тромбоз мезентериальных сосудов. Дифференцировать с расслаивающей аневризмой аорты, пищевой токсикоинфекцией, другими видами кишечной непроходимости. Тактика – лапаротомия, резекция кишечника.

Задача № 6

У больного, 40 лет, 2 месяца назад появилась прогрессирующая дисфагия. Он похудел, но аппетит сохраняется хорошим, никаких изменений в анализе крови не обнаружено. При рентгенологическом исследовании в нижней трети пищевода обнаружен довольно большой «дефект наполнения» со стороны левой стенки пищевода, но контуры «дефекта» ровные, хотя перистальтика на этом уровне отсутствует.

Наличие какого заболевания можно предположить у больного?.

С помощью каких методов исследования можно это подтвердить?

Как лечить больного?

Эталон ответа:

- доброкачественная опухоль пищевода
- фиброэзофагоскопия с биопсией
- операция – резекция пищевода

Задача № 7

Вратарь, 22 лет, получил сильный удар мячом в эпигастральную область. Через час доставлен в приемный покой в тяжелом состоянии. Жалуется на резчайшие нарастающие боли в эпигастральной области. Боли постепенно приобрели опоясывающий характер. Появилось затрудненное дыхание. Состояние больного прогрессивно ухудшается. Он бледен. Выражен акроцианоз. Покрит липким потом. Пульс слабого наполнения, 140 ударов в I минуту. Живот слегка вздут, имеется напряжение мышц и резкая болезненность в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга здесь слабо выражен. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Эр. 3,5 x10¹²/л, Нв 86,9 г/л.

Ваш диагноз?

Тактика лечения?

Эталон ответа:

закрытая травма поджелудочной железы. Экстренная операция: ревизия, дренирование сальниковой сумки.

Задача № 8

Больная, 38 лет, третий раз за 2 последних года доставляется в клинику с приступом холецистита. Поступила с явлениями раздражения брюшины, которые постепенно нарастают. Выражена и становится интенсивнее желтушность кожных покровов. Билирубин крови 36 ммоль/л. В моче уробилина нет. Кал частично обесцвеченный. К концу 2-х суток решено больную оперировать.

Какая операция в данном случае будет выполнена?

К какой интраоперационной диагностике следует обязательно прибегнуть?

Эталон ответа:

оперативное лечение в экстренном порядке – лапаротомия, холецистэктомия, холангиография, ревизия и дренирование желчевыводящих путей, дренирование брюшной полости.

Задача № 9

У ребёнка в возрасте 3 месяцев, страдающего запорами, в области пупка появилось выпячивание размером 1,5x1,5 см, мягкоэластической консистенции, увеличивающееся при плаче. В горизонтальном положении при спокойном состоянии ребёнка это образование самостоятельно исчезает. Тогда можно установить, что пупочное кольцо диаметром 1 см.

Ваш диагноз и тактика лечения?

Эталон ответа:

пупочная грыжа. Консервативное лечение.

Задача № 10

У больной 32 лет во время операции, предпринятой по поводу острого аппендицита, никаких макроскопических изменений в отростке не найдено. При ревизии брюшной полости обнаружено большое количество увеличенных от 0,5 до 3 см лимфатических узлов в брыжейке тонкого кишечника.

Какое заболевание у больной?

Существуют ли отличительные признаки этого заболевания? Как следует поступить во время операции?

Эталон ответа:

У пациентки острый (неспецифический) мезаденит. При данном заболевании отмечается отек брыжейки тонкой кишки, в которой, чаще в области илеоцекального угла, обнаруживаются увеличенные лимфатические узлы мягкой консистенции. При гнойном мезадените на месте лимфатических узлов образуется инфильтрат с некрозом и гнойным расплавлением. Гистологически в лимфатических узлах брыжейки кишечника выявляются лимфоидная гиперплазия, лейкоцитарная инфильтрация. Пациентке следует выполнить аппендэктомию. Дальнейшее лечение консервативное.

Задача № 11

Больной 36 лет поступил через 4 ч от начала заболевания. Заболевание началось очень остро, резкими болями в эпигастральной области, была однократная рвота. Больной находился в квартире один и смог вызвать врача только через 3 ч. В момент осмотра общее состояние больного удовлетворительное, жалуется на боли в правой подвздошной области, где имеется резкая локальная болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина — Блюмберга. Температура 37,3°C, пульс 100 в минуту. Лейкоцитов в крови 15,0 · 10³ в 1 мкл. Положительным оказался и симптом Ровзинга. Был поставлен диагноз острого аппендицита, и больной взят на операцию. Однако после вскрытия брюшной полости выделилось значительное количество мутной жидкости с примесью кусочков непереваренной пищи.

Каков правильный диагноз?

Почему ошибся хирург?

Что следует предпринять?

Эталон ответа:

Перфорация полого органа, перитонит. Диагноз острый аппендицит был поставлен на основании симптома Кохера, а также локализации болей в правой подвздошной области, положительного симптома раздражения брюшины. Вероятно, выпот локализовался в данной области, т.к. это одно из типичных мест скопления экссудата, выпота в брюшной полости. Показана лапаротомия с ревизией и интраоперационном принятии решения об объеме операции.

Задача № 12

Больной 26 лет поступил на 4-й день заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у больного острый аппендицит. Однако в правой подвздошной области отчетливо определяется плотное, неподвижное образование размером 10×12 см, прилежащее к гребешку подвздошной кости, болезненное при пальпации. Общее состояние больного вполне удовлетворительное, перитонеальные симптомы не выражены.

Какой диагноз вы поставите?

Как будете лечить больного?

Эталон ответа:

Аппендикулярный инфильтрат. Рекомендована антибактериальная терапия, щадящая диета, ограничение физ. нагрузки. Плановое оперативное лечение через 4 месяца.

Задача № 13

У больного с четко отграниченным аппендикулярным инфильтратом, субфебрильной температурой и значительно улучшившимся в процессе лечения состоянием на 5-е сутки после поступления и на 10-е сутки от начала заболевания внезапно появились сильные боли в животе, температура стала повышаться, появилась жажда, тахикардия, язык стал сухим, была однократная рвота. Живот вздут, резко болезнен во всех отделах, брюшная стенка ограничена в подвижности при дыхании, определяется разлитой симптом Щеткина — Блюмберга. Лейкоцитоз возрос с 10,0 · 10³ до 18,0 · 10³ в 1 мкл (10 000—18 000 по старой системе).

Какое осложнение наступило у больного?

Что следует предпринять?

Эталон ответа:

Перфорация инфильтрата. Показано экстренное оперативное вмешательство- лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, интраоперационное принятие решения об объеме операции.

Задача № 14

У больного 56 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры до 38,5°C, напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. Положительный симптом Щеткина—Блюмберга в правом подреберье. Проводимые консервативные мероприятия (антибиотики, спазмолитики, новокаиновая блокада) не дают в течение 3 сут каких-либо положительных результатов. Лейкоцитоз крови колеблется от 15,0-10³ до 18,0-10³ в 1 мкл.

Ваш диагноз и тактика лечения?

Эталон ответа:

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

Задача № 15

Больному во время операции по поводу острого калькулезного холецистита после холецистэктомии через культю пузырного протока произведена холангиография. На рентгенограмме определяются расширенные печеночные протоки и общий желчный проток. В начале общего желчного протока виден как бы обрыв контрастного вещества, дальше общий желчный проток не контрастируется и в двенадцатиперстную кишку контрастное вещество не поступает.

Как вы расцениваете данные холангиограммы?

Каковы ваши дальнейшие действия?

Как вы закончите операцию?

Эталон ответа:

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

Задача № 16

Больная 56 лет поступила в стационар с картиной обострения хронического холецистита на вторые сутки от начала приступа. Общее состояние больной было удовлетворительным. Температура 38,1°C. Пульс 92 в минуту. Живот болезнен только в правом подреберье, где определялось умеренно выраженное защитное мышечное напряжение и положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Остальные отделы живота оставались спокойными. Больная получала консервативное лечение. Внезапно состояние больной резко ухудшилось: появились сильные боли в животе, чувство страха, больная побледнела, появились одышка и рвота, температура повысилась до 40°C. Пульс стал 120 в минуту. Лейкоцитоз увеличился с 9,0 10³ до 25,0 10³ в 1 мкл. Живот вздут, определяется разлитая болезненность и положительный симптом Щеткина—Блюмберга во всей правой половине живота.

Что произошло с больной?

Какова должна быть тактика хирурга?

Эталон ответа:

Развилось осложнение – перфорация желчного пузыря, разлитой перитонит. Показано экстренное хирургическое лечение в объеме - лапаротомия, холецистэктомия, ревизия желчевыводящих протоков (например, интраоперационная холангиография), дренирование ложа удаленного пузыря, брюшной полости.

Задача № 17

Больная 45 лет оперирована по поводу острого холецистита. Проведена холецистэктомия. Удаление пузыря протекало с большими техническими трудностями. В области шейки пузыря была значительная инфильтрация тканей. Пузырный проток

короткий, но его удалось перевязать двумя лигатурами. Однако хорошо перитонизировать ложе пузыря и культю его не удалось.

Как вы закроете брюшную полость?

Эталон ответа:

Послойное ушивание послеоперационной раны, дренирование ложа удаленного желчного пузыря

Задача № 18

У больного 51 года, злоупотреблявшего алкоголем, внезапно появились резкие боли в эпигастрии, которые, как бы опоясывая, отдавали в спину. Температура оставалась нормальной. Появилась многократная рвота, не дающая облегчения. При осмотре выявлялась небольшая болезненность в эпигастральной области. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Диастаза в моче 4096 ед. Консервативные мероприятия (паранефральная двусторонняя блокада, антибиотики, спазмолитики, обезболивающие, введение парентерально большого количества жидкостей — физиологического раствора и 5% раствора глюкозы) улучшения не дали. На следующие сутки состояние больного ухудшилось: участился пульс до 120 в минуту, артериальное давление упало до 70/40 мм рт. ст. Появились симптомы раздражения брюшины. Диастаза в моче стала 8ед.

Каким образом следует расценить течение заболевания и какова должна быть тактика лечения?

Эталон ответа:

Оценить состояние можно как развитие септического панкреонекроза, стадии гнойных осложнений. Больному показано экстренное оперативное лечение-при наличии очагового некрозанекрэктомия или резекция, сквозное дренирование сальниковой сумки, забрюшинного пространства, брюшной полости, лапаростома.

Задача № 19

У больной 49 лет после приема обильной мясной, жирной и пряной пищи внезапно появился приступ жестокой опоясывающей боли в эпигастральной области, многократная рвота. Температура оставалась нормальной. При пальпации эпигастральной области умеренная болезненность. Диастаза мочи 1024 единицы. Проводимое консервативное лечение в течение суток привело к улучшению состояния: боли стали значительно меньше, прекратилась рвота. Живот стал мягким, легкая болезненность в эпигастральной области еще оставалась. Симптомов раздражения брюшины не выявлялось. Диастаза мочи стала 256 ед.

Ваш диагноз и тактика лечения?

Эталон ответа:

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

Задача № 20

Больной П., 58 лет оперирован в экстренном порядке через 36 часов от начала заболевания по поводу прободной язвы желудка, осложненной разлитым гнойно - фибринозным перитонитом. Выполнено ушивание язвы, дренирование брюшной полости. Течение послеоперационного периода тяжелое. Несмотря на проводимую интенсивную терапию на четвертые сутки после операции у больного сохраняются боли в животе без четкой локализации, тошнота, температура 37,9 °С. Объективно: язык сухой, живот вздут, пальпаторно определяется разлитая болезненность. Перитонеальные симптомы слабо положительны. Сохраняется парез желудочно - кишечного тракта, за сутки из желудка эвакуируется 600 - 1000 мл застойного содержимого, не отходят газы и стул. По дренажам из брюшной полости умеренное количество серозно - гнойного отделяемого. Пульс 110 в минуту, лейкоцитоз 13,0 тысяч, Лейкоцитарный индекс интоксикации 6,9.

Ваш диагноз?

Решения вопроса о дальнейшей тактике лечения?

Каковы показания к операции?

Объем хирургической помощи?

Эталон ответа:

Предварительный диагноз: прогрессирующий перитонит. Динамическая (паралитическая) кишечная непроходимость. Лечение должно быть направлено на стимуляцию кишечника. Консервативно: прозерин, 10%- 40 мл NaCl, клизма гипертоническим раствором, электростимуляция, ГБО. Если клиника перитонита прогрессирует - показана релапаротомия, ликвидация источника перитонита, санация брюшной полости, декомпрессия кишечника.

Задача № 21

Во время плановой операции грыжесечения после вскрытия грыжевого мешка выделилось около 50 мл прозрачной желтоватой жидкости с запахом мочи. При ревизии оказалось, что вскрыт просвет мочевого пузыря.

Почему это произошло?

Как закончить операцию?

Как избежать подобных осложнений?

Эталон ответа:

Подобная ситуация возможна, если стенка мочевого пузыря была ошибочно принята за грыжевой мешок. Во избежание повреждения мочевого пузыря необходимо помнить, что это более плотное образование. Даже в случае атонии и истончения пузыря при ощупывании между двумя пальцами, кроме плотности, устанавливаются некоторая пастозность и затрудненное скольжение стенок пузыря, брюшина гораздо тоньше и скольжение между пальцами свободное. Поэтому при малейшем подозрении нельзя, не разобравшись полностью в характере грыжевого выпячивания, вскрывать его и прошивать мешок, пока не будет установлено взаимоотношение грыжевого мешка и пузыря и не будет хорошо выделена на пальце шейка мешка.

Задача № 22

Больной 71 года в течение 3 последних лет испытывает затруднения при мочеиспускании. Моча выделяется тонкой вялой струей, часты стали позывы на мочеиспускание. Год назад больной заметил в обеих паховых областях округлой формы выпячивания размером 5X5 см, исчезающие в горизонтальном положении. Образования эти безболезненные, мягкой консистенции. Семенные канатики расположены кнаружи от выпячиваний. Наружные отверстия пахового канала круглой формы диаметром 1,5 см.

Ваш диагноз и тактика лечения?

Эталон ответа:

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

Задача № 23

Больной 45 лет поступил в стационар по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи через 2 ч после I ущемления. Через 30 мин взят на операционный стол. Во время операции ущемленная петля кишки ускользнула в брюшную полость до вскрытия грыжевого мешка, так что состояние ее не было определено.

Какими будут ваши дальнейшие действия?

Эталон ответа:

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

Задача № 24

Больному 42 лет 8 дней назад выполнена резекция 2/3 желудка по поводу язвы тела желудка в модификации Бильрот I. Начиная с третьих суток послеоперационного периода появились жалобы на тяжесть в эпигастрии, тошноту, периодически возникающую рвоту, приносящую облегчение. С шестых суток рвоты участились, больной сам опорожняет желудок, искусственно вызывая рвоту. За последние сутки по постоянному желудочному зонду выделилось более 1 литра застойного содержимого. Больной худеет. Объективно: пульс 88 в минуту, артериальное давление 120/80 мм рт ст., температура 36,6 — 37,1 оС, язык влажный, живот не вздут, мягкий, болезненный в области раны, участвует в акте дыхания, перистальтика отчетливая, газы отходят. Стул был дважды.

О каком послеоперационном осложнении следует думать?

Как уточнить причину осложнения?

Каков объем операции при данной патологии?

Эталон ответа:

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

Задача № 25

Больной 50 лет в течение нескольких лет страдает язвенной болезнью желудка. Особенно больших неприятностей заболевание ему не причиняло. Однако последний месяц больной отмечает усиление болей в эпигастральной области, появился неприятный запах изо рта, зловонная отрыжка, жидкий стул, возникают позывы на стул после каждого приема пищи. В кале стали встречаться кусочки непереваренной пищи. Больной резко похудел. Температура нормальная. При копрологическом исследовании отмечено значительное количество слизи и непереваренной пищи.

Что произошло с больным?

Каким исследованием можно подтвердить свое предположение?

Как лечить больного?

Эталон ответа:

Малигнизация язвы желудка. Показана фиброгастродуоденоскопия с биопсией. Лечение – в зависимости от стадии заболевания. Оперативное (радикальное или паллиативное) или комбинированное- химиотерапия, хирургическое лечение.

Задача № 26

Больной 48 лет поступил в стационар по поводу внезапно возникшей у него обильной кровавой рвоты. Никаких указаний на заболевание желудка в анамнезе установить не удалось. Считал себя здоровым. Перенес болезнь Боткина 3 года назад. Общее состояние удовлетворительное. У брата больного туберкулез легких.

С какими заболеваниями вам придется проводить дифференциальный диагноз?

Каковы будут ваши действия при поступлении такого больного?

Какие дополнительные методы исследования можно применить на высоте кровотечения для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

Дифференциальный диагноз проводится между циррозом печени, портальной гипертензией, осложненной синдромом Меллори-Вейса, язвенной болезнью желудка, осложненной кровотечением. Тактика- постановка зонда Блэкмора, гемотрансфузия по показаниям, строгий постельный режим, динамическое наблюдение. Показана фиброгастродуоденоскопия. Также в обследование входит УЗИ печени, биохимический анализ крови- показатели общего, прямого, непрямого билирубина для верификации диагноза.

Задача № 27

Больной В. 45 лет, поступил с жалобами на слабость, снижение работоспособности, тупые, ноющие боли в эпигастральной области, чувство тяжести после еды, рвоту съеденной пищей. Болен в течение 2 месяцев, лечился самостоятельно - принимал но-шпу и анальгин. В первое время, после приема лекарств, боли беспокоили меньше. В последние дни участились рвоты. Потерял в весе около 10 кг.

Ваш предварительный диагноз?

Какие исследования целесообразно произвести для его подтверждения?

Что, по Вашему мнению, имеет значение в определении тактики ведения (оперировать – не оперировать) больного?

Какой объем оперативного вмешательства вы предполагаете?

Эталон ответа:

У больного, вероятно, рак желудка. Для подтверждения диагноза необходима контрастная рентгеноскопия желудка, гастроскопия с биопсией. Объем радикальной операции зависит от локализации опухоли в желудке – субтотальная резекция желудка,

либо гастрэктомия. При наличии неудалимой опухоли в выходном отделе желудка и признаков стеноза – показано наложение обходного гастроэнтероанастомоза.

Задача № 28

Больная 70 лет поступила с жалобами на острые боли в животе, больше слева. Заболела внезапно за 14 часов до поступления. Состояние тяжелое, рвоты нет, тошнота, стул и газы задержаны. Температура тела 37. АД 160/90 мм.рт.ст. Больная стонет от болей. Живот асимметричен за счет выпячивания брюшной стенки слева. Брюшная стенка мягкая, слева прощупывается болезненное образование без четких контуров. Лейкоцитоз 12×10^9 /л.

Диагноз?

Тактика?

Эталон ответа:

Заворот сигмы? Тромбоз мезентериальных сосудов? Лапаротомия после кратковременной предоперационной подготовки.

Задача № 29

У больной 40 лет на 4 день после аборта появились резкие боли в левой ноге, ее массивный отек и цианоз кожных покровов при вертикальном положении. При обследовании обнаружен резкий отек на бедре и голени слева, цианоз кожи, болезненность по ходу магистрального сосудистого пучка на голени, бедре, подвздошной области слева.

Диагноз, метод лечения?

Эталон ответа:

У больной тотальный тромбоз глубоких вен левой ноги и левых подвздошных вен. Учитывая распространенность процесса рекомендуется консервативная терапия

Задача № 30

У больного 48 лет внезапно появились боли в подколенной области, отек голени справа. Присоединился цианоз кожи голени. Конечность пальпаторно теплая, мягкие ткани уплотнены, в подколенной области и икроножной мышце определяется болезненность.

Диагноз?

Лечебная тактика?

Антикоагулянтная терапия при ТГВ?

Осложнения ТГВ? Методы профилактики и лечения ТЭЛА?

Эталон ответа:

У больного тромбоз подколенной вены справа. Необходима УЗДГ вен нижней конечности справа для подтверждения диагноза. Согласно стандарту. ТЭЛА. Эластическая компрессия, антикоагулянтная терапия.

Задача № 31

Поступил больной с жалобами на наличие язвы по латеральной поверхности нижней трети левой голени и явления перемежающейся хромоты слева. При осмотре обнаружена язва размером 4Х6 см, пульсация на артериях стопы резко ослаблена. Обращали на себя внимание резко расширенные вены голени и особенно бедра. В подколенной ямке рукой ощущалось дрожание, напоминающее кошачье мурлыканье, прослушивался грубый систолодиастолический шум. Более 10 лет назад у больного было ножевое ранение в области левого коленного сустава, однако расширенные вены и язвы голени появились только в этом году.

Какой диагноз вы поставите больному?

Какой должна быть лечебная тактика?

Эталон ответа:

Хроническая венозная недостаточность, III, С4. Если трофическая язва без признаков нагноения, то показано оперативное лечение после УЗДГ сосудов, - комбинированная венэктомия с перевязкой притоков большой подкожной вены. В случае если в области язвы обнаруживаются гнойно-некротические изменения, то операция возможна после комплексного консервативного лечения.

Задача № 32

Больной 53 лет поступил с жалобами на отек левой нижней конечности, расширение венозной сети на бедре и нижней части живота, трофическая язва внутренней поверхности левой голени. Жалобы появились около 3 лет назад, когда после аппендэктомии появился отек и цианоз левой нижней конечности.

Диагноз? Классификация ХВН?

Лечебная тактика?

Прогноз?

Эталон ответа:

Посттромбофлебитическая болезнь левой нижней конечности в стадии трофических расстройств. Венотоники (детралекс, венорутон и др.), компрессионное лечение (эластическое бинтование, компрессионный трикотаж 2-3 классов). Неблагоприятный в отношении выздоровления. Работа, несвязанная с тяжелым физическим трудом, постоянная эластическая компрессия.

Задача № 33

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?

Как лечить больного?

Эталон ответа:

Облитерирующий атеросклероз. Атеросклероз сосудов нижних конечностей, IIб стадия. На данной стадии показано консервативное лечение. В медикаментозную терапию включены препараты: тернтал, актовегин, никотиновая кислота, тромбо асс. Рекомендован отказ от курения, соблюдение диеты

Задача № 34

Больной 35 лет страдает облитерирующим эндартериитом нижних конечностей в течение 10 лет. Многократно лечился в специализированных стационарах и на курортах. Два года назад ему была произведена операция двусторонней симпатэктомии с хорошим эффектом на один год. В связи с появлением некротических изменений на левой стопе полгода назад была произведена левосторонняя грудная симпатэктомия, однако улучшение после нее было кратковременным. В настоящее время у больного имеется влажная гангрена трех пальцев левой стопы. Стопа и нижняя треть голени отечны. Слабая пульсация определяется на подколенных артериях. Больной измучен, очень плохо спит, может лежать только с опущенной вниз ногой.

Как поступить с больным?

Эталон ответа:

Показана ампутация на уровне верхней трети бедра.

Задача № 35

Больной 48 лет, жалуется на интенсивные боли в левой голени и стопе. Боль возникла внезапно, 2 часа тому назад. Год назад перенес инфаркт миокарда. Состояние средней тяжести. Кожные покровы левой стопы и голени холодные на ощупь, бледные, с мраморным рисунком. Отека голени нет. Активные движения в суставах пальцев и голеностопном суставе отсутствуют, пассивные сохранены. Пульсация на бедренной артерии сохранена, на подколенной и артериях стопы отсутствует.

Какой диагноз Вы поставите больному?

Какими исследованиями подтвердите диагноз?

Какие изменения Вы отмечаете на рентгенограмме?

Какова должна быть лечебная тактика?

Эталон ответа:

У больного эмболия подколенной артерии, ишемия II- Б степени. Уточнить диагноз может ультразвуковая доплерография и ангиография. На представленной аортограмме

определяется обрыв контрастированной поверхностной артерии бедра на уровне подколенной артерии. Лечение оперативное – срочная эмболектomia с последующей консервативной терапией: препараты, улучшающие реологические свойства крови, антикоагулянты, спазмолитики, ГБО.

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.

7. Примерный перечень вопросов к экзамену

1. Острый аппендицит. Этиология и патогенез. Клиническая симптоматика. Атипичные формы острого аппендицита.
2. Особенности клинической картины острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка.
3. Острый аппендицит. Особенности острого аппендицита у детей, стариков и беременных. Инструментальная диагностика. Тактика и техника оперативного лечения.
4. Осложнения острого аппендицита. Периаппендикулярный инфильтрат. Парааппендикулярный абсцесс.
5. Осложнения острого аппендицита. Пилефлебит. Перитонит. Абсцессы брюшной полости.
6. Острый холецистит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая симптоматика.
7. Острый холецистит. Классификация. Инструментальная диагностика. Хирургическая тактика.
8. Осложнения острого холецистита. Классификация. Клиническая симптоматика.
9. Осложнения острого холецистита. Классификация. Инструментальная диагностика. Хирургическая тактика.
10. Желчнокаменная болезнь. Этиология и патогенез. Клиническая симптоматика.
11. Желчнокаменная болезнь. Инструментальная диагностика. Методы оперативного лечения.
12. Желчнокаменная болезнь и её осложнения. Механическая желтуха. Оперативная тактика.
13. Острый панкреатит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая симптоматика.
14. Острый панкреатит. Инструментальная диагностика. Методы лечения.
15. Острый панкреатит. Современная тактика консервативного лечения.
16. Острый панкреатит. Показания к оперативному лечению. Хирургическая тактика.
17. Курация больных. Сбор жалоб, anamnes morbi, anamnes vitae, физикальный осмотр больного.
18. Курация больных. Постановка предварительного диагноза, определение тактики обследования и лечения.
19. Острая кишечная непроходимость. Этиология и патогенез.
20. Острая кишечная непроходимость. Классификация. Клиническая симптоматика.
21. Острая кишечная непроходимость. Инструментальная диагностика.
22. Острая кишечная непроходимость. Хирургическая тактика. Методы оперативного лечения. Особенности лечения ОКН опухолевого генеза.

23. Перитонит. Этиология и патогенез. Клиническая симптоматика.
24. Перитонит. Классификация. Первичный, вторичный и третичный перитонит. Абсцессы брюшной полости
25. Перитонит. Хирургическая тактика.
26. Абсцессы брюшной полости. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
27. Наружные брюшные грыжи. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая симптоматика.
28. Наружные брюшные грыжи. Определение показаний к оперативному лечению. Оперативные вмешательства при отдельных видах грыж.
29. Осложнения наружных брюшных грыж. Невправимость. Копростаз. Виды ущемления грыж. Дифференциальная диагностика.
30. Атипичные виды ущемления грыж. Тактика хирургического лечения при различных видах ущемления грыж.
31. Прямые паховые грыжи. Анатомические особенности. Методы операций при прямых паховых грыжах.
32. Косые паховые грыжи. Анатомия пахового канала. Методы хирургического лечения.
33. Пупочные грыжи и грыжи белой линии живота. Анатомические особенности. Методы хирургического лечения.
34. Послеоперационные грыжи. Классификация. Современные методы хирургического лечения.
35. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология и патогенез. Клиническая симптоматика.
36. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Инструментальная диагностика.
37. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и 12-п. кишки. Показания к оперативному лечению.
38. Резекция желудка. Органосохраняющие операции.
39. Осложнения язвенной болезни желудка и 12-п. кишки. Перфорация. Пенетрация.
40. Осложнения язвенной болезни желудка и 12-п. кишки. Кровотечение. Диагностика.
41. Пилородуоденальный стеноз. Стадии заболевания. Клиническая и рентгенологическая диагностика.
42. Эндоскопическая классификация кровотечений при язвенной болезни. Тактика лечения.
43. Методы консервативной терапии, эндоскопические и хирургические методы остановки кровотечения при язвенной болезни.
44. Рак желудка. Этиология и патогенез. Классификация.
45. Рак желудка. Пути метастазирования. Клиническая симптоматика. Инструментальная диагностика.
46. Радикальные и паллиативные оперативные вмешательства при раке желудка.
47. Острые нарушения мезентериального кровообращения. Этиология и патогенез. Клиническая симптоматика.
48. Острые нарушения мезентериального кровообращения. Классификация. Дифференциальная диагностика. Инструментальная диагностика.
49. Тактика оперативного лечения нарушения мезентериального кровообращения.
50. Острые венозные тромбозы. Этиология и патогенез. Клиническая симптоматика.
51. Острые венозные тромбозы. Инструментальная диагностика. Хирургическая тактика.
52. Тромбоэмболия лёгочных артерий. Этиология и патогенез. Клиническая симптоматика. Инструментальная диагностика.
53. Тромбоэмболия лёгочных артерий. Хирургическая тактика.
54. Методы хирургической профилактики ТЭЛА.
55. Антикоагулянтная терапия острых венозных тромбозов. Тромболитическая терапия.

56. Эмболизэктомия из лёгочной артерии.
57. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Анатомия и физиология венозной системы нижних конечностей. Клиническая симптоматика.
58. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Клиническая симптоматика. Инструментальная диагностика.
59. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Компрессионная терапия, фармакотерапия
60. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Склеротерапия. Методы оперативного лечения.
61. Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Этиология и патогенез облитерирующего атеросклероза сосудов н. конечностей. Клиническая симптоматика.
62. Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Клиническая классификация. Инструментальная диагностика.
63. Облитерирующий атеросклероз сосудов н. конечностей. Хирургические методы лечения.
64. Этиология и патогенез тромбангиита. Клиническая симптоматика. Инструментальная диагностика. Классификация. Консервативные и оперативные методы лечения.
65. Эндовазальные методы лечения тромбангиита.
66. Профилактика облитерирующих заболеваний артерий.
67. Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Этиология и патогенез. Клиническая симптоматика. Классификация.
68. Острая артериальная непроходимость артерий конечностей. Инструментальная диагностика. Тактика и методы оперативного лечения.
69. Специальные методы исследования магистральных периферических сосудов (реовазография, ультразвуковые, рентгеноконтрастные, радионуклидные, лазерная доплерография, измерение напряжения кислорода в тканях).
70. Аневризма грудной аорты. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника.
71. Аневризма грудной аорты. Диагностика. Лечение.
72. Расслаивающиеся аневризмы грудной аорты. Частота. Причины. Клиника. Формы клинического течения. Диагностика и лечение.
73. Аневризма брюшной аорты. Частота. Этиология. Клиника.
74. Аневризма брюшной аорты. Диагностика. Лечение.
75. Аневризмы магистральных артерий конечностей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

Шкала оценки для проведения экзамена по дисциплине

Оценка за ответ	Критерии
Отлично	– 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	– 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 искажившие 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	– 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

Перечень тем для индивидуальных заданий (рефератов)

1. Дифференциальная диагностика острого аппендицита.
2. Особенности диагностики острого аппендицита у беременных второй половины беременности.
3. Патогенез разлитого гнойного перитонита.
4. Хирургическая тактика при механической желтухе, гнойном холангите.
5. Выбор способа малоинвазивного хирургического лечения осложненной желчнокаменной болезни.
6. Профилактика ЖКБ и методы консервативной терапии.
7. Современные методы диагностики постхолецистэктомического синдрома.
8. Анализ причин ятрогенных повреждений гепатикохоледоха.
9. Реконструктивная хирургия рубцовых стриктур гепатикохоледоха.
10. Диагностическая тактика при атипичных перфорациях язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
11. Выбор способа хирургического лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
12. Патогенез патофизиологических и системных нарушений гомеостаза при острой кишечной непроходимости
13. Показания и методы проведения декомпрессии кишечника в пред- и послеоперационном периодах при кишечной непроходимости;
14. Методы лечения инвагинации кишечника у взрослых и в детской хирургической практике;
15. Спаечная болезнь: методы профилактики и лечения.
16. Послеоперационная грыжа: хирургическая тактика.
17. Способы ушивания культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка по Бильрот-2.
18. Динамика клинических симптомов при развитии фаз распространенного перитонита.
19. Детоксикационная терапия при разлитом гнойном перитоните

20. Способы хирургического санации распространенного перитонита.
21. Возможности лапароскопии в диагностике и лечении распространенного перитонита.
23. Применение балльных шкал SAPS и APACHE II для оценки тяжести больных с перитонитом.
24. Особенности желчного перитонита. Патогенез острого панкреатита.
25. Оперативные вмешательства при остром панкреатите.
26. Варианты дренирования сальниковой сумки при операциях по поводу острого панкреатита
27. Особенности течения панкреатогенного сепсиса.

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

8.1 Основная литература:

1. Кузнецов, Н. А. Клиническая хирургия : исследование 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 TCP/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-K (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-K (СЗИ НСД, СКН)	Коммерческая	№1190
21	Dallas Lock 8.0-K 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:
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:
5. П
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)

Учебная аудитория №12, для проведения занятий лекционного, семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточных аттестаций 357114, Ставропольский край, г. Невинномысск, Бульвар Мира, д. 25	1. Учебная мебель: -Комплект учебной мебели: стол на два посадочных места (40 шт.); -стул ученический (80 шт.); -стол преподавателя (1 шт.); -кресло преподавателя (1 шт.); -доска классная; 2. Технические средства обучения: -набор демонстрационного оборудования: - мультимедиа-проектор-(1 шт.); -компьютер (ноутбук) с подключением к сети «Интернет» и доступом к ЭИОС ВУЗа; -учебно-наглядные пособия, обеспечивающие тематические иллюстрации.
Учебная аудитория 13, для проведения практических занятий, текущего контроля и промежуточных аттестаций 357114, Ставропольский край, Невинномысск, ул Чкалова, д 67	1.Комплект мультимедийного оборудования: - моноблок DELL; - мультимедиа-проектор NEC NP100; - Интерактивная доска Projecta Pro View; 2. Комплект учебной мебели на 30 посадочных мест. 3. Шовные материалы. 4. Инструменты для инъекций. 5. Режущие общехирургические инструменты. 6. Зажимные общехирургические инструменты. 7. Расширяющие и оттесняющие инструменты. 8. Зеркала. 9. Инструменты для зондирования. 10. Нейрохирургические инструменты. 11. Средства транспортной иммобилизации. 12. Кислородная и наркозная аппаратура.

	13.Негатоскоп на два снимка-(1 шт.)
Кабинет 348 357108, Ставропольский край, г Невинномысск, ул Павлова, 5	Кабинет 348 Ординаторская хирургического отделения 1. Светильник диагностический передвижной – 3 шт.; 2. Светильник медицинский – 3 шт.; 3. Облучатель - рециркулятор бактерицидный настенный – 7 шт.; 4. Шкаф для медикаментов – 3 шт.; 5. Шкаф медицинский – 2 шт.; 6. Столик манипуляционный СМ 548-МСК – 2 шт.; 7. Стерилизатор ГК-100-3М (паровой) – 3 шт.; 8. Стерилизатор ГК-100-3М (паровой) – 4 шт.; 9. Монитор пациента Sure Signs VM6 – 3 шт.
Учебная аудитория №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, Бульвар Мира, д. 25	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.

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)

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, рефлекс.

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 О 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.