

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»  
Директор Института НМФО  
Н.И. Свиридова  
« 27 » июня 2024 г.

## РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Наименование дисциплины: **Хирургия**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.67 Хирургия**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-хирург**

**Кафедра хирургических болезней № 1 Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2023, 2024 годов поступления (актуализированная версия)

Лекции: 2 (з.е.) 72 часа

Семинары: 14 (з.е.) 504 часа

Самостоятельная работа: 9 (з.е.) 324 часа

Форма контроля: экзамен 1 (з.е.) 36 часов

Всего: 26 (з.е.) 936 часов

Волгоград, 2024

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	В.А.Гольбрайх	Профессор кафедры	д.м.н./профессор	кафедра госпитальной хирургии
2.	И.С.Попова	Профессор кафедры	д.м.н./профессор	кафедра хирургических болезней № 1 ИНМФО
3.	В.В.Матюхин	Доцент кафедры	к.м.н	кафедра госпитальной хирургии
4.	А.В.Шаталов	Профессор кафедры	д.м.н./доцент	кафедра факультетской хирургии

Рабочая программа дисциплины «Хирургия» относится к блоку Б1 базовой части ОПОП – Б1.Б.6.

Рецензенты:

1. Н.В.Костенко – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой постдипломного образования с курсом колопроктологии Астраханского государственного медицинского университета.
2. А.В.Землянская – к.м.н., главный внештатный хирург комитета здравоохранения Волгоградской области.

Рабочая программа актуализирована на заседании кафедры протокол протокол № 8 от «03» июня 2024 г.

Заведующий кафедрой хирургических

болезней № 1 Института НМФО,  
д.м.н., доцент



Ю.И.Веденин

Актуализация рабочей программы согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО, протокол № 12 от «27» июня 2024 г.

Председатель УМК



М.М.Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.Л.Науменко

Актуализация рабочей программы утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 18 от «27» июня 2024 г.

Секретарь  
Ученого совета



М.В. Кабытова

## Содержание

	Пояснительная записка
1	Цель и задачи дисциплины
2	Результаты обучения
3	Место раздела дисциплины в структуре основной образовательной программы
4	Общая трудоемкость дисциплины
5	Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся
6	Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций
7	Содержание дисциплины
8	Образовательные технологии
9	Оценка качества освоения программы
10	Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины
11	Материально-техническое обеспечение дисциплины
12	Приложения
12.1	ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
12.2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ
12.3	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
12.4	СПРАВКА О КАДРОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
12.5	СПРАВКА О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕАЛИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
12.6	АКТУАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ

## **Пояснительная записка**

Рабочая программа дисциплины «Хирургия» (базовая часть), разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.67 «Хирургия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства образования и науки РФ от 25.08.2014 г. №1085 (зарегистрирован в Минюсте России 28.10.2014 N 34482) является нормативно-методическим документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы обучения по дисциплине «Хирургия» в послевузовском профессиональном образовании врачей.

### **1. Цель и задачи (базовая часть) дисциплины «Хирургия»**

**Целью** освоения дисциплины «Хирургия» является подготовка квалифицированного врача специалиста по хирургии, обладающего системой профессиональных компетенций, способного и готового к самостоятельной профессиональной деятельности в сфере хирургии.

#### **Задачи дисциплины «Хирургия»:**

1. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.

2. Подготовить врача-специалиста по хирургии к самостоятельной профессиональной деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациента.

3. Сформировать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

4. Сформировать базовые, фундаментальные медицинские знания, формирующие профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи:

– **профилактическая деятельность:**

предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

– **диагностическая деятельность:**

диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

диагностика неотложных состояний;

диагностика беременности;

проведение медицинской экспертизы;

– **лечебная деятельность:**

оказание специализированной медицинской помощи;

участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

– **реабилитационная деятельность:**

проведение медицинской реабилитации;

– **психолого-педагогическая деятельность:**

формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

– **организационно-управленческая деятельность:**

применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;

организация проведения медицинской экспертизы;

организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;

ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;

создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

соблюдение основных требований информационной безопасности.

## **2. Результаты обучения**

В результате освоения дисциплины «Хирургия» обучающийся должен сформировать следующие компетенции:

### **универсальные компетенции (УК)**

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

### **профессиональные компетенции (ПК):**

#### профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);

- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7)

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

**Формирование вышеперечисленных универсальных и профессиональных компетенций врача-хирурга предполагает овладение ординатором системой следующих знаний, умений и владений:**

**Знания:**

– основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения, относящиеся к хи-

рургии (ПК10);

– основы управления здравоохранения, страховой медицины (ПК10);

– правовые основы деятельности врача хирурга (ПК10);

– общие вопросы организации хирургической службы в стране, организацию работы хирургического кабинета и стационара (ПК10);

– документацию хирургического кабинета и стационара (ПК10);

– основы медицинской этики и деонтологии при работе с хирургическими больными (УК2);

– основы нормальной и патологической анатомии и физиологии, взаимосвязь функциональных систем организма (ПК1);

– теоретические основы общей хирургии и хирургических болезней (ПК1);

– современную классификацию хирургических заболеваний (ПК1);

– этиологические факторы, патогенетические механизмы и клинические проявления основных хирургических заболеваниях брюшной полости и грудной клетки, мягких тканей (ПК1);

– специфическую диагностику и функциональные методы исследования при сочетанной, комбинированной и множественной травме органов (ПК5);

– дифференциальную диагностику острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и грудной клетки (УК1, ПК1, ПК5);

– организацию и оказание неотложной помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и грудной клетки (ПК6);

– показания и противопоказания к проведению методов экстракорпоральной детоксикации в хирургии. (ПК8);

– антибактериальную и иммунокорректирующую терапию у больных с различными хирургическими заболеваниями (ПК6, ПК8);

- основы рационального питания и диетотерапии у больных после оперативных вмешательств (ПК6);
- принципы медико-социальной экспертизы и реабилитации больных с различными хирургическими заболеваниями (ПК8);
- формы и методы санитарно-просветительной работы (ПК9);

### **Умения:**

- получать исчерпывающую информацию о заболевании (ПК1);
- выявлять возможные причины хирургических заболеваний: применять объективные методы обследования больного, выявлять характерные признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи и интенсивной терапии (ПК1, ПК5);
- оценивать тяжесть состояния больного, определять объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи (ПК1, ПК6);
- организовывать неотложную помощь в экстренных случаях (ПК 6);
- определять показания к госпитализации и организовывать её (ПК6);
- выработать план ведения больного в амбулаторно-поликлинических учреждениях и в стационаре, определять необходимость применения специальных методов обследования (ПК5, ПК6);
- интерпретировать результаты лабораторно-клинических методов исследования, УЗИ, рентгенологических методов, МРТ (ПК5);
- назначать необходимое лечение (специфическое или неспецифическое) у больных с ургентной патологией и плановых больных (ПК6);
- определять динамику течения болезни и ее прогноз, место и характер долечивания (ПК6);

- определять вопросы трудоспособности больного (временной или стойкой нетрудоспособности), перевода на другую работу (ПК4);
- осуществлять меры по комплексной реабилитации больного (ПК8);
- проводить санитарно-просветительную работу среди населения (ПК8);
- оформлять необходимую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению (ПК2, ПК10);

### **Владения:**

- методикой сбора и анализа жалоб, анамнеза (ПК5);
- методикой объективного обследования больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) (ПК5);
- техникой проведения пункционных методов диагностики и лечения (катетеризация сосудов, плевральная пункция, пункция гнойников) (ПК6);
- методами оказания неотложной помощи при острых терминальных состояниях (анафилактический шок, ожоги, удушье, травматический шок, утопление) (ПК6);
- техникой оперативных вмешательств при ургентной патологии органов брюшной полости и грудной клетки (ранения внутренних органов, остром аппендиците, прободной язве, острой кишечной непроходимости, лапароскопия). (ПК6)
- оперативными вмешательствами при гнойной хирургической инфекции (ПК6);

## Содержание и структура компетенций

Коды компетенций	Название компетенции	Содержание и структура компетенции		
		знать	уметь	владеть
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<p>1 - основные понятия, используемые в хирургии;</p> <p>2 – особенности топографической хирургии при разных хирургических заболеваниях;</p> <p>3 - основные принципы оперативной хирургии брюшной и грудной полости;</p> <p>4 - научные идеи и тенденции развития современной хирургии.</p>	<p>1 -критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника;</p> <p>2 - избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач;</p> <p>3 - управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников;</p> <p>4 - использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии.</p>	<p>1- навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации;</p> <p>2 - навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач;</p> <p>3 - навыками управления информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников;</p> <p>4 - владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях.</p>
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	<p>1 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных хирургических заболеваний человека (острые хирургические заболевания брюшной полости, гнойная хирургическая инфекция, заболевания легких и плевры);</p>	<p>1 -проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения;</p> <p>2 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия( раннее выявление грыж, желчнокаменной болезни и др.хирургических заболеваний, требующих в перспективе оперативного лечения).</p>	<p>1 -обосновывать с хирургических позиций выбор профилактических мероприятий для предотвращения осложнений заболеваний.;</p>
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	<p>1 - этиологию, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний, требующих оперативного вмешательства);</p> <p>2 - виды и показания к хирургическому лечению.</p>	<p>1 - проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения;</p> <p>2 - проводить беседы с пациентами по вопросам первично и вторичной профилактики хирургических заболеваний;</p> <p>3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия.</p>	<p>1 - обосновывать выбор профилактических мероприятий и выбор групп диспансерного наблюдения;</p> <p>2 - владеть методиками мониторинга за группами диспансерного учета (сосудистые заболевания нижних конечностей, язвенная болезнь желудка и др.).</p>

<b>ПК-4</b>	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	1 - типовую учетно-отчетную медицинскую документацию медицинских учреждений; 2 - экспертизу трудоспособности.	1 - анализировать и оценивать качество медицинской помощи населению, вести медицинскую документацию.	1 – владеть методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских учреждениях.
<b>ПК-5</b>	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 - особенности закономерности патогенеза наиболее распространенных хирургических заболеваний человека; 2 - методы оценки тяжести состояния наиболее тяжелых хирургических заболеваний (сепсис, перитонит, панкреонекроз); 3 - этиологию, иммунопатогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний желудочно-кишечного тракта);	1 - интерпретировать результаты оценки иммунного статуса; показатели эндотоксикоза у хирургических больных 2 - обосновать необходимость применения антибактериальной терапии, объяснять действие лекарственных препаратов и возможных осложнений при нарушении назначения.	1- дифференциальной диагностикой основных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.а; 2 - способностью определить «группу риска» хирургических заболеваний по клиническим, лабораторным и рентгенологическим данным; 3 - алгоритмом постановки предварительного диагноза по МКБ
<b>ПК-6</b>	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	1 - возрастные особенности пищеварительной, дыхательной и костно-суставной системы; 2 - общие закономерности распространенности наиболее частых заболеваний человека, нуждающихся в оперативном лечении; 3 - этиологию, иммунопатогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных хирургических заболеваний.); 4 - виды и показания к оперативным вмешательствам; 5 - знать принципы лечения послеоперационных осложнений.	1 оценивать тяжесть состояния больного, определять объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи.  2.оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях;  3. разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции; -	1 -владеть методами и принципами ведения и лечения пациентов с острыми хирургическими заболеваниями в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями
<b>ПК-8</b>	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	1- принципы и методы санаторно-курортного лечения, показания и противопоказания к применению данных методов лечения и реабилитации	1- определять необходимость и вид санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях 2 - применять элиминационные методы лечения у пациентов с эндотоксикозом	1 - владеть методикой элиминационных подходов к лечению 2 - алгоритмами применения санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях

<p><b>ПК-9</b></p>	<p>готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>1- механизмы влияния неблагоприятных факторов внешней среды (экогенных, профессиональных и др.) на возникновение основных хирургических заболеваний 3- принципы ведения здорового образа жизни</p>	<p>1 - проводить беседы с пациентами и членами их семей о ведении здорового образа жизни, об отказе от вредных привычек, о минимизировании влияния неблагоприятных факторов внешней среды на здоровье.</p>	<p>1 - владеть навыками к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>
<p><b>ПК-10</b></p>	<p>Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	<p>Основные нормативные документы регламентирующие работу поликлинической и стационарной помощи врача-хирурга</p>	<p>Организовать работу специализированного кабинета поликлиники врача хирурга и стационарного отделения.</p>	<p>Навыками организации работы специализированного хирургического кабинета с учетом нормативной документации принятой в здравоохранении РФ по службе клинической хирургии</p>

### 3. Место раздела дисциплины в структуре основной образовательной программы

Дисциплина «Хирургия» относится к блоку Б1 базовой части ОПОП.

4. **Общая трудоемкость дисциплины** составляет 26 зачетных единиц, 936 академических часов (900 академических часов аудиторной, 324 часа самостоятельной работы и 36 часов экзамен), в том числе аудиторные часы – 576 часов.

5. **Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся.**

Виды учебной работы	Всего часов	Курс	
		1	2
Лекции	72	72	0
Семинары	504	504	0
Самостоятельная работа (всего)	324	324	0
Промежуточная аттестация (зачет с оценкой)	36	36	0
<b>Общая трудоемкость:</b>	<b>часы</b>	936	936
	<b>зачетные единицы</b>	26	26

6. **Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций**

**Учебно-тематический план дисциплины «Хирургия» (в академических часах) и матрица компетенций**

	Наименование разделов дисциплины (модулей) и тем	Аудиторные занятия		Всего часов на аудиторную работу	Самостоятельная работа студента	Эк-замен	Ито-го ча-сов	Формируемые компетенции по ФГОС												Используе-мые образо-вательные технологии, способы и методы обучения	Текущий и рубеж-ный контроль успе-ваемости						
		лекции	семинары					УК	ПК												Фор-мы кон-троля	Рубежный контроль					
									1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8			9	10	11	12	Экзамен	Зачет
<i>Б 1.Б.6</i>	<i>Хирургия</i>	72	504	576	324	36	936	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Л, Р, С	Т, ЗС, С	+		
<i>Б 1.Б.6.1</i>	<b>Заболевания и травмы органов брюшной полости</b>	38	276	314	171		485	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Л, Р, С	Т, КР, С		+	
Б 1.Б.6.1.1	Хирургические заболевания желудка	6	42	48	27		75	x							x	x		x					Л, Р, С	Т, ЗС, С			
Б 1.Б.6.1.2	Хирургические заболевания кишечника и брыжейки	4	30	34	18		52								x	x							Л, Р, С	Т, ЗС, С			
Б 1.Б.6.1.3	Хирургические заболевания печени и желч-	6	48	54	27		81								x	x		x	x				Л, Р, С	Т, ЗС, С			





### **Список сокращений:**

#### **Образовательные технологии, способы и методы обучения:**

**Л** - традиционная лекция,

**Р** - подготовка и защита рефератов,

**С** – семинар.

#### **Формы текущего и рубежного контроля успеваемости:**

**Т** – тестирование,

**ЗС** – решение ситуационных задач,

**КР** – контрольная работа;

**С** – собеседование по контрольным вопросам.

## 7. Содержание дисциплины «Хирургия»

### Б 1.Б.6.1 ОБЩИЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

№\№ п\п	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Аудиторная работа	Самостоятельная работа студента	Итого часов		
1.	<p><b>Хирургические заболевания желудка</b></p> <p>Тема 1.</p> <p>Язвенная болезнь желудка и 12 п.к. Эпидемиология Этиология. Патогенез. Клиника. Ювенильные язвы. Язвенная болезнь у лиц пожилого и старческого возраста. Методы диагностики. Лабораторные. Рентгенологические, эндоскопические.</p> <p>Тема 2</p> <p>Осложнения язвенной болезни. Перфорация. Кровотечения. Стеноз. Пенетрация. Малигнизация. Внутренние фистулы. Атипичные формы осложнений. Гастродуоденальные кровотечения неязвенной этиологии.</p> <p>Тема 3</p> <p>Консервативные и эндоскопические методы лечения язвенной болезни. Хирургические методы лечения язвенной болезни. Показания и обоснования к хирургическим методам лечения язвенной болезни. Предопера-</p>	48	27	75	Контрольная работа, собеседование, тест	УК-1, ПК-5 ПК-6 ПК-8

<p>ционная подготовка. Методы резекции желудка. Виды ваготомий и дренирующих операций. Оценка методов лечения.</p> <p>Тема 4</p> <p>Хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях. Хирургическая тактика при перфоративных язвах желудка и 12 п.к. Особенности послеоперационного ведения больных.</p> <p>Тема 5</p> <p>Послеоперационные осложнения. Диагностика и лечение. Ранние осложнения после операций на желудке. Несостоятельность культи 12 п.к. Несостоятельность швов анастомоза. Кровотечения в просвет ЖКТ. Кровотечения в брюшную полость. Анастомозиты. Прочие осложнения.</p> <p>Тема 6</p> <p>Поздние осложнения после операций на желудке. Демпинг-синдром. Синдром приводящей петли. Пептические язвы. Прочие осложнения. Амбулаторное ведение больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и 12 п.к. Вопросы диспансеризации. Вопросы диетического санаторно-курортного лечения. Вопросы лечебной физкультуры. МСЭ и реабилитация больных.</p> <p>Тема 7</p> <p>Полипы желудка. Эпидемиология. Клиника. Методы диагностики. Эндоскопические методы диагностики и лечения. Рентгенологические методы диагностики. Лабораторные методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Результаты лече-</p>					
--	--	--	--	--	--

	<p>ния. Организация диспансерного наблюдения.</p> <p>Тема 8</p> <p>Рак желудка. Эпидемиология. Клиника. Методы диагностики – эндоскопические, рентгенологические, ультразвуковые, лабораторные. Пути метастазирования. Классификация рака желудка. Оценка операбельности и резектабельности при раке желудка. Предоперационная подготовка. Радикальные операции. Паллиативные операции. Химиотерапия. Комбинированные методы лечения. Послеоперационное ведение больных. Осложнения после операций. Результаты лечения. Вопросы реабилитации МСЭ.</p> <p>Тема 9</p> <p>Неэпителиальные опухоли желудка. Эпидемиология. Патоморфология. Клиника. Методы диагностики. Эндоскопические Рентгенологические Ультразвуковые Лабораторные. Осложнения их профилактика и лечение. Дифф.диагностика. Лечение, результаты лечения. Вопросы реабилитации МСЭ</p> <p>Тема 10</p> <p>Карциноид желудка. Острое расширение желудка. Заворот желудка. Флегмона желудка. Туберкулез желудка. Сифилис желудка. bezoary желудка.</p>								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.	<p><b>Хирургические заболевания кишечника и брыжейки</b></p> <p>Тема 1</p> <p>Язвы тонкой кишки (неспецифические язвы, специфические язвы) Диагностика Принципы лечения</p> <p>Тема 2</p> <p>Дивертикулы двенадцатиперстной и тонкой кишок Клиника Диагностика Принципы хирургического лечения.</p> <p>Тема 3</p> <p>Болезнь Крона Опухоли тонкой кишки Эпидемиология Злокачественные опухоли двенадцатиперстной кишки (рак, саркома, злокачественные лимфома и др.) Клиника Диагностика Лечение Результаты лечения</p> <p>Тема 4</p> <p>Доброкачественные опухоли двенадцатиперстной кишки Клиника Методы диагностики Лечение Результаты лечения Новообразования тонкой кишки Патоморфология Клиника Методы диагностики Лечение (хирургическое, комбинированные методы лечения) Результаты лечения Реабилитация и МСЭ</p> <p>Тема 5</p> <p>Опухоли и кисты брыжейки Эпидемиология новообразований брыжейки тонкой кишки Патоморфология Классификация Клиника Методы диагностики - Лучевые. Эндоскопические. Дифференциальная диагностика. Лечение - Хирургическое. Лучевое. Химиотерапевтическое. Комбинированное Результаты лечения.</p> <p>Тема 6</p>	44	21	52		ПК-5 ПК-6
----	--	----	----	----	--	--------------

<p>Острая кишечная непроходимость. Классификация Патоморфологические и патофизиологические изменения при кишечной непроходимости Морфологические изменения в кишечнике Изменения в печени, почках, надпочечниках; брюшине Динамическая кишечная непроходимость</p> <p>Тема 7</p> <p>Клиника механической кишечной непроходимости тонкокишечной, толстокишечной Обтурационной, странгуляционной, инвагинационной, спаечной</p> <p>Тема 8</p> <p>Методы диагностики - лабораторные, рентгенологические, эндоскопические. Особенности предоперационной подготовки больных при острой кишечной непроходимости</p> <p>Тема 9</p> <p>Хирургическое лечение Операционные доступы Особенности ревизии брюшной полости Признаки жизнеспособности кишки</p> <p>Особенности резекции кишки Методы декомпрессии кишки на операционном столе Дренажирование брюшной полости Виды хирургических вмешательств при различных локализациях и формах кишечной непроходимости Послеоперационное лечение больных</p> <p>Тема 10</p> <p>Спаечная болезнь Современные взгляды на причины спайкообразования Особенности хирургического вмешательства при спаечной непроходимости Современные методы предупреждения спайкообразования</p>					
---	--	--	--	--	--

<p>Тема 11</p> <p>Острый аппендицит. Эпидемиология Классификация Клиника Особенности течения заболевания при атипичных локализациях червеобразного отростка</p> <p>Тема 12</p> <p>Особенности течения острого аппендицита у беременных</p> <p>Тема 13</p> <p>Особенности течения острого аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста Диагностика Дифференциальная диагностика</p> <p>Тема 14</p> <p>Осложнения острого аппендицита Перитонит Аппендикулярный инфильтрат Пилефлебит Абсцессы брюшной полости Гнойный параколит</p> <p>Тема 15</p> <p>Техника оперативного лечения острого аппендицита Показания к тампонаде и дренированию брюшной полости</p> <p>Тема 16</p> <p>Послеоперационные осложнения острого аппендицита Кровотечения Перитонит Несостоятельность швов культи червеобразного отростка Гнойники брюшной полости Кишечные свищи Результаты лечения</p> <p>Тема 17</p> <p>Хронический аппендицит. Эпидемиологи, клиника, диагностика, тактика</p>					
--	--	--	--	--	--

	<p>Тема 18</p> <p>Опухоли и кисты брыжейки ободочной кишки Эпидемиология</p> <p>Патоморфология опухолей Вопросы классификации Клиника и диагностика Лечение</p> <p>Тема 19</p> <p>Наружные кишечные свищи. Эпидемиология Причины возникновения Классификация Методы диагностики Клинические Рентгенологические Инструментальные</p> <p>Тема 20</p> <p>Особенности тактики в зависимости от локализации и вида кишечных свищей Методы компенсации свищевых потерь у больных с тонкокишечными свищами Методы обтурации кишечных свищей</p> <p>Тема 21</p> <p>Хирургическая тактика и техника при тонко- и толстокишечных свищах Послеоперационное ведение больных Результаты лечения МСЭ и реабилитация</p> <p>Тема 22</p> <p>Мезоаденит Неспецифический Туберкулезный - диагностика и лечение</p>					
3.	<p><b>Хирургические заболевания печени, желчных протоков</b></p> <p>Тема 1.</p> <p>Функциональное состояние печени при хирургической патологии</p> <p>Тема 2</p>	<b>54</b>	<b>27</b>	<b>81</b>	Контрольная работа, собеседование, тест	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

<p>Доброкачественные и злокачественные опухоли печени. Эпидемиология Клиника Методы диагностики Рентгенологический Эндоскопический Радиоизотопный Ультразвуковой Лабораторный и морфологический</p> <p>Тема 3</p> <p>Определение функциональной и анатомической операбельности при злокачественных опухолях печени Особенности диагностики первичной и вторичной (метастатической) злокачественной опухоли печени</p> <p>Тема 4</p> <p>Хирургическое лечение опухолей печени Химиотерапевтическое лечение злокачественных опухолей печени Результаты лечения опухолей</p> <p>Тема 5</p> <p>Непаразитарные кисты печени Диагностика Методы оперативного лечения</p> <p>Тема 6</p> <p>Паразитарные заболевания печени Эпидемиология Этиология Патогенез Эхинококкоз печени (гидатидозный)- Клиника Осложнения Диагностика Выбор методы лечения Альвеококкоз печени Клиника Диагностика Осложнения Оперативное и комбинированное лечение(операция + химиотерапия)Результаты лечения МСЭ</p> <p>Тема 7</p> <p>Абсцессы печени Амебные абсцессы печени Эпидемиология Этиология и патогенез Классификация Клиника Методы диагностики Осложнения Лечение</p>					
---	--	--	--	--	--

<p>Тема 8</p> <p>Циррозы печени и портальная гипертензия. Классификация циррозов печени Классификация портальной гипертензии Методы диагностики портальной гипертензии Радиоизотопные исследования печени и селезенки Рентгеноконтрастные и манометрические исследования кровообращения печени при портальной гипертензии Эндоскопические и морфологические методы</p> <p>Тема 9</p> <p>Хирургические методы лечения осложнений цирроза печени и портальной гипертензии Тактика хирурга при остром кровотечении из варикозных вен пищевода и желудка Неотложные операции при портальной гипертензии Установка обтурирующего зонда-баллона при кровотечении из варикозных вен пищевода и желудка</p> <p>Тема 10</p> <p>Лечение острой печеночной недостаточности при портальной гипертензии Непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения циррозов печени и портальной гипертензии. МСЭ</p> <p>Тема 11</p> <p>Желчнокаменная болезнь Эпидемиология Представления об этиологии, патогенезе Клиника Методы диагностики Рентгенологические Лабораторные Эндоскопические Радиоизотопные Ультразвуковые Прогноз при желчнокаменной болезни Показания к хирургическому лечению Методы хирургического лечения Эндоскопические методы лечения Результаты</p>					
---	--	--	--	--	--

<p>лечения Реабилитация. ЛФК МСЭ</p> <p>Тема 12</p> <p>Осложнения желчнокаменной болезни</p> <p>Тема 13</p> <p>Механическая желтуха. Клиника механической желтухи Методы диагностики до операции и во время ее Лабораторные Рентгенологические Эндоскопические Радиоизотопные Холангиоманометрия Ультразвуковые дифференциальная диагностика</p> <p>Тема 14</p> <p>Осложнения механической желтухи Особенности предоперационной подготовки больных механической желтухой Эндоскопические методы лечения</p> <p>Тема 15</p> <p>Хирургические методы лечения Показания к холедохотомии и техника ее выполнения Выбор метода завершения холедохотомии Показания и техника операции на большом дуоденальном соске</p> <p>Тема 16</p> <p>Осложнения во время операций на желчных протоках. Послеоперационные осложнения (ранние, поздние) Особенности ведения больных с наружным дренированием желчных протоков Результаты лечения МСЭ</p> <p>Тема 17</p> <p>Острый холецистит. Эпидемиология Этиология и патогенез Классификация Клиника Диагностика Дифференциальная диагностика</p>					
---	--	--	--	--	--

<p>Тема 18</p> <p>Осложнения острого холецистита Тактика хирурга при остром холецистите Тактика хирурга при остром холецистите у лиц старческого возраста Консервативное лечение Предоперационная подготовка</p> <p>Тема 19</p> <p>Выбор метода оперативного вмешательства при остром холецистите Опасности и осложнения во время операции</p> <p>Тема 20</p> <p>Послеоперационный период Осложнения послеоперационного периода Особенности тактики хирурга при ферментативных холециститах</p> <p>Тема 21</p> <p>Особенности течения острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста Результаты лечения МСЭ</p> <p>Тема 22</p> <p>Хронический калькулезный холецистит Эпидемиология Этиология и патогенез Классификация Клиника Диагностика Дифференциальная диагностика Показания к хирургическому лечению Результаты лечения</p> <p>Тема 23</p> <p>Хронический бескаменный холецистит Клиника Диагностика. Выбор метода лечения (консервативный, хирургический) Показания к хирургическому лечению Результаты лечения. Реабилитация. ЛФК</p> <p>Тема 24</p> <p>Рак желчного пузыря и желчных про-</p>					
--	--	--	--	--	--

<p>токов Эпидемиология рака желчного пузыря Клиника Диагностика Выбор метода операции Радикальные операции Паллиативные операции Результаты лечения МСЭ</p> <p>Тема 25</p> <p>Рак большого дуоденального сосочка Эпидемиология Клиника Диагностика Дифференциальная диагностика Радикальные операции Паллиативные операции Результаты лечения МСЭ</p> <p>Тема 26</p> <p>Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков</p> <p>Тема 27</p> <p>Постхолецистэктомический синдром. Понятие и причины Дооперационная диагностика Показания к повторной операции на желчных протоках Операционные диагностические исследования</p> <p>Тема 28</p> <p>Операции при установленных причинах Неудаленный полностью желчный пузырь длинная культя пузырного протока Резидуальные камни Операция при патологии дистального отдела холедоха Операции при стриктурах внепеченочных желчных протоков</p> <p>Тема 29</p> <p>Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения постхолецистэктомического синдрома МСЭ</p> <p>Тема 30</p> <p>Хирургия повреждений внепеченочных желчных протоков. Причины</p>					
--	--	--	--	--	--

	<p>травмы внепеченочных желчных протоков при операциях на желчных протоках При операциях на органах желудочно-кишечного тракта диагностика и хирургическая тактика при повреждениях желчных протоков</p> <p>Тема 31</p> <p>Методы восстановления проходимости желчных протоков при их повреждении диагностика повреждений желчных протоков в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, тактика хирурга Сроки удаления дренажей при восстановлении на них проходимости желчных протоков. Билиодигестивные соустья при посттравматических стриктурах желчных протоков Ближайшие и отдаленные результаты операций МСЭ</p> <p>Тема 32</p> <p>Острая печеночно-почечная недостаточность Клиника Диагностика. Лечение Гемо- и лимфосорбция при недостаточности печени Прогноз и результаты лечения печеночно-почечной недостаточности</p>					
4.	<p><b>Заболевания поджелудочной железы</b></p> <p>Тема 1</p> <p>Острый панкреатит. Эпидемиология Этиология Патогенез Патоморфология Классификация Клиника Методы диагностики Лабораторные Эндоскопические Рентгенологические Дифференциальная диагностика. Консервативные методы лечения</p> <p>Тема 2</p> <p>Показания к хирургическому лече-</p>	48	27	75	Контрольная работа, собеседование, тест	ПК-5 ПК-6 ПК-9

<p>нию Предоперационная подготовка Хирургическое лечение Оперативные доступы к поджелудочной железе Показания к радикальным операциям Послеоперационное ведение больных</p> <p>Тема 3</p> <p>Осложнения острого панкреатита За- брюшинная флегмона Внутренние свищи Наружные свищи дифферен- циальная диагностика осложнений острого панкреатита Лечение ослож- нений</p> <p>Тема 4</p> <p>Послеоперационный панкреатит Па- тогенез диагностика дифференциаль- ная диагностика Лечение</p> <p>Тема 5 Хронический панкреатит. Эпи-</p> <p>Лечение хронического панкреатита Консервативная терапия Хирургиче- ское лечение. Операции на желчных протоках Операции на поджелудоч- ной железе Операции на протоках поджелудочной железе Операции на желудочно-кишечном тракте Опера- ции на вегетативной нервной системе Осложнения хирургического панкре- атита Результаты лечения Реабилита- ция больных МСЭ</p> <p>Тема 6</p> <p>Опухоли поджелудочной желе- зы.Эпидемиология Патоморфология. Рак поджелудочной железы Клиника Диагностика: радиационная, рентге- нологическая, эндоскопическая, ульт- развуковая, операционная</p> <p>Тема 7</p> <p>Хирургические методы лечения По- слеоперационное ведение Результаты</p>					
---	--	--	--	--	--

	<p>лечения</p> <p>Тема 8</p> <p>Кисты поджелудочной железы. Истинные кисты Классификация Клиника Диагностика Хирургическое лечение Послеоперационное ведение больных</p> <p>Тема 9</p> <p>Псевдокисты поджелудочной железы Патогенез Классификация и стадии формирования Клиника Осложнения Диагностика Дифференциальная диагностика Лечение (консервативное, хирургическое) Послеоперационное лечение Диспансерное наблюдение за больными с кистами и псевдокистами поджелудочной железы.</p>					
5.	<p><b>Травмы живота</b></p> <p>Тема 1</p> <p>Общие сведения Эпидемиология Классификация Зависимость травмы от ранящего предмета Сочетанная травма Живота и черепа Живота и груди Живота и опорно-двигательного аппарата</p> <p>Тема 2</p> <p>Ранения стенки живота Клиника диагностика Лечение</p> <p>Тема 3</p> <p>Травма паренхиматозных органов Клиника Методы диагностики Лабораторные Инструментальные Рентгенологические Эхолокционные Радиоизотопные Особенности диффузных разрывов паренхиматозных органов Лечение Результаты лечения МСЭ</p> <p>Тема 4</p> <p>Травма полых органов Клиника Методы диагностики Инструментальные</p>	44	20	64	Контрольная работа, собеседование, тест	УК-1 УК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10 ПК-12

	<p>Рентгенологические Лабораторные Особенности двухфазных разрывов полых органов Особенности клиники, операционной ревизии брюшной полости и хирургической тактики при травмах забрюшинно расположенных отделов половых органов Лечение Результаты лечения Реабилитация и МСЭ</p> <p>Тема 5</p> <p>Изолированные ранения органов брюшной полости Особенности тактики</p> <p>Тема 6 Забрюшинные гематомы Диагностика Особенности тактики Лечение</p>					
6.	<p><b>Грыжи</b></p> <p>Тема 1</p> <p>Общее учение о грыжах. Классификация Эпидемиология Этиология Составные части грыжи Симптоматология диагностика Профилактика Хирургическое лечение Послеоперационный период Результаты лечения МСЭ Осложнения Неправильная грыжа Ущемленная грыжа Механизм ущемления Патологоанатомические изменения Клиническая картина Осложнения Диагностика Лечение Особенности оперативного вмешательства</p> <p>Тема 2</p> <p>Диафрагмальные грыжи Эпидемиология Классификация Травматические диафрагмальные грыжи Клинические формы Симптоматология Рентгенодиагностика Осложнения Дифференциальная диагностика Лечение Нетравматическая диафраг-</p>	<b>44</b>	<b>20</b>	<b>64</b>	Контрольная работа, собеседование, тест	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-11

<p>мальная грыжа</p> <p>Тема 3</p> <p>Грыжи пищеводного отверстия Симптоматология Рентгенодиагностика Осложнения Лечение Грыжи треугольника Боудалена Позадигрудные диафрагмальные грыжи Релаксация диафрагмы Клиника Лечение</p> <p>Тема 4</p> <p>Паховые грыжи Эпидемиология Этиология. Прямая паховая грыжа Анатомические особенности Клинические проявления Диагностика Лечение хирургическое Сравнительная оценка хирургических методов лечения Послеоперационные осложнения Лечение послеоперационных осложнений</p> <p>Тема 5</p> <p>Косые паховые грыжи Анатомические особенности Клинические проявления Диагностика Хирургическое лечение Сравнительная оценка хирургических методов лечения Послеоперационное течение</p> <p>Тема 6</p> <p>Послеоперационные осложнения Профилактика и лечение послеоперационных осложнений Рецидивы при косых и прямых грыжах Хирургическое лечение Профилактика Скользящие паховые грыжи и их оперативное лечение Межкишечные паховые грыжи Параингинальные (околопаховые) грыжи</p> <p>Осложнения паховых грыж Лечение МСЭ</p> <p>Тема 7</p>					
---	--	--	--	--	--

<p>Травматические грыжи Этиология Симптоматология Диагностика Лечение Осложнения Экспертиза трудоспособности</p> <p>Тема 8</p> <p>Послеоперационные грыжи Этиология Симптоматология Диагностика Лечение Осложнения Экспертиза трудоспособности</p> <p>Тема 9</p> <p>Бедренные грыжи Эпидемиология Топографо-анатомические особенности Этиология Разновидности Симптоматология Диагностика Дифференциальная диагностика Хирургическое лечение Осложнения Профилактика и лечение послеоперационных осложнений</p> <p>Тема 10</p> <p>Пупочная грыжа Грыжа белой линии Эпидемиология Этиология Разновидности Симптоматология Диагностика Дифференциальная диагностика Профилактика Лечение Осложнения и их лечение Реабилитация и экспертиза трудоспособности</p> <p>Тема 11</p> <p>Редкие формы грыж Грыжа мечевидного отростка Боковая грыжа живота Поясничная грыжа Запирательная грыжа Седалищная грыжа Промежностная грыжа</p> <p>Тема 12</p> <p>Внутренние брюшные грыжи. Понятие о внутренних брюшных грыжах</p> <p>Эпидемиология Патогенез Симптоматология Диагностика Классификация</p>					
--	--	--	--	--	--

	<p>Предбрюшинные внутренние грыжи (надчревные, надпузырные) Позадібрюшинные внутренние грыжи (околодвенадцатиперстные, околослепокишечные, околоободочные, межсигмовидные, подвздошно подфасциальные) Внутробрюшинные внутренние грыжи (брыжеечно пристеночные, грыжи Винслова отверстия, брыжейки поперечно-ободочной кишки или сальниковой сумки, брыжейки тонкой кишки, сигмовидной кишки, червеобразного отростка и сальника, серповидной связки печени, Дугласова пространства, перепончатосальниковые) Предбрюшинные внутренние грыжи в области тазовой брюшины</p> <p>Тема 13</p> <p>Хирургическое лечение Результаты хирургического лечения МСЭ.</p>					
7.	<p><b>Инородные тела желудочно-кишечного тракта</b></p> <p>Тема 1</p> <p>Диагностика Осложнения, вызываемые инородными телами желудочно-кишечного тракта Лечение. Хирургия инородных тел</p>	14	9	23	Контрольная работа, собеседование, тест	УК-1, ПК-1,
8.	<p><b>Хирургические заболевания селезенки</b></p> <p>Тема 1 Заболевания кроветворной системы, требующие спленэктомии Эпидемиология Клиника Диагностика Дифференциальная диагностика Радикальные операции Паллиативные операции Результаты лечения МСЭ</p>	26	18	44		ПК-5 ПК-6

	<p>Тема 2</p> <p>Доброкачественные опухоли селезенки Эпидемиология Клиника Диагностика Дифференциальная диагностика Радикальные операции Паллиативные операции Результаты лечения МСЭ</p> <p>Тема 3</p> <p>Злокачественные опухоли селезенки Эпидемиология Клиника Диагностика Дифференциальная диагностика Радикальные операции Паллиативные операции Результаты лечения МСЭ</p> <p>Тема 4</p> <p>Непаразитарные кисты селезенки Паразитарные кисты селезенки Тактика хирурга при случайном повреждении селезенки при операциях на соседних органах Спленэктомия Особенности спленэктомии увеличенной селезенки с периспленитом Ближайшие и отдаленные результаты МСЭ</p>					
<b>9.</b>	<p><b>Заболевания легких и плевры.</b></p> <p>Тема 1</p> <p>Нагноительные заболевания легких и плевры. Абсцесс и гангрена легкого. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Данные рентгенологической диагностики. Бронхоскопическая картина. Данные цитологического и бактериоскопического исследования мокроты. Дифференциальная диагностика с туберкулезом, с раком легкого, с актиномикозом, с нагноившимися кистами. Пункция легкого с диагностической и лечебной целью; постоянное дренирование.</p>	<b>34</b>	<b>18</b>	<b>52</b>		ПК-5 ПК-6 ПК-11

<p>Тема 2</p> <p>Консервативные методы лечения абсцесса и гангрены. Лечебные бронхоскопии. Внутритрахеальные введения антибиотиков. Внутримышечное введение антибиотиков, в/в, эндолимфатическое, внутриартериальное. Применение др. консервативных средств (ультразвуковая кавитация, УФ облучение крови и плазмы, озонотерапия, лазерное излучение). Общеукрепляющее лечение. Сроки консервативного лечения.</p> <p>Тема 3</p> <p>Показания к оперативному лечению. Предоперационная подготовка. Виды хирургического лечения. Выбор обезболивания. Операционные доступы. Методы и объем операций. Осложнения во время операция, их профилактика и лечение.</p> <p>Тема 4</p> <p>Послеоперационная терапия. Ведение плевральной полости после операций. Послеоперационные ближайшие осложнения, их профилактика и лечение. Ближайшие результаты хирургического лечения. Отдаленные результаты хирургического лечения. Реабилитация, ЛФК. МСЭ. Трудоустройство.</p> <p>Тема 5</p> <p>Бронхоэктатическая болезнь (понятие). Современное представление о патогенезе. Классификация. Клиника. Рентгеноскопия. Рентгенография. Бронхография. Томография. Бактериологическое исследование мокроты. Радиоизотопное сканирование легких. Ангиопульмонография. Исследование функции внешнего дыха-</p>				
--	--	--	--	--

	<p>ния. Дифференциальная диагностика. С паразитарными кистами легких. С опухолями легких. С туберкулезом легких. С микотическими поражениями. Консервативное лечение. ЛФК.</p> <p>Тема 6</p> <p>Показания к хирургическому лечению Противопоказания к хирургическому лечению. Предоперационная подготовка. Методы обезболивания. Хирургические доступы. Виды операций при бронхоэктатической болезни. Техника выполнения отдельных операций. Сегментэктомия. Лобэктомии. Билобэктомии. Пневмонэктомии. Интра- и послеоперационные осложнения. Результаты лечения.</p> <p>Тема 7</p> <p>Спонтанный пневмоторакс – этиология, патогенез, клиника, диагностика, хирургическая тактика, хирургическое лечение (пункции, дренирование, торакотомия, торакоскопия).</p> <p>Тема 8</p> <p>Плевриты – плеврит и эмпиема плевры: этиология, патогенез, клиника, диагностика, хирургическая тактика, хирургическое лечение (пункции, дренирование, торакотомия, торакоскопия).</p>					
<b>10.</b>	<p><b>Заболевания средостения</b></p> <p>Тема 1</p> <p>Медиастинит – этиология, классификация, клиника, диагностика, хирургическое лечение, виды операций (внеплевральные, чрезплевральные.</p>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>23</b>		ПК-5 ПК-6

	<p>Тема 2</p> <p>Опухоли средостения – классификация, клиника, диагностика, хирургическая тактика.</p>					
11.	<p><b>Заболевания пищевода</b></p> <p>Тема 1</p> <p>Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – классификация, диагностика, клиника, лечение – консервативное, хирургическое, малоинвазивные методики.</p> <p>Тема 2</p> <p>Травма пищевода – виды травма, классификация, этиология, клиника, диагностика. Хирургическая тактика. Гастростомия в лечении заболеваний и травм пищевода, виды гастростом.</p> <p>Тема 3</p> <p>Рак пищевода. классификация, этиология, клиника, диагностика. Хирургическая тактика.</p> <p><b>Травмы грудной клетки</b></p> <p>Тема 1</p> <p>Повреждения грудной клетки механизм, классификация, виды пневмотораксов.</p> <p>Тема 2</p> <p>Плевропульмональный шок. эмфизема средостения. Гемоторакс. Виды, хирургическая тактика, консервативное лечение, пункции, дренирование. Торакоскопия. Торакотомия.</p> <p>Тема 3</p>	28	18	46		ПК-5 ПК-6
12.		34	18	52		УК-2 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-10 ПК-12

	<p>Ранения легкого – классификация, клиника, диагностика, хирургическая тактика, торакоскопия, торакотомия, ушивание, резекция легкого.</p> <p>Тема 4</p> <p>Повреждения сердца – закрытые – ушиб сердца, клиника диагностика, лечение. Открытые ранения сердца – причины, клиника, диагностика, хирургическая тактика, операционные доступы, шов раны сердца.</p> <p>Тема 5</p> <p>Переломы ребер – одиночные, множественные, оскольчатые, окончатые; осложнения – гемопневмоторакс, флотирующие переломы – парадоксальное дыхание. Методы фиксации. Реинфузия крови при травме груди.</p> <p>Тема 6</p> <p>Сочетанная травма грудной клетки – виды (ЧМТ, живот, скелетная), хирургическая тактика.</p>					
13.	<p><b>Заболевания венозной системы</b></p> <p>Тема 1</p> <p>Варикозная болезнь Этиология Патогенез Клиника Диагностика Клиническая Рентгенологическая УЗД Лечение Консервативное Хирургическое. Диспансеризация. Реабилитация. ЛФК</p> <p>Острые тромботические и воспалительные поражения системы нижней пол вены Классификация Патоморфологические нарушения регионарной и</p>	32	20	52		ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9

	<p>общей гемодинамики Диагностика Клиническая Рентгенологическая Функциональная УЗД Лечение Консервативное Хирургическое</p> <p>Флебит, тромбоз флебит Этиология Патогенез Клиника Диагностика</p> <p>Лечение Посттромбофлебитический синдром Этиология Патогенез Диагностика Клиническая Рентгенологическая Функциональная УЗД Лечение Консервативное Хирургическое Экспертиза трудоспособности</p> <p>Острый тромбоз системы верхней полой вены Этиология Патогенез и патофизиология нарушений гемодинамики Классификация Диагностика Клиническая Рентгенологическая Функциональная Лечение Принципы консервативной терапии Хирургическое лечение Показания Реконструктивные сосудистые операции Паллиативные операции</p>					
<b>14.</b>	<p><b>Заболевания артериальной системы</b></p> <p>Тема 1</p> <p>Облитерирующий эндартериит; Облитерирующий атеросклероз Этиология Патогенез Классификация Клиника Диагностика Лечение Консервативное Хирургическое Показания и противопоказания Хирургическая тактика Диспансеризация Экспертиза трудоспособности</p> <p>Тема 2</p> <p>Артерио-венозные аневризмы Классификация Этиология Патогенез Клиника Диагностика</p>	<b>28</b>	<b>18</b>	<b>46</b>		ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-9

	<p>Тема 3</p> <p>Эмболии и острые тромбозы артерий конечностей . Терминология Этиология и патогенез острой ишемии Степени острой ишемии Клиника ишемии конечностей Диагностика. Клиническая Функциональная Рентгеноконтрастная ангиография Дифференциальная диагностика</p> <p>Тема 4</p> <p>Показания и противопоказания к операциям на артериях конечностей Виды операций Показания к ампутациям Ведение послеоперационного периода, осложнения Реабилитация Экспертиза трудоспособности</p> <p>Тема 5</p> <p>Острые нарушения мезентериального кровообращения Этиология Патогенез Клиника Диагностика Лечение</p> <p>Тема 6</p> <p>Тромбоэмболия легочной артерии Этиология Патогенез Патофизиология расстройств гемодинамики Формы клинического течения Диагностика Профилактика Лечение Консервативное Хирургическое</p>					
<b>15.</b>	<p><b>Повреждения кровеносных сосудов</b></p> <p>Тема 1</p> <p>Диагностика Клиническая Рентгеноконтрастное исследование (артериография, венография) Функциональная диагностика</p> <p>Тема 2</p> <p>Общие принципы лечения поврежденных кровеносных сосудов Способы</p>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>23</b>		ПК-6 ПК-7 ПК-12

	<p>временной остановки кровотечения. Лечение геморрагического шока</p> <p>Тема 3</p> <p>Хирургические доступы к магистральным артериям и венам (шеи, груди, верхней конечности, таза, нижней конечности) Показания к перевязке сосудов. Определение показаний к восстановлению проходимости сосудов</p> <p>Восстановление проходимости сосудов Циркулярный сосудистый шов Боковой сосудистый шов Восстановление проходимости артерии за счет боковой ее ветви</p> <p>Тема 4</p> <p>Трансплантация и протезирование сосудов Шунтирование сосудов</p> <p>Осложнение во время операции Послеоперационное ведение Экспертиза трудоспособности</p>					
16.	<p><b>Заболевания лимфатической системы конечностей</b></p> <p>Тема 1</p> <p>Лимфедема Этиология Патогенез Клиника диагностика Лечение Консервативное Хирургическое Диспансеризация больных</p> <p>Тема 2</p> <p>Лимфангоит Этиология Патогенез Клиника диагностика Лечение Профилактика</p> <p>Тема 3</p> <p>Лимфаденит Этиология Патогенез Клиника диагностика Лечение Профилактика</p>	14	9	23		ПК-6 ПК-8

17.	<p><b>Учение о ранах</b></p> <p>Тема 1</p> <p>Частота различных видов травмы История развития учения о ранах Общие данные о раненом процессе Морфологическая характеристика раненого процесса Роль нейтрофилов, макрофагов, лимфоцитов Формирование грануляционной ткани, роль фибробластов</p> <p>Тема 2</p> <p>Патогенез раненого процесса Микроциркуляция при раненом процессе Изменения микрососудов Внутрисосудистые изменения Внесосудистые изменения Химические медиаторы раненого процесса Обмен веществ и энергии в ране</p> <p>Микробиология ран Микробиологические аспекты раненой инфекции Микробиологическая характеристика ран “</p> <p>Тема 3</p> <p>Чистые операционные раны”. Гнойные операционные раны Случайные раны. Характеристика основных видов возбудителей раненой инфекции Комплексное бактериологическое исследование гнойных ран</p> <p>Микробиологические аспекты анаэробной неклостридиальной инфекции</p> <p>Иммунологии раненой инфекции Общая характеристика факторов защиты Гуморальные (сывороточные) факторы защиты Клеточные факторы защиты Факторы естественной резистентности и иммунный ответ при раневой инфекции Хемотаксис лей-</p>	14	9	23		УК-3 ПК-5

	<p>коцитов Опсонизация Фагоцитоз  Функция лимфоцитов Активация  лимфоцитов Нарушения системы  лимфоцитов при гнойной инфекции  Сывороточные факторы</p> <p>Тема 4</p> <p>Характеристика раневого процесса  Классификация ран Классификация  раневого процесса. Виды заживления  раны Заживление первичным натя-  жением Заживление вторичным  натяжением Заживление под струпом</p> <p>Тема 5</p> <p>Объективные критерии оценки тече-  ния раневого процесса Клиническая  характеристика Цитологическая ха-  рактеристика Бактериологическая ха-  рактеристика Скорость заживления  ран Критерии жизнеспособности тка-  ней раны</p>					
<b>18.</b>	<p><b>Общие принципы лечения гной-  ных ран</b></p> <p>Тема 1</p> <p>Основные принципы активной хирур-  гической тактики Хирургическая об-  работка ран Терминология и основ-  ные понятия Первичная хирургиче-  ская обработка Вторичная хирурги-  ческая обработка Техника хирургиче-  ской обработки гнойного очага Спо-  собы совершенствования хирургиче-  ской обработки гнойного очага Пуль-  сирующая струя жидкости Ультра-  звуковая обработка ран Вакуумиро-  вание Электростимуляция</p> <p>Тема 2</p> <p>Местная лекарственная терапия Пре-  параты для лечения ран в 1 фазе ра-</p>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>38</b>		УК-1 ПК-5 ПК-6

<p>неного процесса Антисептики Некролитические препараты Препараты деградирующего действия Многокомпонентные мази на водорастворимой основе Препараты для лечения ран во II фазе раненого процесса Мази для II фазы раненого процесса Масляно-бальзамические повязки Формы на основе коллагена</p> <p>Тема 3</p> <p>Острые гнойные заболевания кожи, подкожной клетчатки, забрюшинного пространства, кисти, костей</p> <p>Тема 4</p> <p>Рожистое воспаление Этиология Патогенез Клиника Лечение</p> <p>Флегмона Этиология Патогенез Клиника Лечение Выбор целесообразного хирургического доступа Методы дренирования флегмон Осложнения</p> <p>Фурункул Этиология Патогенез Клиника Профилактика Лечение Фурункулез* карбункул* Абсцесс* Паранефрит Этиология Патогенез Клиника Лечение Параколит** Псоиты**</p> <p>Тема 5</p> <p>Гнойные заболевания кисти. Панариций Классификация Этиология Патогенез Клиника Лечение Осложнения Экспертиза временной нетрудоспособности</p> <p>Тема 6</p> <p>Флегмона кисти Классификация Этиология Патогенез Клиника Лечение Осложнения Экспертиза временной нетрудоспособности</p>					
--	--	--	--	--	--

<p>Тема 7</p> <p>Остеомиелиты Классификация Этиология Патогенез Клиника диагностика дифференциальная диагностика Лечение. Осложнения. Профилактика Прогноз. Реабилитация Отдаленные результаты Экспертиза временной нетрудоспособности</p>		20	38		ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-11
<p>Тема 8</p> <p>Маститы Этиология Патогенез Клиника диагностика дифференциальная диагностика Лечение Консервативное Хирургическое Прогноз Результаты лечения Вопросы реабилитации и МСЭ</p>	18				
<p>Тема 9</p> <p>Хронические гнойные заболевания. Трофические язвы Этиология, патогенез, клиника, лечение Гнойные свищи Этиология, клиника, лечение</p>					
<p>Тема 10</p> <p>Пролежни Этиология, клиническая картина Принципы и методы лечения</p>					
<p>Тема 11</p> <p>Гангрена Этиология, патогенез, клиника, лечение</p>					
<p><b>Хирургический сепсис</b></p>					
<p>Тема 1</p> <p>Терминология и классификация Этиология и патогенез Первичный и вторичный гнойные очаги Иммунная защита организма Эндотоксикоз при тяжелой гнойной инфекции Изучение энергетического обмена Сердечно-сосудистая система при сепсисе Органы дыхания при сепсисе Система гемокоагуляции Печень и почки при сепсисе Морфологические изменения</p>					

19.	<p>при хирургическом сепсисе</p> <p>Тема 2</p> <p>Клиническая картина Дифференциальная диагностика хирургического сепсиса Осложнения сепсиса Септический шок</p> <p>Тема 3</p> <p>Активное хирургическое лечение гнойных очагов Интенсивная терапия больных тяжелой гнойной инфекцией Общие принципы Предоперационная подготовка Общее интенсивное лечение Антибактериальная терапия Направленная иммунокоррекция детоксикация при тяжелой гнойной инфекции Метаболическая коррекция Восполнение белково-энергетических потерь Коррекция анемии и гипопротейнемии Коррекция нарушений системы гемостаза</p> <p>Тема 4</p> <p>Интенсивная терапия септического шока</p> <p>Тема 5</p> <p>Интенсивная терапия больных с местной гнойной инфекцией и сопутствующими последствиями Показания к проведению интенсивной терапии при тяжелой гнойной инфекции и оценка ее эффективности Летальность при сепсисе</p>						
20.	<p><b>Особые виды раневой инфекции</b></p> <p>Тема 1</p> <p>Клостридиальная инфекция Этиология Клиника Диагностика Дифференциальная диагностика Лечение Исхо-</p>						

<p>ды лечения</p> <p>Тема 2</p> <p>Столбняк Эпидемиология Этиология Патогенез Клиника Диагностика Дифференциальная диагностика Лечение Профилактика</p> <p>Тема 3</p> <p>Бешенство Этиология Патогенез Клиника Диагностика Лечение Профилактика</p> <p>Тема 4</p> <p>Анаэробная неклостридиальная инфекция Этиология и патогенез Клиническая картина Диагностика и дифференциальная диагностика Принципы лечения Хирургическое лечение Антибактериальная терапия</p> <p>Тема 5</p> <p>Гнойная хирургическая инфекция у больных сахарным диабетом. Особенности течения хирургической инфекции Нарушение обмена у больных сахарным диабетом на фоне хирургической инфекции “Диабетическая стопа Клиническая картина Диагностика Определение уровня дренирования конечности. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных Активное хирургическое лечение Комплексная терапия</p> <p>Тема 6</p> <p>Перитонит Этиология Классификация Патогенез Клиника Специальные методы диагностики Лечение Консервативная терапия</p> <p>Тема 7</p> <p>Оперативное лечение Послеоперационное ведение Послеоперационные</p>					
--	--	--	--	--	--

	<p>осложнения. Вопросы реабилитации и трудоустройства</p> <p>Тема 8</p> <p>Остаточные гнойники брюшной полости Классификация Патогенез Клиника Диагностика Лечение</p>					
<b>21.</b>	<p><b>Антибактериальная терапия в хирургии</b></p> <p>Тема 1</p> <p>Антибиотики в хирургии История открытия антибиотиков Методы получения антибиотиков Механизмы действия Вопросы классификации Бета-лактамыные антибиотики Пенициллины Цефалоспорины Карбапенемы (тиенамицины) Макролиды Линкозамины Рифампицины Аминогликозиды Тетрациклины Левомецетин Полмиксины Хинолоны и фторхинолоны Противогрибковые антибиотики Антибактериальные средства других классов Сульфаниламиды Нитрафураны Другие антибактериальные препараты</p> <p>Тема 2</p> <p>Принципы сочетанной антибактериальной терапии Понятия о резистентности Пути снижения резистентности микробной флоры Осложнения Лечение осложнений Ошибки при назначении антибактериальной терапии</p>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>23</b>		УК-3 ПК-5 ПК-6

## **8. Образовательные технологии**

В ходе изучения дисциплины используются следующие образовательные технологии: лекция, семинарское занятие, самостоятельная работа ординаторов:

Лекции проводятся с использованием дополнительного оборудования в виде мультимедийной системы для обеспечения наглядности учебного материала. Расписание лекций формируется подразделением/ями, реализующими дисциплину, в начале учебного года в соответствии с учебно-тематическим планом дисциплины и размещается в ЭИОС.

Семинарские занятия имеют целью закрепить теоретические знания, сформировать у ординатора необходимые профессиональные умения и навыки клинического мышления. С этой целью в учебном процессе используются интерактивные формы занятий: дискуссия, решение ситуационных задач и разбор конкретных ситуаций. Расписание семинарских занятий формируется подразделением/ями, реализующими дисциплину, в начале учебного года в соответствии с учебно-тематическим планом дисциплины и размещается в ЭИОС.

В рамках изучения дисциплины предусмотрена возможность обучения на научно-практических конференциях, съездах и симпозиумах, мастер-классах экспертов и специалистов в области нефрологии.

Самостоятельная работа ординаторов направлена на совершенствование навыков и умений, полученных во время аудиторных занятий, а также на развитие навыков самоорганизации и самодисциплины. Поддержка самостоятельной работы заключается в непрерывном развитии у ординатора рациональных приемов познавательной деятельности, переходу от деятельности, выполняемой под руководством преподавателя, к деятельности, организуемой самостоятельно. Контроль самостоятельной работы организуется как единство нескольких форм: самоконтроль, взаимоконтроль, контроль со стороны преподавателя.

## **9. Оценка качества освоения программы**

Оценка качества освоения программ ординатуры обучающимися включает текущий контроль успеваемости, промежуточную аттестацию обучающихся и государственную итоговую аттестацию.

1. Текущий контроль успеваемости - контроль знаний обучающихся в процессе освоения дисциплины.

**Формы текущего и рубежного контроля успеваемости:**

- ЗС – решение ситуационных задач,  
 КР – контрольная работа,  
 С – собеседование по контрольным вопросам,  
 Т – тестирование,  
 Р – реферат.

2. Промежуточная аттестация - выявляет результаты выполнения ординатором учебного плана и уровень сформированности компетенций. Промежуточная аттестация проводится кафедрами. Процедура промежуточной аттестации включает устное собеседование с ординатором, демонстрацию ординатором практических навыков, учитывает сдачу экзаменов, зачетов по дисциплинам и практикам, предусмотренных учебным планом. Экзамен по дисциплине «Нефрология» является формой рубежного контроля успеваемости по дисциплине, результат которого учитывается при промежуточной аттестации ординаторов.

**Перечень оценочных средств**

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Форма контроля успеваемости	Перечень оценочных средств (ФОС)	Оцениваемые компетенции
<b>Б</b> <b>1.Б.6.1</b>	Раздел 1 Заболевания и травмы органов брюшной полости	Зачет	1. Перечень вопросов для устного собеседования; 2. Перечень вопросов для письменных контрольных работ; 3. Банк тестовых заданий; 4. Банк ситуационных клинических задач	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10
<b>Б</b> <b>1.Б.6.2</b>	Раздел 2 Заболевания органов грудной клетки	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9
<b>Б</b> <b>1.Б.6.3</b>	Раздел 3 Заболевания и повреждения сосудов	Зачет		УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9
<b>Б</b> <b>1.Б.6</b>	Раздел 4 Хирургическая инфекция	Экзамен	1. Перечень вопросов для устного собеседования; 2. Банк тестовых заданий; 3. Банк ситуационных клинических задач	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10

Прием зачетов проводится на последнем занятии раздела дисциплины, в котором предусмотрена данная форма контроля успеваемости. Сроки зачетов устанавливаются расписанием. Зачеты принимают преподаватели, руководившие практикой, семинарами или читающие лекции по данной дисциплине. Форма и порядок проведения зачета определяется кафедрой самостоятельно в зависимости от содержания дисциплины, целей и особенностей ее изучения, используемой технологии обучения. Зачеты по дисциплинам и практикам являются недифференцированными и оцениваются отметками «зачтено», «не зачтено». Результаты сдачи зачетов заносятся в зачетную ведомость.

Экзамен по дисциплине «Хирургия» проводится после освоения всех образовательных модулей, предусмотренных учебным планом, и включает в себя:

**1. Тестирование (30 вопросов);**

**2. Собеседование по экзаменационному билету, включающему 3 вопроса из разных разделов дисциплины и ситуационную клиническую задачу.**

Успешное тестирование (более 70% правильных ответов) является обязательным условием для допуска к собеседованию. Результаты устного этапа экзамена оцениваются на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и объявляются в день экзамена.

***Критерии оценки сформированности компетенций в результате освоения дисциплины и шкала оценивания:***

<b>Перечень компетенций</b>	<b>Критерии их сформированности</b>	<b>Оценка по 5-ти бальной шкале</b>	<b>Аттестация</b>
УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10	Знания, умения и навыки сформированы на продвинутом уровне	Отлично (5)	Зачтено
УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10	Знания, умения и навыки сформированы на повышенном уровне	Хорошо (4)	

УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10	Знания, умения и навыки сформированы на базовом уровне	Удовлетворительно (3)	
УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10	Знания, умения и навыки сформированы на уровне ниже базового	Неудовлетворительно (2)	Не зачтено

3. **Государственная итоговая аттестация** является завершающей стадией контроля качества подготовки специалистов. Целью ГИА является установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям ФГОС ВО. При успешной сдачи аттестационных испытаний решением государственной экзаменационной комиссии обучающемуся присваивается квалификация «врач -хирург» и выдается диплом об окончании ординатуры. Обучающиеся, не прошедшие государственной итоговой аттестации или получившие на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, вправе пройти государственную итоговую аттестацию в сроки, определяемые порядком проведения государственной итоговой аттестации по соответствующим образовательным программам.

## 10. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

### Основная литература:

#### А) Клинические рекомендации по нозологическим формам.

1. **Национальные клинические рекомендации по хирургии РОХ**  
<https://book.surgeons.ru/clinical-guidelines>

#### Б) Обязательная литература.

1. **Клиническая хирургия** [Текст] : нац. рук. Т. 1 / Рос. о-во хирургов, Ассоциация мед о-в по качеству ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 864, [3] с. : ил., 6 л. цв. ил. + 1CD-ROM. - (Национальные руководства).
2. **Клиническая хирургия** [Текст] : нац. рук. Т. 2 / Рос. о-во хирургов, Ассоциация мед о-в по качеству ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 825, [3] с. : ил., 6 л. цв. ил. + 1CD-ROM. - (Национальные руководства).
3. **Клиническая хирургия** [Текст] : нац. руководство. Т. 3 / Рос. о-во хирургов, Ассоциация мед. о-в по качеству ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1002, [4] с. : ил., 5 л. цв. ил. + 1CD-ROM. - (Национальные руководства).
4. **Общая и неотложная хирургия** [Текст] : руководство / под ред. С. Патерсон-Брауна ; пер. с англ. под ред. В. К. Гостищева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 379 с. : ил., цв. ил. - (Руководства для специалистов хирургической практики).
5. **Гостищев В. К.** Общая хирургия [Текст] : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Общая хирургия. Анестезиология" / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 728 с. : ил., 8 л. цв. ил.
6. **Хирургические болезни** [Текст] : учебник : в 2 т. Т. 2 / В. С. Савельев [и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 398, [2] с. : ил. + 1 CD-ROM (к Т. 1-2).
7. **Хирургические болезни** [Текст] : учебник : в 2 т. Т. 1 / М. М. Абакумов [и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 603, [3] с. : ил. + 1CD-ROM (к Т. 1-2).
8. **Хирургические болезни** [Текст] : учебник для вузов по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" / А. Ф. Черноусов [и др.] ; под ред. А. Ф. Черноусова ; Минобрнауки РФ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с. : ил., цв. ил. + 1 CD-ROM.
9. **Петров С. В.** Общая хирургия [Текст] : учебник для вузов по спец. 060101.65 "Леч. дело" и 060105.65 "Мед.-профил. дело" по дисциплине "Общая хирургия. Лучевая диагностика" / С. В. Петров ; Минобрнауки РФ. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 832 с. : ил.
10. **Российское общество хирургов (РОХ)** - [www.общество-хирургов.рф](http://www.общество-хирургов.рф)  
(электронный ресурс)

## Дополнительная литература:

1. **Ривкин В. Л.** Колопроктология [Текст] : [рук. для врачей] / В. Л. Ривкин, Л. Л. Капуллер, Е. А. Белоусова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с. : ил., 6 л. цв. ил.
2. **Эндокринная хирургия** [Текст] : [рук. для врачей] / С. С. Харнас [и др.] ; под ред. С. С. Харнаса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 490, [4] с. : ил., цв. ил. - (Библиотека врача-специалиста. Хирургия. Эндокринология).
3. **Травматология** [Текст] : национальное руководство / под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 808с. – (Национальные руководства).
4. **Урология** [Текст] : национальное руководство / под ред. Н.А.Лопаткина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1024с. – (Национальные руководства)
  5. Кавалерский, Г.М. Хирургия катастроф. Учебник / Г.М. Кавалерский. - М.: Academia, 2018. - 80 с.
  6. Каган, И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: Учебник / И.И. Каган. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 80 с.
  7. Зубарев, П.Н. Хирургические болезни пищевода и кадии: Руководство для врачей / П.Н Зубарев, С.Я. Иванус и др. – СпецЛит, 2018. – 303с.
  8. Парфёнов, В.Е. Хирургия тяжелых сочетанных повреждений: Атлас / В.Е.Парфёнов, А.Н.Тулупов. – СПб.: ЭЛБИ, 2018. – 458с.
  9. Хешберг Э., Мэттокс К.Л.; под ред. Мэри К. Аллен; Неотложная хирургия: профессиональные секреты / Хешберг Э. – М.: Практическая медицина, 2019. – 256 с.
    - 9.Пугаев, А.В. Острый Панкреатит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. - Инфра-М, 2019. – 180 с.
  - 10.Ревিশвили, А.Ш. Оптимизация диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний (инновационные технологии) / А.Ш. Ревিশвили. – СпецЛит, 2020. – 319 с.
  11. Пугаев, А.В. Острый Аппендицит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. - Инфра-М, 2020. – 144 с.
  12. Тулупов, А.Н. Закрытые повреждения живота : руководство для врачей / А.Н. Тулупов, В.А. Мануковский и др. - Гэотар-Медиа, 2021. – 232 с.
  13. Адамс Х.-А. Атлас по неотложной помощи/ Адамс Х.-А – МЕДпресс, 2022. – 216 с.
  14. Миннуллин, И.П. Повреждения живота при взрывах. Монография / И.П. Миннуллин. – СпецЛит, 2022. – 191 с.
15. Хан М. / пер с англ под Ред Самохвалова. Начала военно-полевой хирургии: иллюстрированное руководство /М. Хан, Д. Нотт. - Гэотар-Медиа, 2022. – 368 с.
16. Гуманенко, Е.К. Военно-полевая хирургия. Учебник / Е.К. Гуманенко. –
17. Мануковский, В.А. Тулупов, А.Н. Политравма: руководство для врачей /А.Н. Тулупов, В.А. Мануковский и др. - Гэотар-Медиа, 2022. – 960 с.

18. Дибиров, М.Д. Практические навыки в хирургии и первая помощь при критических состояниях: учебное пособие / М.Д. Дибиров. - Гэотар-Медиа, 2022. – 544 с.

19. Самохвалов, В.И. Бадалов Военно-полевая хирургия. ГЭОТАР – Медиа, 2023г. -432с.

20. Лысенко М.В.. Переходов С.Н. Военно-полевая хирургия «Медпроф» 2023г.- 289с.

#### **в) Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:**

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

Режим доступа – ЭБС «Консультант студента» <http://www.studentlibrary.ru>

ЭБС ВолгГМУ -<http://library.volgmed.ru>. Консультант врача <http://www.rosmedlib>

### **11. Материально-техническое обеспечение дисциплины**

Для семинарских занятий используются учебные комнаты кафедры, а также специализированные помещения отделений клинической базы ГБУЗ «Городская клиническая больница №1 им.С.З.Фишера», г.Волжский.

Перечень материально-технических средств для:

- чтения лекций: мультимедийные комплексы; проекционная аппаратура, аудиосистема;

- проведения семинарских занятий: мультимедийные комплексы, аудио- и видеоаппаратура и другие технические средства обучения;

Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием ( операционные) и медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, аппарат для измерения артериального

давления с детскими манжетками, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, стол, сантиметровые ленты, аппарат для искусственной вентиляции легких (портативный), материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях, являющихся базой для прохождения практики ординаторов.

Комплекты основных учебных документов. Ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам.

## 12. Приложения

### 12.1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ХИРУРГИЯ»

#### Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Заболевания и травмы органов брюшной полости»</p>	<p>1.Ахалазия кардии. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.</p> <p>2. Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Патогенез. Клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде. Раннее и позднее бужирование.</p> <p>3. Классификация Джонсона: Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки типы желудочных язв (медиагастральная, сочетанная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвы препилорические и пилорического канала). Этиология и патогенез желудочных язв</p> <p>4 Острая кишечная непроходимость Определение понятия. Классификация (по происхождению, патогенезу, анатомической локализации, клиническому течению). Методы исследования больных.</p> <p>5. Острые нарушения мезентериального кровообращения Виды острых нарушений мезентериального кровообращения (эмболии, тромбоз артерий, неокклюзивные нарушения мезентериального кровообращения, тромбоз вен).</p> <p>6. Желчно-каменная болезнь. Эпидемиология, частота. Этиология и патогенез камнеобразования. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Показания к операции.</p> <p>7.Осложнения желчнокаменной болезни: холедохолитиаз, рубцовый стеноз большого дуоденального сосочка. Стриктура желчных протоков.</p> <p>8.Открытая травма живота. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.</p> <p>9.Синдром позиционного сдавления. Патогенез. Диагностика и дифференциальная диагностика. Основные принципы лечения.</p> <p>10.Внутрибрюшные и внебрюшные разрывы мочевого пузыря: клиника, диагностика, лечение.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Заболевания органов грудной клетки»</p>	<p>11.Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология, патогенез, классификация. Клиника, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.</p> <p>12.Дисфагия. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>13.Проникающие (в т.ч. огнестрельные) ранения груди. Клиника, диагностика. Тактика хирурга.</p> <p>14.Ишемическая болезнь сердца. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Хирургическое лечение хронической ишемической болезни сердца.</p> <p>15.Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, классификация. Скользящие и параэзофагеальные грыжи. Клиника, диагностика. Осложнения</p>

	<p>грыж. Показания к оперативному лечению. Принципы лечения.</p> <p>16.Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Патогенез. Клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения. Клиника рубцового сужения пищевода, локализация и формы сужения. Диагностика. Лечение.</p> <p>17.Спонтанный пневмоторакс. Клиника, диагностика. Тактика, выбор метода лечения.</p> <p>18.Абсцессы легкого, причины, диагностика. Лечение.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Заболевания и повреждения сосудов»</p> <p>Раздел 4 Хирургические инфекции</p>	<p>19.Гангрена нижних конечностей. Классификация, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.</p> <p>20..Синдром диабетической стопы.</p> <p>21. ОСТРЫЙ тромбофлебит поверхностных и глубоких вен нижних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>22.. Возможности современной трансплантологии. Консервирование органов и т.к. а н ей.. Показания к пересадке органов. Виды трансплантации.</p> <p>23. Ампутация. Принцип ампутации и протезирования верхних и нижних конечностей.</p> <p>24. Портальная гипертензия. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к оперативному лечению. Методы хирургического лечения.</p> <p>25.. Хирургическая инфекция. Пути профилактики. Особенности лечения. Лечение гнилостной и анаэробной инфекции.</p> <p>26. Острый мастит Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, профилактика, лечение.</p> <p>27. Гнойно-воспалительные заболевания пальцев и кисти. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика. Особенности разрезов и дренирования гнойных полостей.</p> <p>28. Гангрена нижних конечностей. Классификация, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.</p> <p>29. Классификация ран, стадии течения,микробиология ран.</p>

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Заболевания и травмы органов брюшной полости»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. .ОСТРЫЙ панкреатит. Этиология, патогенез, классификация. Клиника, диагностика. Консервативная терапия. Показания к ранним операциям. Методы операций.</li> <li>2. Синдром Меллори-Вейса. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Показание к хирургическому вмешательству. Вид операций.</li> <li>3. Тактика хирурга при лечении осложненных форм острого аппендицита,</li> </ol>
--	--

	<p>аппендикулярного инфильтрата, периаппендикулярного абсцесса, перитонита..</p> <p>4. Открытая травма живота. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.</p> <p>5. Рак желчного пузыря и внепеченочных желчных путей. Факторы, способствующие развитию. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>6. Механическая желтуха. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных.</p> <p>7. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Понятие о прикрытых перфорациях. Выбор метода операции.</p> <p>8. Грыжи белой линии живота, виды операций. Редкие виды грыж (грыжа спигелевой линии, грыжа запирающего отверстия, грыжа Трейтца). Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>9.Травма живота. Диагностика и принципы лечения сочетанной и комбинированной травмы.</p> <p>10.Перитонит,классификация,современные методы лечения</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Хирургические заболевания легких»</p>	<p>10. Проникающее ранения груди. Клиника. Диагностика. Тактика хирурга.</p> <p>11. Пневмоторакс. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>12. Гемопневмоторакс. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>13.Тиреотоксический зоб. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>14.Рак легкого. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы современного лечения.</p> <p>15. Дисгормональные заболевания молочной железы. Клиника. Диагностика. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению дисгормональных заболеваний молочной железы.</p> <p>16. Опухоли и кисты средостения. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Заболевания и повреждения сосудов»</p>	<p>17.Виды сосудистого шва.</p> <p>18. Артериальные тромбозы и эмболии нижних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы консервативной терапии. Показания к оперативному лечению. Методы операций.</p> <p>19. Острые тромбозы и эмболии верхних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>20. Илеофemorальный тромбоз. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>21. Синдром Лериша. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>22. Тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов. Современные представления о причинах и механизмах. Клиника. Диагностика. Дифференци-</p>

<p>Б 1.Б 6.</p> <p>Раздел 4 Хирургические инфекции</p>	<p>альная диагностика. Показания к хирургическому лечению. Способы оперативных вмешательств.</p> <p>23..Сепсис- экстракорпоральные методы лечения.</p> <p>24. Гнойные воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки: фурункул, карбункул, гидраденит, абсцессы, флегмоны). Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>25. Парапроктит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>26. Термические и химические ожоги. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика. Консервативное лечение. Показания к операции и основные принципы хирургического лечения.</p> <p>27. Гематогенный и травматический остеомиелит. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Консервативные и хирургические методы лечения .</p> <p>28. Абсцессы брюшной полости, пункционные методы лечения.</p>
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами) (примеры).

<p>I Раздел 1 «Заболевания и травмы органов брюшной полости»</p>	<p>1. Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано</p> <p>: а) При остром деструктивном холецистите;</p> <p>б) При неушитом ложе удаленного желчного пузыря;</p> <p><b>в) При возможности возникновения кровотечения из ложа желчного пузыря;</b></p> <p>г) При редких швах ложа удаленного желчного пузыря;</p> <p>д) Тампон не ставят.</p> <p>2. При выборе способа хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются:</p> <p>а) Сроком с момента прободения;</p> <p><b>б) Степенью воспалительных изменений брюшины;</b></p> <p>в) Величиной перфоративного отверстия;</p> <p>г) Локализацией перфоративного отверстия;</p> <p>д) Возрастом больного.</p> <p>3. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать:</p> <p>а) Анализ кала на скрытую кровь;</p> <p>б) Контрастную рентгеноскопию желудка;</p> <p>в) Анализ желудочного сока на скрытую кровь;</p> <p><b>г) Фиброгастроскопию;</b></p>
--	---

д) Определение гемоглобина и гематокрита.

4. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы: **1. На малой кривизне желудка; 2. В кардиальном отделе желудка; 3. В антральном отделе желудка; 4. В нижнем отделе пищевода; 5. В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки.** Выберите правильные ответы.

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

а) Инсулемы поджелудочной железы;

б) Синдрома приводящей петли;

в) Пептической язвы анастомоза;

г) **Демпинг-синдрома;**

д) Синдрома малого желудка.

6. Секретин образуется:

а) **В двенадцатиперстной кишке;**

б) В печени;

в) В поджелудочной железе;

г) В дистальных отделах тонкой кишки;

7. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся:

**1. Рвота; 2. Шум плеска над проекцией желудка; 3. Наличие чаш Клойбера; 4. Отрыжка; 5. Похудание.** Выберите правильный ответ

8. Резекция на выключение может быть выполнена:

а) При низкой постбульбарной язве;

б) При пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку;

в) При плотном воспалительном инфильтрате в области двенадцатиперстной кишки;

г) При пенетрации язвы в головку поджелудочной железы;

д) **При пенетрации язвы в печень.**

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

а) **Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки;**

б) Поздней обращаемостью;

в) Возможностью психозов;

г) Возможностью суицидальных попыток;

д) Всем перечисленным.

**10.** Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются:

- а) Рвота;
- б) Желудочное кровотечение;
- в) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости;**
- г) Частый жидкий стул;
- д) Икота.

**11.** Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо: **1.** Назначение соляной кислоты с пепсином в большом количестве; **2. Промывание желудка;** **3. Введение растворов электролитов;** **4. Введение белковых растворов;** **5. Коррекция нарушения кислотно-щелочного состояния.** Выберите правильный ответ.

12. Острое расширение желудка может быть быстро распознано:

- а) Рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении;**
- б) Лапароцентезом;
- в) Назогастральной интубацией;
- г) Перкуссией брюшной стенки;
- д) Исследованием плазмы крови на серотонин.

**13.** Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают:

- а) Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки;
- б) Постбульбарные язвы;
- в) Язвы малой кривизны желудка;
- г) Язвы большой кривизны желудка;**
- д) Язвы всех указанных локализаций.

14. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни:

- а) Остановившееся желудочное кровотечение;
- б) Перфоративная язва;**
- в) Пенетрирующая язва;
- г) Стеноз выходного отдела желудка;
- д) Малигнизированная язва.

15. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается:

- а) В применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка;
- б) В периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва;

	<p>в) В постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором;</p> <p><b>г) В местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости;</b></p> <p><b>д) В постоянной аспирации содержимого желудка, внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков.</b></p>
<p>Раздел 2 «Хи- рургические заболевания легких»»</p>	<p>16. При наличии у больного абсцесса легкого бронхоскопию следует рассматривать как метод:</p> <p>а) Не имеющий никакого значения;</p> <p>б) Имеющий значение для уточнения диагноза;</p> <p>в) Имеющий лечебное значение;</p> <p><b>г) Имеющий лечебное и диагностическое значение;</b></p> <p>д) Имеющий ограниченное применение, как вредный и опасный.</p>
	<p>17. Учитывая локализацию межреберного сосудисто-нервного пучка пункцию плевральной полости безопаснее проводить: 1. Во 2-3 межреберных промежутках по средней ключичной линии по нижнему краю ребра; 2. <b>В 7-8 межреберных промежутках по паравerteбральной линии по верхнему краю ребра;</b> 3. <b>В 7-8 межреберных промежутках по средней подмышечной линии по верхнему краю ребра;</b> 4. В любом из указанных мест.</p> <p>18. Рентгенологически определяемый ателектаз сегмента легкого, доли или всего легкого обя-зывает врача в первую очередь исключить:</p> <p>а) <b>Центральный рак легкого;</b></p> <p><b>б) Доброкачественную опухоль (центральную);</b></p> <p>в) Пневмонию;</p> <p>г) Пневмоторакс;</p> <p>д) Инородное тело.</p> <p>19. . Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является:</p> <p>а) Боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье.</p> <p>б) Боль в предреберье.</p> <p>в) <b>Пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом ис-следовании.</b></p> <p><b>г) Ослабленное дыхание на стороне травмы.</b></p> <p><b>д) Общее тяжелое состояние больного.</b></p> <p>20. Больной попал в автомобильную катастрофу. Диагностирован левосторонний гемо-пневмоторакс, подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Рентгенологически обнаружен перелом V, VI, VII ребер слева, причем перелом VI ребра со смещением костных отломков и проникновением одного из них в легочную ткань. Ваши действия включают:</p> <p>а) Только дренирование плевральной полости;</p> <p>б) Гемостатическую консервативную терапию;</p>

в) **Торакотомию, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого;**

г) Искусственную вентиляцию легких;

д) Экстраплевральный остеосинтез.

21. Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие, тахикардия, АД-80/ 20 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Имеет место укорочение перкуторного звука. Можно предположить:

а) Ранение легкого;

б) Торакоабдоминальное ранение;

в) **Ранение сердца;**

г) Ранение крупных сосудов средостения;

д) Плевропульмональный шок.

22. . Больной получил дорожную травму. В процессе обследования выявлен перелом костей таза. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. У данного больного можно предположить:

а) Внутрибрюшное кровотечение;

б) Разрыв легкого;

в) Тупую травму сердца;

г) **Разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную;**

**д) Для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы исследования.**

23. У больного, поступившего с двусторонним переломом ребер, имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Необходимо предпринять:

а) Дренирование плевральной полости справа;

б) Дренирование обеих плевральных полостей;

в) **Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки;**

г) **Насечки на коже грудной клетки и шеи;**

**д) Динамическое наблюдение.**

24. В легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого образования следует произвести:

а) Бронхоскопию;

б) **Трансторакальную игловую биопсию;**

в) Катетеризационную биопсию при бронхоскопии;

г) Повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки;

д) Исследование промывных вод при бронхоскопии

25. Абсолютным показанием для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки

является:

- а) Пневмоторакс;
- б) Свернувшийся гемоторакс;
- в) Продолжающееся кровотечение в плевральную полость;**
- г) Проникающее ранение грудной клетки;
- д) Гемопневмоторакс.

26. . Больному 47 лет. Давно и много курит. В течение последних месяцев почти ежедневно кровохарканье. Необходимо заподозрить:

- а) Хронический абсцесс легкого;
- б) Хроническую пневмонию;
- в) Рак легкого;**
- г) Туберкулез легкого;
- д) Пневмосклероз.

27. Наиболее выгодное место дренирования плевральной полости для устранения пневмоторакса:

- а) 2-е межреберье по средней ключичной линии;**
- б) 4-е межреберье по передней подмышечной линии;
- в) 7-е межреберье по передней аксиллярной линии;
- г) 8-е межреберье по задней аксиллярной линии;
- д) 3-е межреберье по средней ключичной линии.

28. Возбудителем гидраденита чаще всего является:

- а) Стрептококк;**
- б) Протей;
- в) Стафилококк;**
- г) Синегнойная палочка;
- д) Кишечная палочка.

30. Для флегмоны характерно все перечисленное: 1. **Общее недомогание;** 2. **Повышение температуры тела;** 3. **Локальная болезненность;** 4. **Локальная гиперемия кожи;** 5. Полость с гноем, окруженная капсулой. Выберите правильный ответ

31. При фурункуле лица с высокой температурой применяется: 1. Строгий постельный режим; 2. **Широкое раскрытие гнойного очага;** 3. Пища в жидком состоянии; 4. **Инфузионная дезинтоксикационная терапия.** Выберите правильный ответ

32. Наиболее опасными осложнениями глубокой флегмоны шеи являются: 1. **Гнойный медиастенит;** 2. **Гнойный менингит;** 3. **Сдавление дыхательных путей;** 4. **Прорыв гноя в пищевод;** 5. Сепсис. Выберите правильный ответ.

33. Операцию артротомии при гнойном артрите производят:

- а) При обширном разрушении суставных концов костей;
- б) При многократных повторных пункциях сустава, не дающих стойкого эффекта;**
- в) При наличии гноя в полости сустава;**
- г) При разрушении связочного аппарата сустава;
- д) При резко выраженном болевом синдроме.

34. . Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо при: 1. **Ушибленной раны головы;** 2. **Термическом ожоге бедра 2-й степени;** 3. Остром гангренозном аппендиците; 4. **Открытом переломе плеча;** 5. Закрытом переломе голени. Выберите правильный ответ .

35. Наиболее рациональными путями введения антибиотиков при сепсисе являются:

- а) Пероральный;
- б) Внутримышечный и внутривенный;
- в) Внутривенный и эндолимфатический;**
- г) Внутрикостный и внутримышечный;
- д) Эндолимфатический.

36. Для септикопиемии характерны:

- а) Общая слабость, истощение организма;**
- б) Метастазирование гнойных очагов в различные органы и ткани;**
- в) Резкая болезненность и бурное воспаление поверхностных гнойных метастазов;
- г) Гектическая температура;**
- д) Относительное стихание процесса к концу образования гнойных метастазов.

37. . При наличии поддиафрагмального абсцесса показана: а) Срочная операция - вскрытие абсцесса;

- б) Пункция абсцесса;** в) Наблюдение; г) **Консервативная терапия;** д) Лапароскопия.

38. Флегмона забрюшинного пространства как осложнение острого аппендицита развивается при:

- а) Переднем подпеченочном расположении червеобразного отростка
- б) Местном перитоните в правой подвздошной области
- в) Ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка**
- г) Медиальном расположении червеобразного отростка
- д) Расположении червеобразного отростка латерально от слепой кишки.

39. К осложнениям сепсиса относятся: 1. **Септические кровотечения;** 2. **Тромбоэмболия артерий конечностей или внутренних органов;** 3. Асцит, анасарка; 4. **Септический эндокардит;** 5. **Пневмония.** Выберите правильный ответ

40. К мероприятиям, рекомендуемым при сепсисе, относятся: 1. **Вскрытие гнойного очага;** 2. **Ограниченное введение жидкости;** 3. **Внутримышечное введение антибиотиков;** 4. Переливание крови; 5. **Введение витаминов.** Выберите правильный ответ.

41. Возникновение воздушной эмболии сосудов головного мозга после операции на органах шеи объясняется: 1. незаращением межпредсердной перегородки; 2. незаращением артериального протока; 3. незаращением межжелудочковой перегородки; 4. **плотным срастанием вен шеи с фасциями;** 5. **рассечением фасциально-клеточных пространств шеи.** Выберите **правильный** ответ.

42. У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения у него является:

а) Гемостатическая терапия;

б) Искусственный пневмоторакс;

в) Пневмоперитонеум;

г) **Тампонада дренирующего бронха;**

**д) Радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого.**

43. Достоверным признаком легочного кровотечения является:

а) **Выделение крови изо рта;**

**б) Кашель с выделением алой пенистой крови;**

в) Наличие затемнения в легком;

г) Наличие экссудата в плевральной полости;

**д) Наличие крови в бронхах при бронхоскопии.**

44. Для немедленного гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует:

а) Применять массивные гемостатические средства;

б) Применять гипотензивные средства;

в) Вводить малые гемостатические дозы крови;

г) **Ввести зонд Блек - Мора;**

45. Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит:

а) Лицевых вен; б) **Глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза;** в) Глубоких вен верхних конечностей; г) Поверхностных вен нижних конечностей; д) Поверхностных вен верхних конечностей.

46. . Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны :

а) **Резкий отек нижней конечности;**

б) Некроз пальцев стоп;

в) Похолодание стопы;

г) Симптом перемежающейся хромоты;

д) Отек и гиперемия по ходу пораженных вен.

47. Тромбообразованию после полостных операций способствует: 1. **Повышение фибринолитической активности;** 2. **Ожирение;** 3. **Гиподинамия;** 4. **Онкологические заболевания;** 5. Ишемическая болезнь серд

48. При несостоятельности коммуникантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию:

а) Бебкока;

	<p>б) Нарата; в) Маделунга; г) Троянова-Тренделенбурга; д) <b>Линтона.</b></p> <p><b>49.</b> . При остром тромбозе большой подкожной вены в послеоперационном периоде показано:</p> <p>а) <b>Лечение антикоагулянтами прямого и непрямого действия;</b> <b>б) Сафенэктомия по комбинированной методике;</b> <b>в) Перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную;</b> г) Консервативное лечение с использованием масляно-бальзамических повязок; д) Строгий постельный режим с возвышенным ножным концом кровати, прием дезагрегантов по схеме.</p> <p><b>50.</b> При ранении воротной вены выполняется:</p> <p>а) Перевязка воротной вены; б) Создание соустья с селезеночной веной; <b>в) Наложение сосудистого шва;</b> г) Операция Экка; д) Резекция воротной вены.</p>
--	--

**Банк ситуационных клинических задач (примеры).**

<p><b>Заболевания брюшной полости</b></p>	<p><b>ЗАДАЧА № 1</b></p> <p>В приемное отделение доставлена 28-летняя женщина с жалобами на постоянные интенсивные боли в надлобковой и правой подвздошной областях, тошноту, учащенное болезненное мочеиспускание и субфебрильную температуру тела.</p> <p>Из анамнеза заболевания выяснено, что впервые боли появились в эпигастрии 12 часов назад, затем через 4-5 часов локализовались в правой подвздошной и надлобковой областях, сопровождаясь болезненным мочеиспусканием частотой до 6-7 раз в сутки. При ходьбе боли усиливались, иррадиировали в правую ногу и область анального отверстия. Последняя менструация была 8 дней назад, в срок. Воспалительные заболевания половой сферы отрицает. Беременностей и родов не было. При обследовании дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных</p>
---	--

движений - 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 86 ударов в минуту. Артериальное давление - 100/70 мм. рт.ст. Язык подсыхает, обложен грязно-белым налетом. Живот не участвует в акте дыхания, несколько напряжен. При пальпации болезненный в правой подвздошной и надлобковой областях, где определяется гиперестезия кожи и сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга. Положительные симптомы Образцова, Ровзинга и Ситковского. Перкуторно: притупление в нижних отделах живота. Аускультативно: перистальтика ослаблена.

**Вопросы:** Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие диагностические исследования необходимо назначить больной для верификации диагноза? Лечебная тактика. Расскажите об этиологии и патогенезе данного заболевания? Какова летальность при данной болезни? Какие осложнения встречаются при данном заболевании? Какие осложнения возможны после операции по поводу данной патологии и их профилактика?

**Решение задачи:** Диагноз: Острый аппендицит (Тазовое расположение червеобразного отростка). Боли в правой подвздошной и надлобковой областях, учащенное мочеиспускание, тошнота и субфебрилитет возможны при остром аппендиците с тазовым расположением червеобразного отростка (тазовый аппендицит), остром цистите, аднексите, апоплексии яичника, инфекции половых органов, мочекаменной болезни. Для уточнения диагноза следует провести ультразвуковое исследование брюшной полости и малого таза, что позволит исключить тазовый острый аппендицит и выяснить состояние придатков матки. При ректальном исследовании возможно определение болезненности передней стенки прямой кишки справа. При влагалищном исследовании задний свод может взбухать. Общий анализ крови позволяет определить умеренный лейкоцитоз с преобладанием нейтрофилов. СОЭ повышено. Общий анализ мочи позволит исключить патологию мочевыводящих путей и почек. На данный момент наилучшим методом диагностики (в т.ч. и дифференциальной) является лапароскопия. Данный диагноз является показанием к экстренному оперативному вмешательству. В настоящее время применяют открытую и лапароскопическую аппендэктомию. При открытой используют косой переменный доступ по Волковичу-Дьяконову, продольный – Ленандера, поперечный – Шпренгеля. Возможно антеградное и ретроградное удаление отростка. Культия обрабатывается погружным или лигатурным способом. В данной ситуации следует удалить червеобразный отросток через нижний срединный лапаротомический доступ, позволяющий провести хорошую ревизию, а при необходимости санировать и адекватно дренировать малый таз. Возможна и лапароскопическая аппендэктомия, но риск недостаточного дренирования с последующим образованием абсцессов выше. Острый аппендицит – это полиэтиологическое заболевание. Единой общепризнанной теории развития острого аппендицита не существует. Бесспорным является полимикробный характер поражения, особенно на фоне обтурации просвета червеобразного отростка (гиперплазия лимфоидных фолликулов, каловые камни) /инфекционная и механическая теории/. Согласно нервно-сосудистой теории, многообразные патологические влияния, нейрогенным путем могут вызывать мышечный и сосудистый спазм червеобразного отростка. По аллергической теории, аллергия в качестве патогенного фактора проявляется первоначально как местная сосудистая реакция, на фоне которой затем возникают дистрофические расстройства. Под влиянием перечисленных факторов начинается серозное воспаление. При этом еще больше нарушается микроциркуляция, развивается некробиоз. На этом фоне усиливается размножение микроорганизмов. Повышается концентрация бактериальных токсинов. В результате серозное воспаление сменяется деструктивными формами и развиваются осложнения. Летальность при остром аппендиците на протяжении последних лет стабильна и составляет 0,11-0,3%. При наличии осложнений эти цифры возрастают. При остром аппендиците возможны следующие осложнения: аппендикулярный инфильтрат, локальные абсцессы брюшной полости (межкишечный, тазовый, поддиафрагмальный), распространенный и местный перитонит.

нит, пилефлебит. После аппендэктомии возможны следующие осложнения: перитонит вследствие запущенного острого аппендицита на догоспитальном этапе или возникший в результате несостоятельности швов культи червеобразного отростка; абсцессы и гнойники брюшной полости чаще вследствие перитонита; кишечные свищи; кровотечение, как в зоне операции, так и в брюшную полость; острая послеоперационная кишечная непроходимость; раневые осложнения (нагноение раны, эвентрация, серома, инфильтрат, лигатурный свищ). Соответственно, своевременное выявление патологии и ее диагностика, бережное манипулирование с тканями, адекватная антимикробная терапия способствует уменьшению количества послеоперационных осложнений.

### ***ЗАДАЧА № 2***

Больной 41 года был прооперирован по поводу острого флегмонозного аппендицита. Операция прошла без особенностей. Послеоперационная рана ушита наглухо. В первые сутки после операции у больного появилась слабость, головокружение, однократная рвота, не приносящая облегчения. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. Пульс - 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Частота дыхательных движений – 24 в минуту. Артериальное давление - 90/60 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен серо-белым налетом. Живот участвует в акте дыхания, вздут, болезненный в области послеоперационной раны. При перкуссии в отлогих местах определяется укорочение перкуторного звука. Аускультативно выслушивается ослабленные кишечные шумы. Положительный симптом Куленкампа. Общий анализ крови: эритроциты -  $2,9 \times 10^{12}/л$ . Гемоглобин - 72 г/л. Гематокрит – 32%.

***Вопросы:*** Ваш диагноз? Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Назовите возможные причины возникновения данного осложнения у больного? С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику? Алгоритм лечения данного осложнения? Каковы особенности ведения послеоперационного периода?

***Решение задачи:*** По-видимому, произошло внутрибрюшное кровотечение в раннем послеоперационном периоде. Это подтверждает клиническая и лабораторная картина. Можно провести УЗИ-исследование брюшной полости на предмет наличия свободной жидкости (крови). Причиной кровотечения может быть соскочившая лигатура с брыжейки червеобразного отростка, неадекватный гемостаз, технические погрешности операции (небрежное, травматичное обращение с тканями). Дифференциальную диагностику следует проводить с различными осложнениями раннего послеоперационного периода (гематома со стороны послеоперационной раны, инфильтрат последней, кровотечение из раны брюшной стенки, кровотечение в свободную брюшную полость (не из брыжейки червеобразного отростка). Следует в экстренном порядке провести релапаротомию. После релапаротомии и ревизии органов брюшной полости, поиск источника кровотечения с дальнейшим адекватным гемостазом и ушиванием раны. В послеоперационном периоде следует проводить динамическое наблюдение за пациентом с коррекцией нарушений функций организма на фоне кровопотери.

### ***ЗАДАЧА № 3***

Больной 18-ти лет поступил в хирургическое отделение с травматическим разрывом селезенки. Была выполнена спленэктомия. Проводилась экстренная гемотрансфузия в количестве 500 мл во время операции. Группа крови А (II).

Через 15 часов после экстренной гемотрансфузии стал жаловаться на чувство стеснения в груди, сердцебиение, озноб, жар, интенсивную боль в поясничной области. При осмотре больной возбужден. Кожные покровы и склеры иктеричные,

влажные, холодные на ощупь. Отмечается гиперемия лица и шеи. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление - 80/50 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений - 130 ударов в минуту. Пульс ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Дыхание жесткое. Аускультативно выслушиваются разнокалиберные хрипы в легких. Частота дыхательных движений - 20 в 1 минуту. Живот правильной формы, мягкий, участвует в акте дыхания. При исследовании печени пальпируется её болезненный нижний край на 2 поперечных пальца ниже реберной дуги. Отмечается болезненность в поясничных областях; симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. За сутки выделилось 100 мл мочи цвета «мясных помоев». Кал светло-коричневого цвета.

**Вопросы:** Ваш диагноз? Что необходимо предпринять для подтверждения и уточнения Вашего диагноза? Почему возникла данное заболевание? Объясните патогенез данного состояния? Какой симптом данного осложнения является патогномичным? Алгоритм неотложной помощи при данном состоянии? Что следует предпринять при неэффективности консервативного лечения? Назовите меры профилактики данного осложнения?

**Решение задачи:** В данном случае мы, скорее всего, имеем дело с гемотрансфузионной реакцией, связанной с переливанием несовместимой крови. Как показывает практика, наиболее частой причиной посттрансфузионных осложнений (около 90%) является переливание крови, несовместимой по системе АВО и Rh-фактору. Эти ошибки совершаются главным образом в хирургических и акушерско-гинекологических отделениях. Для абсолютной диагностики данного вида осложнения остаток донорской крови, образец крови и мочи реципиента отправляют в лабораторию для повторного типирования и перекрестного теста. Данное осложнение, вероятнее всего, возникло в связи с тем, что переливание несовместимой крови проводилось пациенту под наркозом (реактивные проявления и симптомы шока чаще всего отступают по времени и бывают выражены незначительно). В этих случаях ориентируются на изменение АД (гипотонию), ЧСС (тахикардию) и окраску кожных покровов лица и шеи. Причиной такого осложнения в подавляющем большинстве случаев является невыполнение или нарушение правил по технике переливания крови, по методике определения групп крови и проведения пробы на групповую совместимость по системе АВО. В патогенезе посттрансфузионных осложнений, вызванных непереносимостью крови донора и реципиента по системе АВО, ведущую роль играет разрушение (гемолиз) эритроцитов донора антителами, в результате чего в крови реципиента появляется свободный гемоглобин, биогенные амины, тромбопластин и другие биологически активные вещества. На основании нервно-рефлекторной теории гемотрансфузионного шока считается, что под влиянием стрессового воздействия и высоких концентраций биологически активных веществ сначала происходит раздражение интерорецепторов, а затем, если воздействие не прекращается, развивается запредельное торможение. Клинически наблюдаются нарушения гемодинамики и поражение почек по типу острой циркуляторной нефропатии. Свободный гемоглобин, обладая наибольшей нефротоксичностью, превращается в почечных канальцах в солянокислый гематин. Накопление его в просвете почечных канальцев вместе с остатками разрушенных эритроцитов приводит к спазму почечных сосудов, снижению почечного кровотока и клубочковой фильтрации, что наряду с некробиотическими изменениями эпителия канальцев является причиной олигоанурии. В патогенезе поражения легких, печени, эндокринных желез и других внутренних органов первостепенная роль принадлежит ДВС-синдрому. Пусковым моментом его развития является массивное поступление в кровотоки тромбопластина из разрушенных эритроцитов (кровяной тромбопластин). Данное осложнение может быть вызвано переливанием 30-50 мл крови или значительно реже после переливания флакона крови (наш случай). Субъективные расстройства, выражаются в ухудшении самочувствия, стеснении в груди, сердцебиении, ознобе, появлении жара во всем теле, головных и абдоминальных болях, как правило, довольно сильно выраженных. Последний симптом считается пато-

гномоничным для данного вида осложнения. Следует прекратить переливание несовместимой крови (если реакция возникла во время гемотрансфузии, что происходит чаще) и начать инфузионную терапию. Вводят 0,9% NaCl, р-р Рингера с лактатом, реополиглюкин с такой скоростью, чтобы диурез составлял как минимум 100 мл/час. Кристаллоидные препараты - важный компонент лечения. Так же показаны малые дозы дофамина. После восстановления ОЦК можно осторожно применять петлевые диуретики (лазикс, маннитол). С целью предотвращения осаждения свободного гемоглобина в почечных канальцах применяют ощелачивание мочи бикарбонатом натрия. Необходимо ввести мочевого катетер. В качестве сердечно-сосудистых средств применяют сердечные гликозиды (строфантин, коргликон); при низком давлении - норадреналин. Полезно использовать антигистаминные препараты и глюкокортикоиды. Для снятия спазма почечных сосудов срочно проводят двухстороннюю поясничную новокаиновую блокаду. Для облегчения дыхания больному дают увлажненный кислород. Неэффективность лекарственной терапии острой почечной недостаточности, прогрессирование уремии служит показанием к гемодиализу, гемосорбции, плазмаферезу. Профилактика этого вида осложнений сводится к правильному определению групповой принадлежности крови больного и донора.

#### ***ЗАДАЧА №4***

Больная 77 лет госпитализирована с жалобами на резкую боль, отек, покраснение пятнами в области пупка. В течение 15 лет страдает невраправимой пупочной грыжей. Три дня назад у пациентки появились вышеперечисленные жалобы. Также больная отмечает слабость, снижение аппетита, головную боль. Температура тела поднималась до 39<sup>0</sup> С. Лечилась самостоятельно (спазмолитики и антибиотики) – без эффекта. Объективно: состояние тяжелое. Температура тела - 38,2<sup>0</sup> С. Пульс - 100 ударов в минуту. Частота дыхательных движений - 24 в минуту. Имеется экспираторная одышка. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание жесткое; выдох удлинен. Язык сухой. Живот вздут, не участвует в акте дыхания, напряжен. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В пупочной области имеется опухолевидное выпячивание округлой формы размерами 8x6 см. Кожные покровы над ним резко гиперемированы, с синюшными пятнами. Перкуторно притупление и тимпанит не определяется. Пальпаторно кожа данной зоны резко болезненная. Симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Мочеиспускание не учащено. Стула не было 4 дня. Газы не отходят.

**Вопросы:** Ваш диагноз? Осложнением какого заболевания является данная патология? С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз? Назовите дополнительные методы исследования для верификации диагноза? Алгоритм лечения данной патологии? Назовите особенности оперативного пособия при данном заболевании?

**Решение задачи:** У больной на фоне длительно существующей невраправимой пупочной грыжи возникло ущемление пупочной грыжи с последующим развитием флегмоны грыжевого мешка. Данное заболевание является осложнением пупочной грыжи. Дифференциальную диагностику проводят с: метастатическим поражением пупка при злокачественных образованиях желудка, гениталий, внепеченочных желчных путей, толстой кишки, с кистами и нагноением урахуса и умбилицитом. Для уточнения диагноза следует провести минимальное обследование: рационально сделать УЗИ и обзорную рентгенографию органов брюшной полости, сделать анализы крови и мочи. Определить сахар крови, время свертывания крови. Учитывая достаточно выраженную сопутствующую патологию необходимо сделать ЭКГ-исследование, провести консультации терапевта и кардиолога. После кратковременной по времени предоперационной подготовки (1-2 часа) следует выполнить экстренное оперативное вмешательство. При флегмоне грыжевого мешка операцию следует выполнять в два этапа, начиная со срединной лапаротомии для уменьшения

инфицирования брюшной полости содержимым грыжевого мешка. Производят резекцию кишки. Между приводящей и отводящей петлями проводят наложение анастомоза типа «конец в конец» или, при большой разнице в диаметрах сшиваемых отделов кишки, «бок в бок». Зашивание концов петли кишки, подлежащей удалению, проводят наглухо. Выполняют наложение кисетного шва на брюшину вокруг внутреннего кольца. Проводят рассечение кожи, клетчатки и собственно грыжевого мешка разрезом, проходящим над последним (герниотомия). Удаляют экссудат. Осторожно надсекают грыжевые ворота настолько, чтобы можно было извлечь и удалить ущемленную петлю и слепые концы кишки с одновременным затягиванием кисетного шва, наложенного вокруг внутреннего кольца. Выделение грыжевого мешка из окружающих тканей не производят. Ушивают среднесрединный разрез брюшной стенки. Ушивают шейку мешка кисетным швом. Дренируют места герниотомии. Пластика грыжевых ворот в условиях гнойной инфекции противопоказана. При флегмоне грыжевого мешка пупочной грыжи рационально также использовать способ Грекова, иссекая грыжу целиком, производя пластику брюшной стенки и зашивая рану. Если грыжевой мешок сильно изменен воспалительным процессом, следует вести данную область как гнойную рану с последующей пластикой грыжевых ворот после заживления раны.

#### ***ЗАДАЧА № 5***

Больной 62 лет поступил в хирургическое отделение через 5 часов после начала заболевания с жалобами на резкие интенсивные боли в правой паховой области с иррадиацией в бедро и мошонку. Боли появились после физической нагрузки.

В анамнезе больной отмечает, что опухолевидное образование в правой паховой области появилось 2 года назад. В горизонтальном положении оно исчезало. За последний год опухолевидное образование значительно увеличилось в размерах.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс-110 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 180/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Частота дыхательных движений – 21 в минуту. Перкуторно в легких - легочный звук; дыхание жесткое, в нижних отделах – единичные хрипы. Живот вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий. Отмечается болезненность в правой паховой области, где имеется напряженное опухолевидное образование размерами 8х6 см, не спускающееся в мошонку. При перкуссии данного образования отмечается тимпанит; при аускультации прослушиваются кишечные шумы. В остальных отделах живот мягкий, умеренно болезненный. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стула не было 2-е суток. Мочеиспускание свободное и безболезненное.

**Вопросы:** Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования помогут верифицировать диагноз у данного больного, их интерпретация? Определите алгоритм лечения больного? Могут ли быть противопоказания для хирургического лечения данного заболевания и почему? При наличии показаний к хирургическому вмешательству, перечислите его основные методы и этапы операции.

**Решение задачи:** Диагноз: Ущемленная паховая грыжа справа. Дифференциальный диагноз проводят с невправимой грыжей, паховым лимфаденитом, лимфогрануломатозом, орхоэпидидимитом, варикозной болезнью нижних конечностей, ущемленной бедренной грыжей. Необходимо провести рентгеноскопию органов брюшной полости с целью выявления рентгенологических признаков кишечной непрохо-

димости на фоне ущемленной грыжи. При подозрении на ущемление стенки мочевого пузыря целесообразна цистоскопия; УЗИ органов брюшной полости, диафаноскопия. Лечение больного – только экстренная операция. Экстренная операция проводится после минимального обследования и предоперационной подготовки. Если больной имеет тяжелую сопутствующую патологию, то допустимо кратковременное интенсивное лечение с целью стабилизации общего состояния (не более 6 часов с момента поступления в стационар). Противопоказаний для операции при ущемленной грыже быть не может. Ущемленная грыжа подлежит немедленному оперативному лечению вне зависимости от сроков, разновидности и локализации ущемления. Некроз ущемленного органа обрекает больного на гибель. Операцию проводят так, чтобы, не рассекая ущемляющее кольцо, вскрыть грыжевой мешок, предотвратить ускользание ущемленных органов в брюшную полость. Оперативное вмешательство проводят в несколько этапов: 1-й этап – послойное рассечение тканей до апоневроза и обнажение грыжевого мешка; 2-й этап – вскрытие грыжевого мешка, удаление грыжевой воды. Недопустимо рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка; 3-й этап – рассечение ущемляющего кольца под контролем зрения, чтобы не повредить припаянные к нему изнутри органы; 4-й этап – определение жизнеспособности ущемленных органов. Жизнеспособность кишки оценивается по цвету (розовый), серозная оболочка блестящая, кишечная стенка перистальтирует, сосуды брыжейки пульсируют. Петля кишки теплая при пальпации на ощупь; 5-й этап – резекция нежизнеспособной петли кишки. Во избежание послеоперационного расхождения швов анастомоза резекцию кишки следует производить в пределах здоровых тканей, отступив от края ущемления примерно 30-40 см. в сторону приводящего и 15-20 см. в сторону отводящего отдела; 6-й этап – пластика грыжевых ворот. При выборе метода пластики следует отдавать предпочтение наиболее простому – Бассини-Постемпскому, Жирару-Спасокукоцкому, Лихтенштейну.

#### **ЗАДАЧА № 6**

В клинику в 22:20 часов каретой скорой помощи доставлен больной 19 лет с жалобами на интенсивные постоянные боли в правой половине живота с иррадиацией в правое плечо, лопатку и надключичную область, сухость во рту, тошноту и слабость. Из анамнеза выявлено, что около двух часов назад сразу после ужина ощутил острейшую боль в эпигастрии. Самостоятельно принимал спазмолитики - без эффекта. Из-за нарастания интенсивности болей обратился за помощью.

Из анамнеза жизни выявлено, что операций, гемотрансфузий не проводилось. Язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки не отмечает. Периодически ощущал изжогу и дискомфорт в животе, которые достаточно быстро купировались самостоятельно или после приема «Альмагеля». Объективно: общее состояние тяжелое. Положение в постели на боку с приведенными к животу коленями, т.к. любое движение вызывает усиление болей. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс-60 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 130/95 мм.рт.ст. Язык подсыхает, обложен белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует. При пальпации - доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность при поверхностной и глубокой пальпации. Положительный симптом Спигарного в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины резко положительные. При перкуссии отмечается укорочение перкуторного звука в правом боковом канале и правой подвздошной области.

**Вопросы:** Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Какие еще дополнительные специальные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Интерпретируйте их.

Ваша тактика и лечение? Что такое проба Неймарка при лапароскопии? Обоснуйте ведение послеоперационного периода и профилактику возможных осложнений? Стандарты диагностики и лечения данной патологии.

**Решение задачи:** У больного язвенная болезнь (12-перстной кишки), осложненная перфорацией. Об этом говорит острая кинжальная боль в животе (классический признак перфорации язвы желудка и 12-перстной кишки), усиление болей, тошнота, пневмоперитонеум. В анамнезе имелись эпизоды изжоги и дискомфорта в эпигастрии, запоры. Прободение язвы желудка и 12-перстной кишки следует дифференцировать с острым аппендицитом (боли обычно не имеют высокой интенсивности), острым панкреатитом (боли также сильные, но носят опоясывающий характер), острым холециститом (боли менее выражены, отсутствует свободный газ в брюшной полости, локальное защитное напряжение мышц в правом подреберье), правосторонней плевропневмонией (нестерпимые боли, иррадиирующие вниз, анамнез), инфарктом миокарда (анамнез, изменения ЭКГ), расслаивающейся аневризмой аорты (анамнез, похолодание нижних конечностей). Диагноз уточняют экстренно с помощью следующих методик: обзорная рентгенография органов брюшной полости; ФГДС с пневмокомпрессией. Показаны ЭКГ-исследование, общий анализ крови и мочи. Последние обычно неинформативны при осложненной язвенной болезни. Для более точного установления диагноза показана лапароскопия. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости отмечается выраженный газовый пузырь желудка с высоким уровнем жидкости в нем и серповидное просветление под правым (левым) куполом диафрагмы - пневмоперитонеум. Больному показана экстренная операция на фоне инфузионной терапии и выведения из шока. Производят ушивание язвы с ваготомией, иногда с тампонадой сальником или хирург решает вопрос о первичной резекции желудка (давность перфорации не более 6-8 часов, удовлетворительное состояние больного, отсутствие выраженных перитонеальных явлений, достаточный опыт и квалификация операционной бригады). При возможности - ваготомия с пилоропластикой после иссечения язвы. Операция завершается дренированием брюшной полости. При разлитом гнойном перитоните – минимальная операция – ушивание язвы. В послеоперационном периоде лечебные мероприятия в первую очередь должны быть направлены на борьбу с перитонитом и профилактику гнойно-воспалительных осложнений. Парентерально вводятся антимикробные препараты широкого спектра действия. При гнойном перитоните прибегают к постоянному или фракционному промыванию брюшной полости. Проводят дренирование грудного лимфатического протока, гемо- и лимфосорбцию с целью дезинтоксикации. Для регуляции водно-электролитных нарушений внутривенно вводят плазму, кровь, белковые препараты, 5% глюкозу и хлорид натрия. Для профилактики легочных осложнений больным придают возвышенное положение в постели, проводят дыхательную гимнастику. По показаниям назначают сердечные препараты.

#### **ЗАДАЧА № 7**

Больной 36 лет поступил в стационар с жалобами на острые боли в верхней половине живота, опоясывающего характера, иррадиирующие в спину. Боли появились 8 часов назад после употребления алкоголя, присоединилась тошнота, рвота не приносящая облегчения, сухость во рту. Объективно: общее состояние тяжелое. Больной стонет, поведение беспокойное. Сознание спутанное. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Температура тела – 36,8<sup>0</sup> С. Дыхание везикулярное, поверхностное. Частота дыхательных движений - 28 в минуту. Пульс - 134 удара в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление - 90/40 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Язык сухой, обложен ко-

ричевым налетом. Живот умеренно вздут в верхних отделах, напряжен и болезнен в эпигастральной области, правом и левом подреберьях. Отмечается болезненность в точках Шоффара, Дежардена. Пульсация брюшного отдела аорты ослаблена. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье и мезогастрии, также положительные симптомы Керте, Воскресенского и Мейо-Робсона. Перистальтические шумы не выслушиваются. Стула не было, диурез снижен.

**Вопросы:** Ваш предварительный диагноз? Какие исследования следует провести для верификации диагноза? Стратегические направления ведения больных. Каков алгоритм консервативного лечения? Что является показанием к оперативному лечению? Каковы современные способы оперативного лечения? Назовите возможные послеоперационные осложнения и их профилактику?

**Решение задачи:** У больного стерильный панкреонекроз (клиническая классификация острого панкреатита, принятая в г. Атланте, США в 1992 году). Ферментативный перитонит. Панкреатогенный шок. С целью верификации диагноза необходимо выполнить УЗИ брюшной полости, это позволит определить размеры поджелудочной железы, ее контур, экзогенность, жидкость в сальниковой сумке и брюшной полости, а также признаки билиарной гипертензии, деструкции желчного пузыря и наличия в нем конкрементов. Возможно выполнение рентгенологического исследования – обзорной рентгенографии грудной клетки и брюшной полости, что поможет выявить высокое стояние купола диафрагмы, экссудативный плеврит, ателектазы, отек и пневмическую инфильтрацию легкого, изолированное вздутие поперечной ободочной кишки, симптом «сторожевой петли». Возможно проведение лапароскопии, позволяющей осмотреть брюшную полость и выявить наличие и характер экссудата, очагов стеатонекроза, инфильтрации (серозной и геморрагической) органов и тканей прилежащих к поджелудочной железе, состояние желчного пузыря. Компьютерная томография (КТ) представляется наиболее достоверным методом в диагностике острого панкреатита и позволяет в большинстве случаев отличить отечную форму острого панкреатита от геморрагического панкреонекроза. Обязательно изучаются анализы: общий анализ крови (с формулой лейкоцитов), мочи, диастаза мочи, биохимия крови (билирубин, мочевины, трансаминазы, белок и его фракции), амилаза крови, глюкоза крови, коагулограмма. Стратегические направления ведения больных с панкреонекрозом: -динамическая объективная оценка тяжести состояния больных с помощью интегральных шкал (Ranson, APACHE II, SOFA); - визуализация масштаба и характера поражения ПЖ и забрюшинной клетчатки (УЗИ, КТ, лапароскопия); -идентификация инфицирования (микробиологические исследования, концентрация ПКТ); - интенсивная терапия (поддержание оптимального уровня доставки O<sub>2</sub>, нутритивная поддержка, экстракорпоральная детоксикация).- антибактериальная профилактика и терапия (АБПТ); адекватное обезболивание; - блокада секреторной функции ПЖ, профилактика стресс-язв; - своевременная хирургическая санация. Алгоритм консервативного лечения: противошоковые мероприятия; улучшение центральной гемодинамики и периферического кровообращения; купирование болевого синдрома путем применения анальгетиков (вплоть до наркотических – промедол, фентанил с дроперидолом (нейролептаналгезия), спазмолитиков (гидрохлорид папаверина, раствор ношпы), новокаиновых блокад (пресакральной, блокады круглой связки печени и других). Обязательно: постановка желудочного зонда, создание функционального покоя поджелудочной железе путем аспирации желудочного содержимого, с последующим промыванием желудка холодной водой. Проводится подавление внешней

панкреатической секреции путем назначения препаратов сандостатина (октреатида), панкреатической рибонуклеазы, цитостатиков. В лечение включают: дезинтоксикацию организма (инфузионную терапию); антиферментные препараты. Профилактика гнойных осложнений осуществляется путем использования антибиотиков. Показаниями к операции при панкреонекрозе являются:

- Инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит независимо от степени полиорганных нарушений.
- Стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, независимо от факта инфицирования, несмотря на комплексную интенсивную консервативную терапию в течение 1-3 суток, что свидетельствует об обширном некрозе поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки или высоком риске развития панкреатогенной инфекции.
- Оперативное лечение показано больным, у которых по данным КТ-ангиографии масштаб некроза превышает 50% паренхимы поджелудочной железы и/или диагностировано распространение некроза на забрюшинное пространство, что соответствует высокому риску инфицирования и фатальных системных осложнений. Панкреатогенный (ферментативный, абактериальный) перитонит является показанием к лапароскопической санации и дренированию брюшной полости. Факт инфицирования некротических тканей является важным, но не единственным показанием к операции, особенно в ранние сроки заболевания. Современные способы лечения базируются на применении миниинвазивных технологий. При стерильном панкреонекрозе лапароскопическим способом производится холецистостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. При присоединении гнойной инфекции, выполняется срединная лапаротомия, абдоминализация поджелудочной железы, марсупиализация сальниковой сумки, холецистостомия. Через небольшие люмботомические разрезы дренируется парапанкреатическая клетчатка (внебрюшинно). Необходимо наладить систему проточного дренирования сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки. 6. Возможным послеоперационным осложнением может являться аррозивное кровотечение из сальниковой сумки, профилактика которого заключается в формировании проточной системы дренирования сальниковой сумки охлажденными антисептиками и использовании при перевязках мазей (левомеколь и т.п.). Возможно инфицирование стерильного панкреонекроза, с целью его профилактики следует назначить антибиотики широкого спектра действия (препараты выбора: фторхинолоны и метронидазол).

#### **ЗАДАЧА № 8**

В хирургическое отделение поступил больной 53 лет с жалобами на выраженные боли в верхней половине живота, тошноту, многократную рвоту, общую слабость. В анамнезе аппендэктомия (в 1987 году) и холецистэктомия по поводу ЖКБ (в 2003 году). В течение последних 2-х лет страдает сахарным диабетом II типа в компенсированной форме. Диету в последнее время больной не соблюдал. Объективно: общее состояние больного средней тяжести, кожные покровы и склеры глаз иктеричны, покрыты холодным потом. Температура тела 37,9<sup>0</sup> С.

Число дыхательных движений - 22 в минуту. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление - 90/60 мм.рт.ст. Живот увеличен в размерах за счет вздутия поперечно-ободочной кишки, болезнен и умеренно напряжен эпигастрии, левом и правом подреберьях. Положительные симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона; отмечается иррадиация болей за грудину. Перистальтические шумы не выслушиваются. Кал оформлен, осветлен. Моча цвета «пива»

**Вопросы:** Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Достоверные диагностические методики. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза и дифференциальной диагностики? Тактика ведения больного? Сфор-

мулируйте показания к операции? Назовите варианты операций?

**Решение задачи:** ПХЭС (холецистэктомия в 2003 году). Острый панкреатит, отечная форма. Механическая желтуха. Дифференциальный диагноз проводится с холедохолитиазом, заболеваниями фатерова соска, дивертикулами двенадцатиперстной кишки, перфоративной язвой. Достоверные диагностические методики: а) уровень амилазы, ЛДГ крови, б) С-реактивный белок (маркер панкреонекроза), в) уровень прокальцитонина – маркер инфицирования, г) УЗИ, КТ с в/в контрастированием; д) тонкоигольная аспирация под контролем КТ или УЗИ + микробиологическое исследование. Для деструктивного панкреонекроза характерна дисферментемия. Вероятным признаком некроза м.б. снижение активности амилазы крови. Необходимо изучить анализы: общий анализ крови (с формулой лейкоцитов) и мочи, диастаза мочи, биохимия крови (билирубин, мочевины, трансаминазы, белок и его фракции), амилаза крови, глюкоза крови, коагулограмма. Следует выполнить УЗИ, КТ, ЭКГ (для исключения абдоминальной формы инфаркта миокарда); в случае необходимости ФГС, РХПГ и диагностическую лапароскопию. Необходимо начать консервативное лечение, голод, аспирацию желудочного содержимого с помощью зонда, локальную гипотермию, введение анальгетиков, спазмолитиков, дезинтоксикационных, антиферментных, антисекреторных, сандостатина, цитостатиков и антибактериальных препаратов. Больного следует перевести на простой инсулин. Показаниями к оперативному вмешательству будут: клиника панкреонекроза, нарастающая механическая желтуха. При панкреонекрозах проводится дренирование холедоха, абдоминализация поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки и ее марсупилизация. При механической желтухе: в случае холедохолитиаза – холедохолитотомия. Операция завершается дренированием желчевыводящих путей по Вишневному или Керу. Так же не исключается и наложение ХДА; возможен вариант эндоскопической папиллотомии и удаления конкрементов. В случае стеноза БДС – трансдуоденальная папиллотомия или эндоскопическая папиллотомия.

#### **ЗАДАЧА № 9**

Больной 44 лет поступил в стационар с жалобами на интенсивные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, иррадиирующие в спину.

Боли появились 12 часов назад после употребления в пищу жареной рыбы, с течением времени присоединилась тошнота, рвота не приносящая облегчения, сухость в ротовой полости. Объективно: общее состояние тяжелое. Поведение больного беспокойное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные. Температура тела 36,9<sup>0</sup> С. Слева определяется притупление перкуторного звука до V ребра. Дыхание везикулярное, в нижних отделах слева не прослушивается. Число дыхательных движений - 26 в минуту. Пульс - 112 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление - 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, спинка его обложена коричневым налетом. Живот вздут, напряжен и болезнен в эпигастриальной области и в левом подреберье. Пульсация брюшной аорты не определяется. Имеется болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу. Перитонеальных симптомов нет. Выслушиваются вялые перистальтические шумы. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Вопросы:** Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования следует провести для верификации диагноза? Какое осложнение со стороны легочной системы наступило у больного? Каковы способы его диагностики и лечения?

1. Каков алгоритм консервативного лечения? Что является показанием к оперативному лечению? Каковы современные способы оперативного лечения?

**Решение задачи:** У больного острый панкреатит, отечная форма. Дифференциаль-

ный диагноз следует проводить с: острым гастритом, обострением язвенной болезни, острым аппендицитом, острым холециститом, острой кишечной непроходимостью, почечной коликой слева. С целью верификации диагноза обязательно выполнение УЗИ, возможно выполнение ФГДС, компьютерной томографии и диагностической лапароскопии (которая, возможно выполнит функции и лечебной). Обязательно изучаются анализы: общий анализ крови (с формулой лейкоцитов), мочи, диастаза мочи, биохимия крови (билирубин, мочевины, трансаминазы, белок и его фракции), амилаза крови, глюкоза крови, коагулограмма. В данном случае не следует исключать лабораторную и сонографическую картину билиарной гипертензии. У больного присоединился панкреатогенный плеврит слева (респираторный дистресс-синдром на фоне острой патологии поджелудочной железы). Диагностика данного состояния основывается на - рентгенографию или УЗИ грудной клетки. Лечение пункционное, после эвакуации жидкости в плевральную полость следует ввести антиферментные препараты и антиоксиданты. Алгоритм консервативной терапии основан на следующих моментах: устранение болевого синдрома путем применения анальгетиков, спазмолитиков, новокаиновых блокад. Постановка желудочного зонда, создание функционального покоя поджелудочной железе путем аспирации желудочного содержимого с последующим промыванием желудка холодной водой (локальная гипотермия); подавление внешней панкреатической секреции путем назначения препаратов сандостатина (октреотида), панкреатической рибонуклеазы, цитостатиков; дезинтоксикация организма (инфузионная терапия); антиферментная терапия; улучшение центральной гемодинамики и периферического кровообращения; профилактика гнойных осложнений путем использования антибиотиков. Показаниями к операции при панкреонекрозе являются: Инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит независимо от степени полиорганных нарушений. Стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, независимо от факта инфицирования, несмотря на комплексную интенсивную консервативную терапию в течение 1-3 суток, что свидетельствует об обширном некрозе железы и забрюшинной клетчатки или высоком риске развития панкреатогенной инфекции. Оперативное лечение показано больным, у которых по данным КТ-ангиографии масштаб некроза превышает 50% паренхимы поджелудочной железы и/или диагностировано распространение некроза на забрюшинное пространство, что соответствует высокому риску инфицирования и фатальных системных осложнений. Панкреатогенный (ферментативный, абактериальный) перитонит является показанием к лапароскопической санации и дренированию брюшной полости. Факт инфицирования некротических тканей является важным, но не единственным показанием к операции, особенно в ранние сроки заболевания. Современные способы лечения базируются на применении малоинвазивных вмешательств. При стерильном панкреонекрозе лапароскопическим способом производится холецистостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. При присоединении гнойной инфекции, выполняется срединная лапаротомия, абдоминализация железы, марсупиализация сальниковой сумки, холецистостомия. Через небольшие люмботомические разрезы дренируется парапанкреатическая клетчатка /внебрюшинно/, необходимо наладить систему проточного дренирования сальниковой сумки.

#### ***ЗАДАЧА № 10***

Больной 45 лет почувствовал недомогание две недели назад. Появился сухой кашель, высокая температура до 39,5<sup>0</sup> С с ознобом, головная боль, слабость. 6 дней занимался самолечением – без эффекта. Участковый врач поставил диагноз: Острая левосторонняя пневмония и рекомендовал стационарное лечение, от которого больной отказался. Через 5 дней, на фоне высокой температуры, озноба, присоединившейся боли в левой половине грудной клетки и правом подреберье, выделилось одновременно при кашле около 200 мл зловонной мокроты бурого цвета сливкообразной консистенции, что и заставило больного обратиться в стационар. Объектив-

но: состояние больного тяжелое. Склеры субиктеричны. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Отмечается притупление перкуторного звука и усиление голосового дрожания на уровне VII-VIII ребра слева; аускультативно - сухие и влажные хрипы разного калибра слева, амфорическое дыхание. Пульс - 90 ударов в минуту. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье. Печень по Курлову 16x14x10 см. Перитонеальные симптомы отрицательные. Селезенка перкуторно размером 8x6 см, не пальпируется. Диурез 600 мл. Голени пастозны.

**Вопросы:** Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие методы исследования следует провести дополнительно? Тактика и методы лечения больного? Сформулируйте показания к хирургическому лечению? Назовите возможные типы операций?

**Решение задачи:** Диагноз: Постпневмонический единичный абсцесс нижней доли левого легкого с множественными метастазами в печень. Гипопротеинемия. Печечно-почечная недостаточность. Дифференциальный диагноз следует проводить с эхинококком легкого, раком легкого, туберкулезом, актиномикозом и кистой легкого. Следует провести исследование мокроты на микрофлору, ВК, чувствительность к антибиотикам, рентгеновское исследование легких, бронхоскопию с диагностической и лечебной целью, компьютерную томографию. Лечение должно быть комплексным: повышение сопротивляемости организма (усиленное парентеральное и энтеральное питание, для возмещения дефицита белка используются аминокислотные смеси), с целью улучшения условий дренирования применяют: отхаркивающие препараты, постуральный дренаж, ЛФК, массаж. Возможен лаваж бронхиального дерева с использованием протеолитических ферментов в ходе лечебной бронхоскопии, т.к. восстановление бронхиальной проходимости и санация бронхиального дерева играет важнейшую роль в лечении этого заболевания. При периферийном расположении абсцесса возможна чрезкожная пункция и установка дренажа под контролем рентгеноскопии или УЗИ. Для детоксикации используют кристаллоидные растворы. В комплекс лечебных мероприятий входит антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры. Возможно интрабронхиальное введение антибиотиков. Показана иммунокорректирующая терапия, УФО крови. Вопрос об оперативном вмешательстве ставится в случаях: 1). Безуспешности консервативного лечения. 2). Легочном кровотечении. 3). Невозможности исключить опухоль (карциному) лёгкого. 4). Гигантских абсцессах (более 6 см в диаметре). 5). Прорыве абсцесса в плевральную полость с развитием эмпиемы плевры (данное осложнение первоначально можно лечить путем пассивного или активного дренирования). 6). Хронических абсцессах легкого.

1. Возможные типы операций в данном случае: пневмотомия, лобэктомия, торако-стомия.

#### ***ЗАДАЧА № 11***

У больного 42 лет находящегося в торакальном отделении клиники с диагнозом «Состояние после резекции верхней доли правого легкого по поводу бронхоэктатической болезни. Дренирование плевральной полости через 2 межреберье по среднеключичной линии», послеоперационный период протекал гладко, но по вечерам больного беспокоила субфебрильная температура, незначительный кашель. В послеоперационном периоде была проведена адекватная антибиотикотерапия, назначен курс ЛФК, дыхательной гимнастики. Дренаж удален на 3-и сутки – без осложнений. На 10-е сутки больной обратился к врачу с жалобами на лихорадку до 39,5<sup>0</sup>С, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку, общую слабость, потливость, боли в правой половине грудной клетки. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные; цианоз губ и акроцианоз. Правая половина грудной

клетки отстает в акте дыхания. В последнем принимают участие вспомогательные мышцы. Справа межреберные промежутки расширены, сглажены; слева – не изменены; голосовое дрожание справа отсутствует, слева – не изменено. Перкуторно справа – притупление над всей поверхностью легочного поля, слева притупление треугольной формы около позвоночного столба на уровне VIII ребра. Аускультативно: справа дыхание не прослушивается, слева – везикулярное, Частота дыхательных движений - 30 в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье.

**Вопросы:** Предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие ошибки допущены в лечении больного? Какие дополнительные методы можно использовать для установления диагноза? Назовите нормальные показатели биохимии крови (общий белок, альбумин, глобулин, мочевины, креатинин)? Сформулируйте тактику ведения данного пациента? В чем оно будет заключаться? Какие условия необходимо соблюсти при лечении данной патологии?

**Решение задачи:** Диагноз: Послеоперационная тотальная эмпиема плевры справа. Дифференциальный диагноз следует проводить с гемотораксом и кистой легкого. Эффективнее было бы классическое дренирование в VII-VIII межреберье по заднеподмышечной линии, а не во II межреберье или одновременное введение двух дренажей в указанных точках. Упущением в ведении больного было то, что несмотря на субфебрильную температуру, кашель до 10 дня послеоперационного периода, не была выполнена контрольная рентгенография органов грудной клетки – фасный снимок и латерограмма. Судя по клинике, не был своевременно выявлен (в т.ч. и рентгенологически) экссудат в плевральной полости и не аспирирован путем пункции, а это могло предупредить развитие тотальной эмпиемы. Вероятно, ежедневные физикальные осмотры доктором были поверхностными и невнимательными. Следовало провести УЗИ-исследование в раннем послеоперационном периоде (последнее точно определяет наличие и локализацию жидкости при затруднениях в диагностике). Следует так же провести пункцию плевральной полости с аспирацией содержимого; бактериологическое и цитологическое исследование пунктата; чувствительность к антибиотикам. При неэффективности данного лечения показано хирургическое вмешательство. Это, скорее всего, торакостомия с резекцией ребра, удалением легочных секвестров и дренированием плевральной полости широкой трубкой с последующей вышеназванной терапией. При лечении эмпиемы необходимо обеспечить следующие условия: -раннее удаление экссудата из плевральной полости пункцией или её дренированием, в том числе и с постоянной аспирацией, полное расправление легкого – форсированное дыхание, ЛФК. -проведение общеукрепляющей терапии (высококалорийное питание, парентеральное введение растворов аминокислот, повторные пункции с максимальным удалением экссудата и введением в плевральную полость протеолитических ферментов и антибиотиков в соответствии с чувствительностью микрофлоры; при неэффективности пункций применяют дренирование плевральной полости с использованием вакуум-отсоса или с помощью сифона-дренажа по Бюлау - Петрову; -в лечении дыхательной недостаточности необходимы ингаляции увлажненного кислорода; возможно использование плеврального лаважа растворами антисептиков (диоксидин, роккал, фурациллин); -использование методов экстракорпоральной детоксикации, УФО крови.

#### **ЗАДАЧА №12**

Больной 35 лет находился на стационарном лечении в течение 3-х недель с диагнозом “Острая правосторонняя нижнедолевая пневмония”. Спустя 2 дня после выписки у больного повысилась температура до 39 °С; появились озноб, общее недомогание,

потливость, головокружение, головная боль, сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе. Обратился за помощью и был направлен в хирургическое отделение на обследование и лечение.

Объективно: состояние больного средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. Частота дыхательных движений - 22 в минуту. При внешнем осмотре – отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При пальпации грудной клетки отмечается болезненность в нижних отделах справа. Голосовое дрожание в нижнем отделе правой половины грудной клетки усилено. Перкуторно: притупление звука в этом отделе. Границы легких в норме. Аускультативно: дыхание везикулярное, ослабленное, с жестковатым оттенком. Справа в нижних отделах имеется небольшое количество разнокалиберных хрипов. Пульс - 98 ударов в минуту. Артериальное давление - 100/60 мм.рт.ст.

**Вопросы:** Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы можно использовать для установления диагноза? Тактика ведения пациента? Сформулируйте показания к хирургическому лечению данной патологии? Назовите возможные типы операций?

**Решение задачи:** Диагноз: Острые множественные абсцессы нижней доли правого легкого. Диагноз представляет определенные трудности, особенно до вскрытия абсцесса в бронх или в плевральную полость. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с туберкулезом легких, эхинококкозом, нагноением кисты легкого, осумкованным или междолевым плевритом, очаговой пневмонией, опухолью и первичными бронхоэктазами в фазе абсцедирования, актиномикозом. Решающее значение для топической диагностики имеет полипозиционное рентгеновское исследование с томографией, которое позволяет установить не только локализацию, размер гнойников, перифокальную реакцию, но и их расстояние от грудной стенки. Показана компьютерная томография органов грудной клетки, торакоскопия. В зависимости от фазы развития острых абсцессов лечение больных может быть консервативным или хирургическим. Консервативное лечение включает в себя следующие мероприятия: А) обеспечение хорошего ухода и высококалорийного, богатого белками и витаминами питания, в том числе и парентерального; Б) рациональная антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры и введением препаратов в полость гнойника при субплевральной его локализации; В) при сообщении одного из абсцессов с бронхом необходимо регулярное удаление гноя через бронхоскоп или дренажным положением больного (постуральное положение). Г) введение в бронхиальное дерево или в полость абсцесса растворов протеолитических ферментов, а также антибиотиков в виде аэрозоля или через бронхоскоп. Д) иммунокорректирующая терапия, коррекция белкового, электролитного баланса; Е) использование средств для дезинтоксикации.

Ж) методы экстракорпоральной детоксикации – лимфо-, гемосорбция, плазмаферез, УФО крови, гипербарическая оксигенация (ГБО); Консервативное лечение множественных абсцессов и абсцессов диаметром более 6 см бесперспективно при неэффективности проводимой полноценной комплексной консервативной терапии. Показаниями к операции также будут – легочное профузное кровотечение, гигантский абсцесс, невозможность исключить карциному, прорыв абсцесса в плевральную полость с развитием эмпиемы плевры. Возможна лобэктомия справа. При прорыве абсцесса в плевральную полость с развитием эмпиемы плевры проводят дренаж с резекцией ребра (торакостомию).

### **ЗАДАЧА № 13**

В приемное отделение был доставлен мужчина 25 лет с жалобами на интен-

сивные колющие боли в области верхней половины живота и нижней части грудной клетки справа, усиливающиеся при вдохе, чувство тяжести в груди справа, повышение температуры тела до  $38,2^{\circ}\text{C}$ , общую слабость. Из анамнеза болезни выявлено, что болен в течение двух недель, лечился амбулаторно с диагнозом ОРВИ, без эффекта. Два дня назад состояние ухудшилось, температура повысилась до  $39,0^{\circ}\text{C}$ , появился озноб с проливными потами, одышка. Вызвал на дом врача и с диагнозом “Острая правосторонняя пневмония?” был госпитализирован в больницу. Объективно: общее состояние средней тяжести, больной придавливает правую сторону грудной клетки рукой для уменьшения интенсивности болей. Частота дыхательных движений - 26 в минуту. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании; пальпаторно определяется ригидность и болезненность мышц грудной клетки. В нижних отделах справа голосовое дрожание ослаблено. С той же стороны отмечается притупление легочного звука от VI межреберья и ниже по лопаточной линии. При аускультации справа дыхание ослаблено; начиная с VI межреберья и ниже не выслушивается. Пульс - 88 в минуту.

**Вопросы:** Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Ваша дальнейшая тактика ведения больного? Назовите методы лечения данного заболевания? Применимы ли эфферентные методы лечения при данном заболевании. Если да, то какие?

**Решение задачи:** Острая правосторонняя базальная пневмония. Парапневмонический плеврит. ДН I. Острый плеврит необходимо дифференцировать от нагноившейся кисты, абсцесса легкого, поддиафрагмального абсцесса. Необходимо так же исключить рак легкого с перифокальным воспалением и выпотом. Выполняют рентгеновское исследование грудной клетки для уточнения наличия жидкости в плевральной полости (в том числе в положении латеропозиции), УЗИ плевральной полости. Плевральная пункция проводится только при подтверждении наличия жидкости. Тактика ведения данного пациента должна быть по возможности активной. В настоящее время для лечения острого гнойного плеврита используются следующие методы: А) удаление гнойной жидкости повторными пункциями с промыванием плевральной полости растворами антисептиков (фурациллин, диоксидин, хлоргексидин, роккал) и введением в плевральную полость протеолитических ферментов для лизиса фибрина, густого гноя, секвестров и антибиотиков с учетом чувствительности микрофлоры. Необходим рентгеновский контроль эффективности пункций или дренирования; Б) при неэффективности пункционного метода, плевральную полость дренируют по Бюлау – Петрову или применяют активную аспирацию. Следует так же обратить внимание на применение диагностических и лечебных торакоскопий. В) в до- и послеоперационном периоде необходимо обеспечить следующие условия: -постоянная эвакуация экссудата активным или пассивным дренажем; -максимальное расправление легкого, форсированное дыхание, ЛФК; - борьба с инфекцией с проведением рациональной антимикробной терапии с лечением первичного заболевания (абсцесс легкого, пневмония, поддиафрагмальный абсцесс и т.д.); - постоянная борьба с эндотоксикозом (инфузионная терапия), использование экстракорпоральных способов лечения эндотоксикоза (лимфо- и гемосорбция, УФО крови). -проведение общеукрепляющей терапии – высококалорийное питание, витаминотерапия; -использование иммунокорректирующей терапии – введение лечебных сывороток,  $\gamma$ -глобулина, антистафилококковой плазмы. Да, применяются. Эфферентные экстракорпоральные методики лечения эндотоксикоза

при нагноительных заболеваниях легких и плевры применяются довольно активно. Это: лимфо- и гемосорбция, УФО крови.

#### **ЗАДАЧА № 14**

Больной 20 лет за 30 минут до поступления получил ранение левой половины грудной клетки. Возбужден, выраженное беспокойство. Требуется наложить повязку и отпустить домой. Пытается встать, но при этом теряет сознание. Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Пульс слабого наполнения и напряжения, 120 ударов в минуту, ритмичный. Слизистые оболочки синюшны, вены шеи набухшие, расширены. Отмечается резкая одышка; дыхание прерывистое, поверхностное, изо рта запах алкоголя. Артериальное давление - 80/40 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Грудная клетка участвует в акте дыхания с обеих сторон. Дыхание везикулярное, слева ослаблено. Перкуторно - справа над всей поверхностью легочный звук; слева в нижних отделах его укорочение. При физикальном исследовании определяется расширение границ сердца, верхушечный толчок отсутствует. В IV межреберье по парастернальной линии слева имеется рана линейной формы с ровными краями, острыми углами, размерами 2x1 см, незначительно кровоточит. По передней поверхности грудной клетки четко определяется подкожная эмфизема.

**Вопросы:** Предварительный диагноз? Тактика врача в данной ситуации? Назовите дополнительные методы диагностики? Если Вы решите оперировать больного, то в чем будет заключаться предоперационная подготовка? Перечислите способы ушивания ран сердца и легких? Как следует закончить операцию? Каковы особенности ведения послеоперационного периода?

**Решение задачи:** У больного проникающее ранение левой половины грудной клетки с повреждением сердца и его тампонадой. Гемопневмоторакс. Подкожная эмфизема. Алкогольное опьянение. Больному показана экстренная операция: переднебоковая торакотомия в V межреберье, ушивание раны сердца. В процессе операции желательнее всего выполнить реинфузию крови, но только при наличии селсервера (Приказ МЗ РФ № 363 от 25.11.02 г.). К методам диагностики травмы груди следует отнести обзорную рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ-органов грудной клетки. Предоперационная подготовка проводится на операционном столе бригадой анестезиологов. Основная цель - стабилизация артериального давления (инфузия полиглюкина 400 мл, солевых растворов, растворов крахмала различной плотности, преднизолона 60-90 мг в сочетании с переливанием крови и введением препаратов, способствующих стабилизации сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности. Раны на сердце ушиваются синтетическими нерассасывающимися или медленнорассасывающимися шовными материалами /капрон, лавсан № 5-6/, обычно используют узловыи швы. Разрешается накладывать П-образные швы в случаях, если ранение нанесено в непосредственной близости от венечных сосудов и хирург вынужден проводить нить под ними. Перикард ушивается редкими узловыми швами. Повреждения ткани легких также ушиваются синтетическими нерассасывающимися или медленнорассасывающимися шовными материалами /капрон, лавсан № 3-4/. При остановке сердца делают массаж, внутрисердечно вводят адреналин, хлорид кальция, при фибрилляции желудочков выполняют дефибрилляцию.

Обязательна ПХО раневого канала с иссечением нежизнеспособных тканей, введение противостолбнячного анатоксина или сыворотки. Операцию следует завершить дренированием плевральной полости во II межреберье по среднеключичной линии и в VIII межреберье по задне-подмышечной линии. Оба дренажа следует сформировать

ровать по Бюлау-Петрову. Больному следует назначить терапию, как при инфаркте миокарда. Необходимо периодически выполнять контрольные рентгенографические исследования грудной клетки на предмет расправления легкого. Дренажи плевральной полости удаляются при полном расправлении легкого и отсутствии жидкости и газа в плевральной полости.

### **ЗАДАЧА № 15**

Больная 29 лет 2,5 часа тому назад получила ранение правой половины грудной клетки. Пострадавшая находится в состоянии алкогольного опьянения. При обследовании: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз. Пульс слабого наполнения и напряжения, 110 ударов в минуту. Артериальное давление - 100/60 мм.рт.ст. В VI межреберье по средне-подмышечной линии справа имеется рана линейной формы с ровными краями, острыми углами, 1,5 x 0,8 см, незначительно кровоточит. При вдохе рана присасывает воздух.

Дыхание слева везикулярное, справа на верхушке не прослушивается; в нижних отделах резко ослаблено. Перкуторно - справа звук в верхних отделах с коробочным оттенком, в нижних - укорочение перкуторного звука; слева над всей поверхностью легочный звук, по боковой поверхности грудной клетки определяется подкожная эмфизема.

**Вопросы:** Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить? План лечения? С чем будет связан объем оперативного вмешательства? Каковы особенности ведения послеоперационного периода?

**Решение задачи:** У больной проникающее ранение правой половины грудной клетки, ранение легкого. Напряженный гемопневмоторакс. Алкогольное опьянение. Возможно использование обзорного рентгеновского логического исследования грудной клетки в двух проекциях, срочной торакоскопии для уточнения локализации ранений, источника кровотечения, а также УЗИ. Необходимо проведение общего анализа крови и мочи. Тактика хирурга при проникающих ранениях грудной клетки, при остановившемся кровотечении, сводится к ПХО раны и дренированию плевральной полости по Бюлау-Петрову с ликвидацией гемопневмоторакса; возможен пункционный метод лечения. Дренажные трубки удаляют через 3-4 дня после удаления экссудата и воздуха. Быстрое нарастание гемоторакса, повторное появление крови после ее аспирации свидетельствуют о продолжающемся кровотечении и больной показана торакотомия в экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом. Перед экстренным оперативным вмешательством и одновременно с ним следует проводить весь комплекс реанимационных мероприятий, включая инфузионную терапию в сочетании с переливанием одногруппной крови, возможно выполнение реинфузии крови, но только при наличии селсервера (Приказ МЗ РФ № 363 от 25.11.02 г.), вводят препараты для стабилизации сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности. После вскрытия плевральной полости удаляют сгустки крови, производят новокаиновую блокаду корня легкого и межреберных нервов, тщательно осматривают легкое, органы средостения. В зависимости от размера и характера повреждения производят различные вмешательства: от перевязки кровоточащего сосуда до лобэктомии. При небольших повреждениях накладывают отдельные швы на рану, лучше атрауматической иглой синтетическими нерассасывающимися или медленнонерассасывающимися шовными материалами (капрон, лавсан №3, 4). Если имеется обширное повреждение с размождением тканей легкого, то осуществляют клиновидную резекцию или лобэктомию. Швы накладывают через всю толщу легкого. В конце операции необходимо убедиться в надежности гемостаза и аэростаза; кровоточащие и пропускающие воздух участки по линии разреза

прошивают дополнительными узловыми швами. Плевральную полость дренируют толстой трубкой через прокол в VII-VIII межреберье; воздух и кровь отсасывают и устанавливают вакуумный или дренаж по Бюлау-Петрову. Операционную рану ушивают наглухо. Выполняют первичную хирургическую обработку раневого канала, обязательно выполняется профилактика столбняка. После резекции легкого показано дренирование плевральной полости во II межреберье по среднеключичной линии. Лечебные мероприятия должны быть направлены на профилактику развития воспалительного процесса (антибиотики, сульфаниламиды, ЛФК и т.д.). Необходимы контрольные рентгенографии. Следует осуществлять почасовой контроль отхождения содержимого из плевральной полости по дренажам совместно с рентгенологическим контролем. Показано консервативное лечение дыхательной и сердечно – сосудистой недостаточности. В послеоперационном периоде устанавливается тщательное наблюдение за больной и рентгеновский контроль за расправлением легкого. Медикаментозное лечение заключается в коррекции нарушений гомеостаза. Для предупреждения образования эмпиемы плевры необходима систематическая эвакуация содержимого из плевральной полости и введение антибиотиков с бактериологическим анализом и определением чувствительности микрофлоры к последним.

**ЗАДАЧА № 16**

Больной 70 лет доставлен в клинику каретой скорой помощи с жалобами на интенсивные острые боли в эпигастриальной области с иррадиацией в спину, в левую поясничную область, одышку. В течение десяти лет страдает облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, по поводу которого неоднократно консервативно лечился в стационарах. Два года назад при обследовании выявлена аневризма брюшного отдела аорты. Предлагалась операция, от которой больной отказывался. Час назад при поднятии тяжести возникла нестерпимая боль в эпигастрии и мезогастррии, появилось затрудненное дыхание. Принимал нитроглицерин – без эффекта. Обратился за помощью. Объективно: состояние тяжелое. Больной ведет себя беспокойно. Кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом. Пульс – 112 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 140/90 мм.рт.ст. Пульсация артерий нижних конечностей отсутствует ниже уровня общих бедренных артерий с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные; прослушивается систолический шум над аортой. При пальпации живота последний чувствителен в области эпи- и мезогастррии, где определяется умеренное мышечное напряжение. Симптом Щеткина – Блюмберга неубедительный. Симптом Куленкампа положительный. Имеется притупление в отлогих местах живота. Общий анализ крови: эритроциты –  $1,79 \times 10^{12}$  /л; гемоглобин – 60 г/л; ЦП – 0,78; гематокрит – 23 %.

**Вопросы:** Ваш предварительный диагноз? С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? В чем заключается лечение данного пациента? Каков прогноз данного заболевания?

**Решение задачи:** Диагноз: Разрыв аневризмы брюшного отдела аорты. Дифференцированный диагноз проводят с: разрывом селезенки; кровоточащей язвой желудка или 12-ти перстной кишки; язвенной болезнью, осложненной перфорацией. Методы обследования, которые следует применить: УЗИ-исследование органов брюшной полости, КТ, ангиография. Больному показана экстренная операция (лучше в специализированном стационаре). Лечение будет заключаться в резекции аневризмы с протезированием брюшной аорты линейным или бифуркационным протезом. Прогноз серьезный.

### **ЗАДАЧА № 17**

В хирургическое отделение поступила больная 50 лет с жалобами на тупые, распирающие малоинтенсивные боли в левой нижней конечности после длительной ходьбы, расширение поверхностных вен слева, тяжесть, утомляемость, парестезии, отеки, возникающие к вечеру и исчезающие после отдыха в горизонтальном положении, судороги мышц левой голени. Больной себя считает около 15 лет. Начало заболевания связывает с беременностью, когда впервые появились расширенные вены на голени. С тех пор заболевание медленно прогрессирует. Стационарно и амбулаторно не лечилась. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, питание повышенное. Температура тела – 36,9° С. Частота дыхательных движений - 17 в минуту. Пульс - 76 ударов в минуту. Артериальное давление – 130/80 мм.рт.ст. Печень выступает из-под правого подреберья на 2 см, эластической консистенции. Селезенка не пальпируется.

Status localis: При осмотре видны извитые резко расширенные стволы большой и малой подкожных вен левой нижней конечности на всем протяжении. Кожа над ними не изменена. Признаков индурации нет. Пульсация сосудов на артериях стопы, голени и бедра сохранена. Коагулограмма: протромбиновый индекс - 102%; время рекальцификации - 164 сек; фибриноген - 3,77 г/л; тромботест – 4 балла.

**Вопросы:** Ваш диагноз? С какими заболеваниями необходимо повести дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для верификации диагноза? Какие функциональные пробы необходимо провести для определения состоятельности коммуникантных вен? Тактика ведения больной? Назовите методы лечения данной патологии?

**Решение задачи:** Диагноз: Варикозное расширение большой и малой подкожных вен левой нижней конечности, ВН II ст. Дифференциальный диагноз следует проводить с: посттромботической болезнью (синдромом), врожденными аномалиями венозной системы, лимфостазом, тромбозом глубоких и подкожных вен. Для верификации диагноза следует провести флебографию с контрастированием вен нижних конечностей, дуплексное сканирование, доплеровское исследование сосудов нижних конечностей, термографию. Функциональные пробы, определяющие состоятельность коммуникантных вен, есть: Пратта-1, трехжгутовая проба Шейниса, проба Тальмана. Показано оперативное лечение. Вероятнее всего, следует провести флебэктомию слева по Троянову-Тренделенбургу-Беккоку, Нарату. Перевязка коммуникантных вен по Коккету. Флебосклерозирующую терапию.

### **ЗАДАЧА № 18**

Мужчина 51 года поступил в клинику с жалобами на повышенную чувствительность к холоду, чувство онемения в икроножных мышцах и судороги при ходьбе, больше слева из-за которых вынужден останавливаться через 150 – 200 метров ходьбы. В течении последних 15 лет больной наблюдается у терапевта по поводу: ИБС. Атеросклеротического кардиосклероза Н П. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Пульс – 76 в минуту. Артериальное давление - 160/100 мм.рт.ст. Тоны сердца глухие.

При обследовании: кожные покровы нижних конечности бледные, прохладные на ощупь; отмечается сухость кожи, трофические изменения ногтей (ногтевые пластинки утолщены, ломкие). Волосистой покров отсутствует. При термометрии: в I-м межпальцевом промежутке слева – 29,5° С, справа – 30,5° С. Капиллярный пульс слева отсутствует, справа замедленный. Пульсация на артериях левой стопы, на подколенной артерии с той же стороны отсутствует. На левой бедренной артерии пульсация резко ослаблена. Справа пульсация сохранена вплоть до подколенной артерии. Положительные симптомы Оппеля, Панченко, Самуэляса, Мошковица - Шамовой. Коагулограмма: протромбиновый индекс – 70 %; время рекальцификации – 210 сек.; толерантность плазмы к гепарину – 6 мин.; фибри-

ноген – 4,7 г/л; В – фибриноген – (++) ; тромботест – 6 баллов.

**Вопросы:** Ваш предварительный диагноз? Какой из симптомов выступает на первый план этого заболевания? С какими заболеваниями проводить дифференциальную диагностику? Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза? Каковы этиология и патогенез данного заболевания? Каковы принципы лечения данной патологии? Назовите показания к хирургическому лечению и методы операций при данном заболевании?

**Решение задачи:** Диагноз: Облитерирующий атеросклероз сосудов левой нижней конечности, стадия II Б. На первый план выступает перемежающаяся хромота. Дифференциальный диагноз проводят с облитерирующим эндартериитом, облитерирующим тромбангиитом, диабетической макроангиопатией. Для уточнения диагноза применяют ангиографию, доплеровское исследование, дуплексное сканирование, термографию. Этиопатогенетическая цепь облитерирующего атеросклероза представляется следующим образом: отложение холестерина на внутренней стенке артерий; образование атеросклеротической бляшки; изъязвление бляшки, формирование пристеночного тромба; обтурация артерий, развитие хронической артериальной непроходимости. Консервативное лечение преследует цель: снятие спазма сосудов, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, десенсибилизирующая терапия (вплоть до гормонов). Назначают препараты, улучшающие реологические свойства крови (солкосерил, трентал, актовегин, вазопрессин). Показанием к хирургическому лечению являются: малая дистанция безболевого ходьбы – менее 50-100 метров; некроз тканей голени и стоп; боль в покое. Хирургическое лечение включает в себя операции на сосудах: тромбинтимиэктомию; обходные шунтирования; профундопластику (при непроходимости глубокой бедренной артерии и непроходимости общей бедренной артерии); операции на нервах (симпатэктомию); операции на костях (реваскуляризирующие остеотрпанации /РОТ/). При наличии декомпенсации кровообращения – некрэктомию вплоть до ампутации конечности

#### **ЗАДАЧА № 19**

У больной 50 лет на третьи сутки после операции холецистэктомии по поводу острого обтурационного калькулезного холецистита появились постоянные средней интенсивности боли в правой голени. Боли усиливались при движении в голеностопном суставе справа. Больная предъявляет жалобы на слабость, разбитость и нарушение сна. Температура тела – 37,2° С. Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс - 88 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 150/100 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Язык подсыхает. Живот участвует в акте дыхания, болезненный в области операционной раны. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Стул был 12 часов назад, оформленный. Местный статус: Правая голень обычной окраски, в ортостазе – появляется еле заметная цианотичность кожных покровов. Объемная асимметрия +2 +3 +3 см. При тыльном сгибании в правом голеностопном суставе резко усиливаются боли в икроножных мышцах справа. Сдавление правой голени в передне-заднем направлении так же усиливает боль. Проба Ловенберга справа положительная (давление 110 – 120 мм.рт.ст.).

Общий анализ крови: Лейкоциты –  $10,0 \times 10^9$  /л; нейтрофилы: сегментоядерные – 57%, палочкоядерные – 13%, юные – 1%, моноциты – 7%. Коагулограмма: протромбиновый индекс – 106%; время рекальцификации – 110 сек; толерантность плазмы к гепарину – 6 мин; фибриноген 5 г/л; фибриноген «В» – (+++); тромботест - 6 баллов.

**Вопросы:** Ваш диагноз? Расскажите об этиологии и патогенезе данного заболевания? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Ка-

кие инструментальные методы исследования необходимы в диагностике этого заболевания? Что такое проба Ловенберга? Принципы лечения? Расскажите о хирургическом лечении данного заболевания? Какие методы оперативных вмешательств Вы знаете? Когда их следует выполнять?

**Решение задачи:** Диагноз: Тромбоз глубоких вен правой голени. Острые тромбозы глубоких вен нижних конечностей являются наиболее частой локализацией окклюзий венозных сосудов. Пусковым моментом служат следующие факторы: операция /послеоперационный период/ (разбираемый случай), травма, бактериальная инфекция, длительный постельный режим; послеродовой период, применение противозачаточных средств; курение, ДВС-синдром. Сущностью патологического процесса при тромбозе является развитие воспалительного процесса в стенке вены с образованием тромба. Последний приводит к частичной или полной закупорке сосуда. В дальнейшем в процесс вовлекаются вся стенка вены. Тромб прочно фиксируется к интиме сосуда, что и предотвращает развитие эмболии (в отличие от флеботромбоза, где тромб формируется в практически здоровой вене, рыхло спаян или не спаян вовсе со стенкой вены, легко отрывается и приводит к тромбоэмболии легочной артерии). Тромбоз сопровождается рядом местных и общих реакций. Дифференциальный диагноз проводят с тромбозом артерий, эмболией мелких артерий голени, с облитерирующими заболеваниями артерий, с миозитом, кровоизлиянием в икроножные мышцы, с периферически невритом, артериоспазмом. К дополнительным методам относят: доплеровское исследование, дуплексное УЗИ, сцинтиграфию с I<sup>125</sup>-фибриногеном, дистальную восходящую флебографию. Проба Ловенберга, являясь диагностической пробой для установления диагноза тромбоза глубоких вен нижней конечности, проводится следующим образом: на голень, в области средней трети накладывается манжетка сфигмоманометра и давление в ней доводится до 150 мм.рт.ст. (в рассматриваемом случае – до 110-120 мм.рт.ст.). Появление болей в икроножных мышцах ниже 150 мм.рт.ст. указывает на тромбоз глубоких вен. Лечение: все больные с диагнозом тромбоза глубоких вен нижних конечностей должны лечиться в условиях хирургического стационара. Консервативное лечение заключается в строгом постельном режиме (7-10 дней); антикоагулянтной терапии – НМГ или НФГ (клексан, гепарин 5000-10000 ЕД в/в струйно со скоростью 1000 ЕД/ч под контролем времени свертывания /7-10 дней/), антикоагулянты непрямого действия через 5-7 дней. Большое значение придается фибринолитической терапии (фибринолизин, стрептаза, стрептокиназа, урокиназа). Назначают десенсибилизирующие препараты, средства, улучшающие кровообращение в микроциркуляторном русле (венорутин, трентал), спазмолитики. Рекомендуются также раннее вставание, но только при забинтованной эластическим бинтом пораженной конечности. Хирургическое лечение тромбоза глубоких вен нижней конечности проводится по жизненным показаниям: при опасности повторной ТЭЛА, угрозе венозной гангрены и распространения тромботического процесса на нижнюю полую вену. В зависимости от локализации тромба и его распространенности проводят: при изолированном тромбозе вен голени – дистальную перевязку бедренной вены; при первичном ограниченном тромбозе бедренно-подколенного сегмента – тромбоземболэктомию из бедренно-подколенного сегмента; при изолированном поражении подвздошной вены – тромбоземболэктомию из этой вены. Пликация нижней полых вен заключается в создании в ее просвете узких каналов или введении кава-фильтров, задерживающих тромбы.

#### **ЗАДАЧА № 20**

Больная 48 лет поступила в хирургическую клинику с жалобами на постоянные,

тупые боли и отечность левой нижней конечности с иррадиацией в паховую область. Около двух суток назад появились тупые боли в поясничной, паховой областях слева, а также в левом бедре. Повышалась температура тела до 38,5° С. Сутки назад боли усилились. Появился отек. Обратилась за медицинской помощью. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Пульс – 100 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 140/90 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные. Язык влажный. Живот участвует в акте дыхания. При пальпации безболезненный. Стул был сутки назад – оформлен. Мочеиспускание свободное. Локально: кожные покровы цианотичные; окружность бедра и голени слева на 6 см больше, чем справа. Выражен “подкожный” рисунок поверхностных вен левой нижней конечности вплоть до паховой области. Симптомы Хоманса, Ловенберга и Мозеса положительные. Конечность теплая на ощупь. Пульсация периферических артерий нижних конечностей сохранена. Общий анализ крови: Лейкоциты –  $9,1 \times 10^9$ /л. СОЭ – 25 мм/ч. Нейтрофилы: сегментоядерные – 56%, палочкоядерные – 8%, юные – 1%, моноциты – 12%, лимфоциты – 23%. Коагулограмма: протромбиновый индекс – 90%; время свертывания крови – 2 мин; фибриноген - 6 г/л; тромботест - 6 баллов.

Общий анализ мочи: плотность – 1016; лейкоциты – 5-6 в поле зрения, эритроциты – (-), белок – (-).

**Вопросы:** Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза? Каков «золотой» стандарт диагностики? Чем может осложниться данное заболевание? Тактика ведения пациентки? Назовите лечение больной?

**Решение задачи:** Диагноз: Илеофemorальный тромбоз слева. Дифференциальный диагноз следует проводить с: острым нарушением артериальной проходимости, лимфостазом. Диагноз можно подтвердить следующими исследованиями: флебография, доплеровское исследование, дуплексное УЗИ, сцинтиграфия с использованием фибриногена, меченного  $I^{125}$ . Золотым стандартом во флебологии является цветное дуплексное сканирование. Осложнения: переход в «синюю» болевую флегмазию, ТЭЛА. Лечение: тромболитическая терапия, антикоагулянты прямого и непрямого действия, эластическая компрессия, антиагреганты. Хирургическое лечение показано при: выявлении “флотирующего” тромба в просвете вены с угрозой ТЭЛА – тромбэктомия. По показаниям постановка кава-фильтра.

### **ЗАДАЧА № 21**

Каретой скорой помощи в клинику доставлена женщина 52 лет предъявляющая жалобы на нестерпимые, интенсивные, постоянные боли в правой нижней конечности, сопровождающиеся мышечной слабостью и онемением пальцев стоп, появившиеся без видимых причин около 6 часов назад. Несколько лет назад пациентка перенесла острое нарушение мозгового кровообращения, протекающее в форме обратимого правостороннего гемипареза. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс - 110 ударов в 1 минуту, аритмичный, дефицит пульса 16. Артериальное давление – 70/40 мм.рт.ст. Аускультативно в области сердца определяется диастолический шум на его верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под правого подреберья на 3 см. Селезенка не пальпируется. Местное состояние: отмечается бледность кожных покровов с цианотическим оттенком, гиперестезия до средней трети правой нижней конечности. Пульсация на a. dorsalis pedis, a. tibialis posterior, a. poplitea справа отсутствуют, на a. femoralis communis справа ослаблена. Правая стопа холоднее левой. Все виды чувствительности и активные движения в суставах правой нижней конечности отсутствуют, пассивные движения сохранены в полном объеме.

**Вопросы:** Какое заболевание развилось у больной? Проведите дифференциальный диагноз? Какие инструментальные исследования целесообразно выполнить больной для подтверждения диагноза? Какова степень нарушения кровообращения у больной? Тактика и методы лечения? Обоснуйте принципы консервативной терапии? В чем заключается суть хирургического лечения данной патологии?

**Решение задачи:** Диагноз: Острая тромбоземболия правой поверхностной бедренной артерии в средне-нижней трети бедра, ишемия ПБ на фоне митрального стеноза, мерцательной аритмии. Дифференциальный диагноз проводится с артрозо-артритом, остеохондрозом поясничного отдела позвоночника, патологическим переломом справа при миеломной болезни. Целесообразно для подтверждения органического поражения сердца выполнить эхокардиографию. Оценка состояния сосудистого русла нижних конечностей проводится доплерографическим исследованием и дуплексным сканированием с цветным картированием. Исследования ЭКГ типичны для больных с нарушением ритма (например, мерцательная аритмия). При наличии на ЭКГ правограммы, признаков гипертрофии левого предсердия и правого желудочка, а так же учитывая характер сердечных шумов, можно предположить у больной митральный стеноз. Используя классификацию степени ишемии, можно предположить, что у больной ПБ степень – неврологические расстройства с наличием паралича. После короткой интенсивной терапии (дезагреганты, спазмолитики, анальгетики и др.) следует провести артериотомию: непрямую эмбол- и тромбэктомии при помощи катетера Фогэрти. Консервативное лечение заключается в применении: тромболитиков (стрептокиназа, урокиназа, стрептодеказа) для восстановления кровообращения в ишемизированной конечности. При эмболии – это дополнительное лечение, т.к. эмбол растворить невозможно. Антикоагулянтная терапия гепарином или НМГ /низкомолекулярными гепаринами/ (в последующем использование антикоагулянтов непрямого действия) показана для предотвращения развития продолженного тромба. Показано так же применение активаторов фибринолизина (никотиновая кислота, компламин), дезагрегантов (реополиглюкин, трентал, курантил). Для улучшения кровообращения в конечности назначают ингибиторы протеаз (положительное воздействие на тканевой метаболизм в зоне ишемии – трасилол, гордокс). Прекрасно зарекомендовал себя вазопростан. Важна инфузионная терапия, обеспечивающая высокий диурез (не менее 100 мл/час). Для защиты почек от повреждающего действия при миоглобинурии применяют осмотические диуретики (маннитол) и ощелачивают мочу. Всем больным, начиная с IА степени, показана восстановительно-реконструктивная операция на сосудах, и только больным с III В степенью расстройства кровообращения необходима первичная высокая ампутация конечности. При эмболии высокий эффект можно получить при не прямых эмболэктомиях баллонными катетерами типа Фогэрти или фирмы «Север». Эндартерэктомия или обходное шунтирование чаще всего выполняется при тромбозе, возникшем на месте измененной атеросклерозом, неспецифическим воспалением или другим патологическим процессом стенки сосуда.

### **ЗАДАЧА № 22**

Больная 62 лет поступила в стационар с жалобами на увеличение размеров шеи, нарастающую общую мышечную слабость, раздражительность, плаксивость, бессонницу, снижение массы тела, несмотря на удовлетворительный аппетит, сердцебиение и повышение температуры тела до 37,8°C. Начало заболевания связывает с перенесенной 2 года назад ангиной, когда стала появляться немотивированная общая слабость и чувство жара во всем теле. Повышалась температура до 37,9°C. Случайно обнаружила увеличение объема шеи около 1,5 года назад. За помощью не обращалась, не лечилась. Объективно: общее состояние средней степени тяжести.

Отмечается суевликое поведение больной; речь торопливая. Питание пониженное. Кожные покровы горячие, влажные, гиперемированные. Кожа кистей и стоп также теплая. Симптом Мари положительный. Выражен блеск глаз; расширение глазной щели. Симптомы Дальримпля, Грефе и Кохера положительные. Пульс 116 ударов в минуту, аритмичный. Артериальное давление – 135/65 мм.рт.ст. Аускультативно тоны звучные. Выслушивается усиление первого тона над всеми отделами сердца. Частота дыхательных движений – 24 в минуту. В легких дыхание жесткое, без хрипов. На передней поверхности шеи имеется опухолевидное образование, увеличивающее диаметр последней. Образование мягкое, безболезненное при пальпации. Цвет кожных покровов над ним не изменен. Кожная температура данной области повышена. После предоперационной подготовки в эндокринологическом отделении в течение 14 дней больной под общим обезболиванием проведена операция - субтотальная резекция щитовидной железы по О.В. Николаеву. В отделении через 10 часов после операции у больной повысилась температура тела до 40<sup>0</sup>С, появилась резкая слабость, тошнота, неукротимая рвота слизью, психоз. 5 раз был жидкий стул. При обследовании состояние тяжелое, не соответствует перенесенной ранее операции. Пациентка резко заторможена, адинамична. На вопросы отвечает не вовремя и невпопад. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие. Пульс 130 ударов в минуту, аритмичный, слабого наполнения. Частота дыхательных движений - 26 в минуту, прерывистое. Артериальное давление - 70/40 мм.рт.ст. с дальнейшей тенденцией к гипотонии.

**Вопросы:** С каким диагнозом поступила больная? Какое осложнение наступило у больной в послеоперационном периоде? Почему у больной возникло данное осложнение, объясните его причину? Тактика лечения больной? Какие меры профилактики данного осложнения Вы знаете?

**Решение задачи:** Диагноз: Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса), II степень по классификации ВОЗ. III стадия по Милку. При обследовании больных с данной патологией можно выявить следующие диагностические признаки: лабораторные изменения: содержание в крови ТТГ снижено, Т<sub>3</sub> и Т<sub>4</sub> повышено., сахарная кривая носит патологический (диабетический) тип, антиоксидантная функция печени снижена. При УЗИ щитовидной железы последняя диффузно увеличена, возможно неравномерное изменение ее эхогенности. Определение степени поглощения <sup>131</sup>I щитовидной железой указывает, что скорость поглощения резко увеличена через 2-4 и 24 часа. Радиоизотопное сканирование железы позволяет выявить в ней функционально активную ткань. У больной развился послеоперационный тиреотоксический криз на фоне диффузного токсического зоба. Тиреотоксический криз у больных диффузным токсическим зобом возможен при недостаточной подготовке к операции, недостаточной функции коркового вещества надпочечников вследствие стрессовой ситуации (операция, инфекционное заболевание и другие факторы). В условиях реанимационного отделения следует провести следующий курс интенсивной терапии: тиреостатические йодсодержащие препараты (мерказолил и др.), лития карбонат, глюкокортикоиды, β-адреноблокаторы (обзидан, анаприлин), антиферментные средства (контрикал) для нейтрализации кининов; детоксикационная терапия (в т. ч. экстракорпоральная детоксикация с помощью плазмафереза). Охлаждают магистральные сосуды нижних и верхних конечностей. Проводят вагосимпатическую блокаду по А.В. Вишневскому. Предоперационная подготовка больных должна проводиться в эндокринном отделении с целью достижения максимального эутиреоза - назначение преднизалона (или гидрокортизона), сеансы плазмафереза. Одним из факторов профилактических мероприятий является тщательное промывание операционной раны раствором новокаина 0,25% непосредственно перед наложением швов на операционную рану, бережное отношение к тканям во время

оперативного вмешательства.

### **ЗАДАЧА № 23**

На прием к Вам обратилась женщина 32 лет с жалобами на деформацию шеи, создающую косметические неудобства. Других жалоб не предъявляет. Больной себя считает около года, когда случайно заметила объемное образование шеи. Причину возникновения заболевания назвать затрудняется. Чувствует себя вполне удовлетворительно. Размеры образования со слов пациентки за данный промежуток времени не изменились. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Конституция гиперстеническая. Питания среднего. Пульс - 78 ударов в 1 минуту, ритмичный. Артериальное давление - 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные. В легких дыхание везикулярное. Частота дыхательных движений – 15 в минуту. Язык чистый, влажный. Живот участвует в акте дыхания, безболезненный во всех отделах. Локально: на передней и левой боковой поверхности шеи имеется образование с четкими краями, размером около 50х20 мм. Нижняя граница образования на 1,5 см. не достигает яремной вырезки грудины. Пальпаторно безболезненное, гладкое, эластической консистенции, смещается при глотании, с кожей не спаяно. Кожные покровы над ним не изменены, обычной температуры. Основные лимфатические узлы шеи обычных размеров и формы, безболезненные, не сращены с окружающими тканями.

**Вопросы:** Сформулируйте Ваш предположительный диагноз? С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию? Алгоритм диагностики данного заболевания? Составьте план лечения больной. Назовите возможные послеоперационные осложнения при данном заболевании и меры по их профилактике?

**Решение задачи:** Диагноз: Узловой (перешейка и левой доли) эутиреоидный зоб II степени по классификации ВОЗ. Данную патологию необходимо дифференцировать со следующими объемными образованиями шеи: ; срединной кистой шеи; другими заболеваниями щитовидной железы; доброкачественными опухолями- миомой; липомой; тератомой; лимфомой; метастазами злокачественных опухолей. В целях диагностики данной патологии следует прежде всего провести УЗИ щитовидной железы и тонкоигольную аспирационную биопсию с цитологическим исследованием пунктата, что позволяет исключить злокачественность образования.. Определяют гормоны сыворотки: Т<sub>3</sub>; Т<sub>4</sub> в данном случае данные параметры должны быть в пределах нормы. Сканирование щитовидной железы позволяет определить контуры железы и ее размеры, выявить автономную аденому, опухоль, кисты, абберантную тиреоидную ткань. Для исключения загрудинно расположенного зоба необходимо провести рентгеноконтрастное исследование пищевода. Тактика лечения больных с данной патологией неоднозначна. При наличии бессимптомного узлового зоба без признаков малигнизации требуется наблюдение в динамике. Если появляются косметические неудобства или симптомы сдавления – назначают супрессивную терапию тироксином; при отсутствии эффекта – субтотальная резекция щитовидной железы, либо - тиреоидэктомия. Послеоперационными осложнениями данной патологии являются: парез или паралич голосовых связок в результате ранения ветвей возвратного нерва, ларингоспазм, ранение трахеи, кровотечение, гипопаратиреоз. В целях профилактики данных осложнений необходимо бережное манипулирование с тканями во время операции, тщательный контроль гемостаза. Во время оперативного вмешательства следует проследить ход возвратного нерва, не манипулировать в глубине раны без контроля зрения. Не менее важно

оставление участка щитовидной железы и адекватное ведение послеоперационного периода.

#### **ЗАДАЧА № 24**

Больная 62 лет доставлена каретой скорой помощи с жалобами на резкие постоянные боли по всему животу без определенной локализации, тошноту, 3-х кратную рвоту съеденной накануне пищи, не приносящую облегчения, жидкий стул. Перед появлением болей отмечалась задержка стула; газы отходят нерегулярно. Вследствие нестерпимых болей, кричит, просит оказать помощь, подтягивает ноги к животу. Из анамнеза выявлено, что заболела 6 часов назад, когда внезапно, без видимых причин возникли острые боли в животе. Вначале они имели схваткообразный характер. Но постепенно стали постоянными. Вызвала карету скорой помощи. Доставлена в стационар. Объективно: общее состояние тяжелое. Больная возбуждена. Пульс - 120 ударов в минуту, аритмичный. Артериальное давление – 90/60 мм.рт.ст. Язык подсыхает. Живот подвздут. При пальпации мягкий, болезненный во всех областях. Перкуторно в отлогих местах отмечается притупление звука; кишечные шумы приглушены. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Печень выступает из-под правого подреберья на 3 см, эластической консистенции. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание учащенное. При ректальном исследовании на перчатке кал с примесью крови; слизистая прямой кишки смещается частично. Отмечается болезненность и нависание ее передней стенки.

**Вопросы:** Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями Вы считаете необходимым провести дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больной? Назовите алгоритм лечения данной патологии?

**Решение задачи:** Диагноз: Мезентериальный тромбоз. Дифференциальный диагноз проводят с: острым холециститом, острым панкреатитом, прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, болезнью Крона, ишемическим колитом. Проводится коагулограмма, общий анализ крови, обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости, УЗИ, ФГДС, ирригография, ректороманоскопия и лапароскопия. При декомпенсации мезентериального кровообращения проводят экстренную операцию. Оперативный метод является основным (сосудистые операции /включая эмболэктомию зондом Фогарти/, резекция кишки, комбинация сосудистых операций и резекции кишки). Консервативная терапия заключается в назначении антикоагулянтов, фибринолитиков, спазмолитиков и антимикробных средств.

#### **ЗАДАЧА № 25**

В приемное отделение доставлена больная 63 лет с жалобами на умеренные постоянные боли в левой нижней конечности, её отек, интенсивную головную боль, тошноту и однократную рвоту, приносящую кратковременное облегчение.

Из анамнеза выяснено, что заболела больная остро двое суток назад, когда почувствовала озноб (температура тела повышалась до 39-40<sup>0</sup> С), тошноту. Самостоятельно не лечилась, расценив данное состояние как следствие переохлаждения и простуды. Однако, через 12 часов на передненаружной поверхности левой голени выявила у себя резко ограниченное болезненное покраснение и отек. Обратилась за медицинской помощью.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Пульс - 120 в минуту, ритмичный. Аускультативно выслушивается систолический шум в проекции митрального клапана. Артериальное давление - 140/95 мм рт.ст. Температура тела -

38,8<sup>0</sup> С. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.

Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Местный статус: левая нижняя конечность в области голени отечна, с резко ограниченной зоной гиперемии. Покраснение распространяется дугообразно в разные стороны. Пальпаторно данная область болезненная и горячая. Пульсация а. dorsalis pedis и а. tibialis posterior ослаблены.

*Вопросы:* Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования и их интерпретация? Назовите биохимические методы исследования крови, которые необходимо использовать для верификации диагноза? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Назовите возможные осложнения данного заболевания? Лечение? Сформулируйте принципы профилактики?

*Решение задачи:* Диагноз: Рожистое воспаление левой нижней конечности. Эритематозная форма. Средняя степень тяжести. Кроме обследования, которое позволяет достаточно правильно поставить диагноз рожистого воспаления, следует сделать лабораторные анализы крови и мочи (снижение суточного диуреза; появление белка, эритроцитов и лейкоцитов в моче). Для верификации диагноза следует обратить внимание на следующие изменения в крови: лейкоцитоз, нейтрофилез с токсической зернистостью, снижение числа эозинофилов, повышение СОЭ. При дифференциальном диагнозе следует думать о флегмоне, эритеме, дерматите, лимфангите сетчатом, тромбозе и эризепилоиде (свиной краснухе). Возможные осложнения при рожистом воспалении: лимфангит, тромбоз, абсцесс и флегмона, некроз кожи, гнойный отит, пневмония, нефрит, эндокардит, перикардит, слоновость (лимфостаз с возможным переходом в лимфэдему), сепсис. Лечение начинают с введения антибиотиков (препараты выбора - пенициллины или тетрациклины) в течение 4-10 дней. Показаны сульфаниламиды, противовоспалительные и жаропонижающие средства, УФО крови. Левую нижнюю конечность иммобилизируют. Локально назначают УФО (эритемные дозы). Больной должен быть изолирован в отдельную палату. По существующим правилам и приказам эритематозная форма рожистого воспаления должна лечиться в инфекционных стационарах или отделениях. Только буллезно-некротическая и абсцедирующая формы рожистого воспаления лечатся в хирургических стационарах. Профилактика рожистого воспаления сводится к предупреждению травм, потертостей, ссадин, микротравм, являющихся входными воротами для стрептококков. Терапия эпидермофитий, трофических язв и других хронических заболеваний кожи и подкожной клетчатки входит в мероприятия по профилактике рожи.

### **ЗАДАЧА № 26**

За помощью обратилась женщина 19 лет с жалобами на интенсивные боли в правой подмышечной впадине с иррадиацией в правое плечо, повышение температуры тела до 38<sup>0</sup> С, общую слабость, головную боль. Заболела около пяти дней назад, когда в правой подмышечной впадине случайно заметила болезненное уплотнение. Лечилась самостоятельно. Последние сутки самочувствие ухудшилось – боль, гиперемия в подмышечной впадине увеличились, поднялась температура. Последнюю ночь из-за болей не могла заснуть. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,2<sup>0</sup> С. Пульс - 106 ударов в минуту. Локально: в правой подмышечной области имеется инфильтрат размерами 5x4 см, отек. Кожа над инфильтратом гиперемирована, горячая на ощупь. При пальпации инфильтрат мягкий

в центре, резко болезненный. Движения в плечевом суставе ограничены и болезненны.

**Вопросы:** Ваш предположительный диагноз? Дайте определение рассматриваемой патологии? Каковы этиопатогенетические моменты развития данной патологии? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Каковы принципы лечения данного заболевания? Сформируйте способы профилактики данного заболевания?

**Решение задачи:** Скорее всего, у больной гидраденит правой подмышечной впадины. Гидраденит – гнойное воспаление апокриновых потовых желез и окружающей клетчатки, локализующееся чаще всего в подмышечной ямке, реже – в паховой и перианальной области. Вызывается гидраденит стафилококком, чаще золотистым. В потовых железах возникает воспалительный инфильтрат с последующим гнойным расплавлением окружающих тканей. Процесс часто имеет подострый характер, постоянно наблюдаются рецидивы. Торпидность течения гидраденита объясняется значительной длиной, узостью и извилистостью потовых протоков, трудностью как элиминации из них микробов, так и воздействия на них. Дифференциальный диагноз следует проводить с: фурункулом, карбункулом и лимфаденитом. Лечение следует построить следующим образом: под анестезией гнойник вскрывается. Также применяется противовоспалительная и антибактериальная терапия, местное лечение гнойной раны. Профилактика гидраденита - это соблюдение правил личной гигиены, отказ от дезодорантов с надписью «антиперспирант» дезодорирующих и дезинфицирующих, а так же своевременное лечение кожных заболеваний и эндокринных нарушений.

#### **ЗАДАЧА № 27**

В приёмное отделение клиники поступил больной 56 лет с жалобами на интенсивные распирающие боли в межлопаточной области, общую слабость, головную боль тошноту и бессонницу. Больной живет в деревне, работает пастухом. Страдает инсулинозависимым сахарным диабетом. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 39,5<sup>0</sup> С. Пульс - 96 ударов в 1 минуту. Артериальное давление - 120/90 мм рт.ст. Частота дыхательных движений – 24 в минуту. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Status localis: в межлопаточной области имеется напряженный инфильтрат размерами 4x3,5 см. багрово-красного цвета с несколькими отверстиями по типу “сита”, из которого выделяется густой зеленовато-серый гной с резким неприятным запахом. При осмотре визуализируются некротизированные ткани. Пальпаторно инфильтрат болезнен.

**Вопросы:** Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Дайте определение данного заболевания? План лечения? Перечислите возможные осложнения данной болезни?

**Решение задачи:** Мы имеем дело с карбункулом межлопаточной области. Дифференциальный диагноз следует проводить с сибирской язвой, абсцессом, флегмоной, нагноившейся атеромой. Сибирезязвенный карбункул чаще всего бывает у больных, контактирующих с животными. Это, как правило, небольшой зудящий узелок с геморрагической пустулой на верхушке при отсутствии болезненности и гнойных выделений. Карбункул – острое гнойно-некротическое воспаление множества волосяных луковиц, сальных желез и окружающих их тканей. Чаще всего встречается на шее, голове, спине, конечностях. Инфильтрат распространяется в глубину мышц до фасции. Лечение проводят в условиях хирургического стационара по общим правилам лечения острого гнойного заболевания мягких тканей: вскрытие крестообразным разрезом, эвакуация гноя, иссечение некротических тканей, противовоспалительная терапия.

тельная и антибактериальная терапия, местное лечение раны, Физиотерапия. Необходимы повторные анализы крови на сахар, консультация эндокринолога; при необходимости назначение препаратов инсулина. Возможны следующие осложнения: лимфангит, лимфаденит, прогрессирующий тромбоз, сепсис, гнойный менингит.

### **ЗАДАЧА № 28**

Больная 54 года в течение 6 лет страдает сахарным диабетом. На протяжении последнего года ощущает зябкость, слабость, онемение в нижних конечностях при ходьбе, длительном стоянии, боли в икроножных мышцах при ходьбе, сухость кожи, изменение цвета ногтей, их уплотнение, цианоз пальцев ноги. За последний месяц на II пальце правой стопы образовались пузырьки с серозным содержимым, затем произошло изъязвление кожи с распространением патологического процесса на окружающие ткани. Температура тела поднималась до 38° С. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 140/90 мм.рт.ст. Локально: пульсация артерий нижних конечностей отсутствует на артериях стоп; на подколенных и бедренных артериях сохранена. II палец правой стопы черного цвета, отечен, безболезненный; при пальпации - отсутствие всех видов чувствительности. Имеются кожные дефекты по подошвенной поверхности мягких тканей второго пальца нижней конечности правой стопы, из которых выступает серозно-гнойное отделяемое. Общий анализ крови: лейкоциты –  $9,0 \times 10^9$  /л. Нейтрофилы: сегментоядерные- 52%, палочкоядерные- 12%, юные – 1%, лимфоциты- 20%, эозинофилы – 3%, моноциты – 12%. Общий анализ мочи: удельный вес – 1022; сахар – (+). Сахар крови – 9,8 ммоль/л Коагулограмма: протромбиновый индекс – 82 %; время рекальцификации – 250 сек.; толерантность плазмы к гепарину – 7 мин.; фибриноген – 4,8 г/л; В – фибриноген – (++) ; тромботест – 5 баллов.

**Вопросы:** Ваш предварительный диагноз? Назовите необходимые методы исследования для постановки диагноза? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Алгоритм лечения данной патологии?

**Решение задачи:** Диагноз: Сахарный диабет II тип, стадия субкомпенсации. Диабетическая макро- и микроангиопатия. Влажная гангрена II пальца правой ноги. Следует провести следующие методы исследования: общий анализ крови, биохимию крови, общий анализ мочи, сахар и липиды крови; применение функциональных проб (Панченко и т.д.), доплерографию и дуплексное сканирование. Дифференциальный диагноз проводят с: облитерирующим атеросклерозом, облитерирующим эндартериитом, синдромом Лериша, болезнью Бюргера. Лечение, как правило, оперативное. Больной показана ампутация. Кроме того следует провести коррекцию сахара в организме (инсулинотерапия). Проводят антибиотикотерапию с учетом чувствительности высеянной микрофлоры. Назначают диету; применяют ангиопротекторы и препараты, улучшающие реологические свойства крови.

### **ЗАДАЧА № 29**

У 62-летнего больного на четвертые сутки после аппендэктомии по поводу гангренозного аппендицита наступило ухудшение. Возник потрясающий озноб с профузным проливным потом. Температура тела -  $39,4^{\circ}$  С со снижением в течение суток до субфебрильных величин. Наблюдаются тупые постоянные боли в правом подреберье, усиливающиеся при движении. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы субиктеричные, сухие. Пульс – 96 ударов в минуту, аритмичный. Артериальное давление – 160/100 мм.рт.ст. Язык подсыхает. При пальпации живот не вздут, болезнен в послеоперационной ране и правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. При перкуссии притупления в отлогах местах

нет. В правом подреберье пальпируется увеличенная, болезненная неровная правая доля печени на 3 см. ниже края реберной дуги. За сутки выделилось 700 мл мочи. В последующие дни ознобы не прекращались, температура приняла гектический характер, появилась желтушность склер.

**Вопросы:** Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования следует применить для верификации диагноза? С чем связано ухудшение состояния больного? Ваша дальнейшая тактика ведения больного? Сформулируйте принципы лечения?

**Решение задачи:** У больного вторичный /бактериальный/ абсцесс правой доли печени. Дифференциальный диагноз следует проводить с: острым холангитом, поддиафрагмальным и межкишечным абсцессом, эхинококкозом печени, амёбным абсцессом печени. Наиболее информативными способами исследования являются УЗИ органов брюшной полости и компьютерная томография, которые позволяют определить локализацию абсцесса и его объем. Ухудшение состояния, вероятнее всего, связано с развитием бактериального абсцесса и абдоминального сепсиса. Тактика ведения больного должна быть активной – хирургической или мини-хирургической. Существует два способа лечения: 1) лапаротомия, вскрытие, дренирование полости абсцесса и интенсивная, в том числе антибиотикотерапия; 2) чрескожное транспеченочное дренирование полости абсцесса с аспирацией его содержимого и в последующем с промыванием полости антисептиками и антибиотиками. Эту процедуру выполняют под контролем УЗИ или компьютерной томографии.

### **ЗАДАЧА № 30**

У пастуха 45 лет последние 2 месяца появились тупые, ноющие, постоянные боли в правом подреберье и эпигастрии. С течением времени стал отмечать у себя осветленный кал, потемнение мочи и желтушную окраску кожи и склер глаз. Ухудшение состояния в последнюю неделю связывает с появлением на коже сыпи, напоминающей крапивницу. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и склеры глаз иктеричные. На лице, животе, внутренних поверхностях верхних и нижних конечностей - мелкоочечные высыпания диаметром 1-2 мм едва контурирующие над кожей. Пульс – 78 в 1 минуту, ритмичный. Артериальное давление – 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание. Живот правильной формы, не вздут, мягкий, безболезненный. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 3 см. При глубокой пальпации в правой доле печени определяется округлое безболезненное опухолевидное образование эластической консистенции. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка без особенностей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. При прямокишечном исследовании на перчатке кал светло-желтого цвета; стенки кишки не нависают, слизистая смещается.

**Вопросы:** Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? Какие способы исследования следует применить? С чем связано ухудшение состояния? Назовите возможные осложнения данного заболевания? Дальнейшая тактика ведения больного? В чем будет заключаться лечение пациента?

**Решение задачи:** У больного эхинококкоз печени /кистозная (гидатидная) форма/. Дифференциальный диагноз следует проводить с: механической желтухой на фоне желчекаменной болезни и острого холецистита, холангита (в том числе и первично-склерозирующего), острого панкреатита. Исключают вирусный гепатит и гемолитическую желтуху. Следует применить УЗИ-исследование органов брюшной поло-

сти и компьютерную томографию. Из специфических проб, наиболее точны реакция агглютинации с латексом (синтетическая полистирольная смола) и реакция не-прямой гемагглютинации; также высокочувствительна проба Казони (внутрикожная реакция со стерильной жидкостью эхинококкового пузыря). Из-за больших размеров кисты произошло сдавление магистральных желчных протоков, вызвавшее механическую желтуху. Аллергическая реакция связана с присутствием живого паразита в организме больного. Наиболее частые осложнения: разрыв гидатодозной кисты с излиянием содержимого в свободную брюшную полость, в просвет желудочно-кишечного тракта, в желчные протоки, в плевральную полость или в бронх, а также нагноение кисты. Тактика заключается в оперативном вмешательстве. Оптимальный способ лечения - эхинококкэктомия. Идеальная эхинококкэктомия, при которой удаляется вся киста со всеми оболочками без вскрытия просвета, применяется редко при небольших размерах кисты и ее краевом расположении. При крупных кистах, расположенных в толще ткани печени, чтобы не ранить сосуды и желчные протоки, применяют удаление кисты с ее герминативной и хитиновой оболочками после предварительной пункции полости кисты с отсасыванием ее содержимого. Этот прием позволяет избежать при выделении кисты ее разрыва и диссеминации паразита. После удаления кисты ее фиброзную оболочку изнутри обрабатывают 2% раствором формалина и ушивают отдельными швами изнутри /капитонаж/.

## Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75  76– 90  91 – 100
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	
-91-100 <b>Отлично (5)</b>	

### 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### 3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

#### 4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b></p> <p>- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b></p> <p>- пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Краткость</li><li>2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала</li><li>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</li><li>4. Полнота раскрытия вопроса</li><li>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</li><li>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</li></ol>

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций  
рабочей программы дисциплины «Хирургия»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
<b>УК</b>	<b>1</b>	1-96	1-26	1-29	1-29	
<b>ПК</b>	<b>1</b>	3,5,7,9,11,12,18,20,35-44,55,56,59-62,65-69,72-78,82,84,90-96	1-26	1, 11-29	1-3, 11-24, 26-28	
	<b>2</b>	1,2	1-26	1,11-29	1,3, 11-24	
	<b>4</b>	1,2	-	1,11-29	1-3, 11-24, 26	
	<b>5</b>	3-21,23-32,36,37,39-43,45-48,55,56,60-63,65-69,72-82,84-96	1-26	11-29	8-24, 26	
	<b>6</b>	21,22,33-38,44,47,49-54,57-59,63,64,70,71,83,85,87	1-26	11-29	11-24, 26	
	<b>8</b>	22,33-36,38,44,49-54,57-59,64,70,71,83	1-26	1, 11-29	1-3, 11-24, 26	
	<b>9</b>	47,59	1-26	1,11-29	1-3, 11-24, 26	
	<b>10</b>	1,2	-	1	1-3	

## 12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ХИРУРГИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.Б.6.1</i>	Раздел 1 «Заболевания и травмы органов брюшной полости »	150
<i>Б 1.Б.6.2</i>	Раздел 2 «Заболевания органов грудной клетки »	80
<i>Б 1.Б.6.3</i>	Раздел 3 «Заболевания и повреждения сосудов »	20
<i>Б 1.Б.6.4</i>	Раздел 4 «Хирургическая инфекция»	74

### Вопросы и задания для самоконтроля:

<b><i>Б 1.Б.6.1</i></b> Раздел 1 «Заболевания и травмы органов брюшной полости »	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Организационные принципы помощи больным с сочетанными и комбинированными травмами.</li> <li>2. Современная антибиотикотерапия разлитого перитонита.</li> <li>3. Экстракорпоральные методы детоксикации при перитоните.</li> <li>4. Пункционные методы лечения в хирургии.</li> <li>5. Реконструктивные операции на желчных путях.</li> <li>6. Хирургия паразитарных заболеваний.</li> </ol>
<b><i>Б 1.Б.6.2</i></b> Раздел 2 «Заболевания органов грудной клетки »	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Организационные принципы помощи больным с повреждениями грудной клетки.</li> <li>8. Ранения сердца.</li> <li>9. Хирургическое лечение туберкулеза легких.</li> <li>10. Современные подходы к лечению спонтанного пневмоторакса.</li> <li>11. Гангрена легких..</li> <li>12. Коарктация аорты.</li> <li>13. Оперативное лечение пороков сердца.</li> </ol>

<p><b>Б 1.Б.6.3</b></p> <p>Раздел 3 «Заболевания и повреждения сосудов»</p> <p><b>Б 1.Б.6.4 «Хирургическая инфекция»</b></p>	<p>14. Эволюция видов сосудистого шва.</p> <p>15. Диагностическая программа при ВРВ нижних конечностей.</p> <p>16. Классификация ХВН.</p> <p>17. Принципы лечения острых тромбозов магистральных вен.</p> <p>18. Острые артериальные тромбозы.</p> <p>19. Микробиологическая характеристика хирургических инфекций.</p> <p>20. Иммуноterapia при лечении хирургических инфекций.</p> <p>21. Принципы местного лечения ран.</p>
--	--

**Перечень дискуссионных тем :**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b></p> <p>Раздел 1 «Заболевания и травмы органов брюшной полости»</p>	<p>1. Организационные принципы помощи больным с сочетанными и комбинированными травмами.</p> <p>2. Современная антибиотикотерапия разлитого перитонита.</p> <p>3. Экстракорпоральные методы детоксикации при перитоните.</p> <p>4. Пункционные методы лечения в хирургии.</p> <p>5. Реконструктивные операции на желчных путях.</p> <p>6. Хирургия паразитарных заболеваний.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b></p> <p>Раздел 2 «Заболевания органов грудной клетки»</p>	<p>7. Организационные принципы помощи больным с повреждениями грудной клетки.</p> <p>8. Ранения сердца.</p> <p>9. Хирургическое лечение туберкулеза легких.</p> <p>10. Современные подходы к лечению спонтанного пневмоторакса.</p> <p>11. Гангрена легких..</p> <p>12. Коарктация аорты.</p> <p>13. Оперативное лечение пороков сердца.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b></p> <p>Раздел 3 «Заболевания и повреждения сосудов»</p> <p><b>Б 1.Б.6.4 «Хирургическая инфекция»</b></p>	<p>14. Эволюция видов сосудистого шва.</p> <p>15. Диагностическая программа при ВРВ нижних конечностей.</p> <p>16. Классификация ХВН.</p> <p>17. Принципы лечения острых тромбозов магистральных вен.</p> <p>18. Острые артериальные тромбозы.</p> <p>19. Микробиологическая характеристика хирургических инфекций.</p> <p>20. Иммуноterapia при лечении хирургических инфекций.</p> <p>21. Принципы местного лечения ран.</p>

## Темы рефератов

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Заболевания и травмы органов брюшной полости»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Компартмент-синдром в хирургии.</li> <li>2. Современные представления о грыжах передней брюшной стенки.</li> <li>3. Алгоритмы в лечении панкреонекроза..</li> <li>4. Морбидное ожирение – хирургическое лечение.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6. 2</b> Раздел 2. «Заболевания органов грудной клетки»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Эхинококз и альвеококкоз легких.</li> <li>6. Хирургия рака легких..</li> <li>7. Хирургическое лечение бронхоэктатической болезни..</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Заболевания и повреждения сосудов»</p> <p><b>Б 1.Б 6.4.</b> Раздел 4. «Хирургическая инфекция»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Хирургия грудной аорты.</li> <li>9. Хирургия брюшной аорты.</li> <li>10. Симпатэктомия в лечении артериальных окклюзий верхних и нижних конечностей.</li> <li>11. Бактериофаги в хирургии.</li> <li>12. Гнойная хирургия кисти. Гнотобиология в хирургии.</li> </ol>

## Критерии и шкала оценивания

### 1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1.Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
-пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	5. Грамотность

### 2. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Полнота знания учебного материала по теме занятия</li> <li>2. Аргументированность</li> <li>3. Соблюдение культуры речи</li> </ol>

<b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей
--	---

## 12.3 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

При реализации образовательных технологий компетентностно-деятельностный подход ориентирован на формирование универсальных и профессиональных компетентностей в соответствии с видом профессиональной деятельности врача-хирурга и предусматривает использование современных образовательных технологий формирования эффективной коммуникативной компетентности ординаторов.

Обучение базируется на андрагогической модели. Семинарские и лекционные занятия имеют целью отработку предметно-методических умений и формирование мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача-хирурга.

Самостоятельная работа проводится под руководством преподавателей, включает аудиторную и внеаудиторную работу ординаторов. Самостоятельная работа предназначена как для закрепления предметно-методических умений и формирования мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача-нефролога, так и для реализации возможности личностно-профессионального совершенствования и развития карьерного потенциала.

Предусмотрено постоянное совершенствование организации и методики проведения занятий для формирования соответствующих ФГОС компетенций выпускника, с учетом новых достижений науки и потребностей здравоохранения, возрастающих требований и интенсификации учебно-воспитательного процесса.

В процессе изучения дисциплины принципиальное значение имеет систематический контроль качества обучения, для чего используются различные методы текущего и рубежного контроля теоретических знаний и практических умений ординатора.

Преподавание дисциплины «Хирургия» строится в соответствии со следующими принципами:

- принцип разделного и тематического представления профессионально-ориентированного материала;
- принцип технологичности;
- принцип организации самостоятельной работы и формирование рефлексивной культуры через систему творческих методик.

Важной составной частью учебной аудиторной и самостоятельной работы является широкое применение современных мультимедийных средств, компьютерных технологий.

Активными и интерактивными формами обучения в данном курсе могут являться как отдельные упражнения на занятии, так и занятия в целом, аудиторные или самостоятельные, с использованием информационных технологий.

## 12.4 СПРАВКА О КАДРОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

№	Ф.И.О. преподавателя, реализующего программу	Условия привлечения (основное место работы: штатный, внутренний совместитель, внешний совместитель;  по договору ГПХ)	Должность, ученая степень, ученое звание	Перечень читаемых дисциплин	Уровень образования, наименование специальности, направления подготовки, наименование присвоенной квалификации	Сведения о дополнительном профессиональном образовании	Объем учебной нагрузки* по дисциплинам, практикам, ГИА	
							Контактная работа	
							Количество часов	Доля ставки
1.	Веденин Юрий Игоревич	Штатный (почасовик)	Заведующий кафедрой,  доктор медицинских наук,  Диплом д.м.н ДНД №012788  От 25.09.20г.	Хирургия	Высшее образование, Диплом ВСА 0140733 выдан 22.06.2006г.  Специальность - Лечебное дело  Квалификация – Хирург	Диплом о послевузовском образовании по специальности «Хирургия»: ординатура (№ 1202-ор, дата выдачи-31.08.2008)  Период.аккредитация по специальности «Хирургия» № ре-естр.записи 2022.1834461 от 29.06.2023г. по27.06.2028г.  Удостоверение о повышении квалификации по специальности «Педагогика(«Методические и медицинские технологии практической подготовки врача-хирурга 772413331594 11.03.2022)  ПП по педагогике (040000046408	300	0,428

						01.03.2019)		
2.	<b>Попова Ирина Степановна</b>	<b>Штатный</b>	<p>Профессор кафедры хирургических болезней № 1 ИНМФО,</p> <p>доктор медицинских наук,</p> <p>Диплом ДК №010908 от 01.марта 2002г.</p> <p>Диплом профессора ЗПР №001194 от 23 января 2018г.</p>	Хирургия, колопроктология	<p>Высшее образование</p> <p>Диплом Г1 № 359146</p> <p>Выдан 29 июня 1979г</p> <p>Специальность-лечебное дело</p> <p>Квалификация – хирург. колопроктолог</p>	<p>Удостоверение о прохождении клинической ординатуры по специальности «Хирургия» №622, дата выдачи 31.08.1981г.</p> <p>Профессиональная переподготовка по специальности «Колопроктология» 180000022558 от 5 мая 2015г.</p> <p>Период.аккредитация по специальности «Хирургия» № ре-естр.записи 2022.2684803 от 31.05.2023г.</p> <p>Сертификат по специальности «Колопроктология» №0134270003859 от 03.03.2020г.</p> <p>ПК «Неотложная хирургия с основами малоинвазивных технологий, 144ч., № 320000019520 от 30.10.2021г.;</p>	<b>650</b>	<b>0,853</b>

						<p>ПК «Общая и оперативная колопроктология» 144ч. № 040000432495 от 05.03.2022г.</p> <p>Профессиональная переподготовка по педагогике «Педагогика профессионального образования, дополнительного профессионального образования», 288ч. диплом 040000046435 от 06.03.2019г.</p>		
3.	<b>Гольбрайх Вячеслав Аркадьевич</b>	Внутренний совместитель	<p>Профессор кафедры хирургических болезней № 1 ИНМФО, доктор медицинских наук, диплом д.м.н, от 3 июля 1998г. , номер 31/2;</p> <p>Диплом профессора от 4 мая 2000г. , номер 183 -п</p>	Хирургия	<p>Высшее образование, Диплом – серия Я № 289032, дата выдачи– 20 июня 1975 г.</p> <p>Специальность –лечебное дело</p> <p>Квалификация – хирургия</p>	<p>Удостоверение о послевузовском образовании по специальности «Хирургия» - интернатура, дата выдачи 18 июня 1976, номер удостоверения 83.</p> <p>Сертификат по специальности »Хирургия» (от 2 апреля 2019г., номер № 63259.</p> <p>Удостоверение о ПК специальности «Хирургия» «Неотложная хирургия органов брюшной полости» №180001802957 от -02.04.19.</p> <p>144 часа ВолгГМУ</p> <p>Удостоверение о повышении квалификации по педагогике - «Педагог профессионального</p>	175	0,25

						образования,дополнитель-ноого профессионального образова-ния», номер 0000186, дата -01 марта 2019г.		
4.	<b>Назарук Александр Сергеевич</b>	<b>Штатный (внутренний совместитель)</b>	<p>Доцент кафедры хирургических болезней № 1 ИНМФО</p> <p>кандидат медицинских наук;. диплом к.м.н выдан 02 ноября 2001г. №059649</p>	<b>Хирургия</b>	<p>Высшее образование, Диплом №369209 от 26 июня 1984г.</p> <p>Специальность - Лечебное дело</p> <p>Квалификация –хирург</p>	<p>Диплом о послевузовском образовании по специальности «Хирургия»: ординатура, № 121/88 от 29.08.1990г.;</p> <p>Сертификат по специальности«Хирургия» №62280 от 30.11.2018;</p> <p>Удостоверение о ПК специальности «Хирургия» «Неотложная хирургия органов брюшной полости» №180001802960 от -02.04.19.</p> <p>144 часаВолгГМУ</p> <p>Удостоверение о повышении квалификации по специальности «Хирургия» «Актуальные вопросы хирургии» 144 от 02.03.2021, 0134180802964</p>	212,5	0,25

5.	<b>Орешкин Андрей Юлианович</b>	штатный	Доцент кафедры хирургических болезней № 1 ИНМФО, кандидат медицинских наук,  Диплом к.м.н  Серия ДКННомер  064550, 4 июля 2008г	Хирургия	Высшее образование, Диплом (номер ДИС 0001183, 25.07.1998г.  Специальность - Лечебное дело  Квалификация – хирург	Диплом о послевузовском образовании по специальности «Хирургия»: ординатура, № 114/78 от 29.08.1990г.;  Сертификат по специальности «Хирургия»  №62280 от 23.12.2018;  Удостоверение о ПК по специальности «Хирургия» «Актуальные вопросы хирургии» 320000026255 от 29.04.2022	212,5	0,25
6.	<b>Саидшах Азим Саид</b>	Штатный	Доцент кафедры хирургических болезней № 1 ИНМФО, кандидат медицинских наук,  Диплом к.м.н  Серия ДКННомер  064550, 4 июля 2008г.	Хирургия	Высшее образование, Диплом (номер ДИС 0001183, 25.07.1998г.  Специальность - Лечебное дело  Квалификация – хирург	Диплом о послевузовском образовании по специальности «Хирургия» ординатура, (номер 25 от 22.05.2002г.) ПП. (27.05.2002, номер 0003489)  Удостоверение о ПК по специальности «Хирургия» от 02.03.2011, «Актуальные вопросы хирургии» 144  Профессиональная переподготовка по специальности «Хирургия»» 180000022921 от 5 июня 2022г.  Период.аккредитация по специальности «Хирургия» № ре-естр.записи 2022.2686811 от 03.09.2022г.	425	0,5

7.	<b>Матюхин Виктор Викторович</b>	Внутренний совместитель	<p>Доцент кафедры хирургических болезней № 1 ИНМФО, кандидат медицинских</p> <p>Диплом к.м.н от 30.09.2013, дкн №191282;</p> <p>Диплом доцента от 31.05.2021</p> <p>ДОЦ №006699</p>	Хирургия	<p>Высшее образование,</p> <p>Диплом: серия БВС № 30114202, выдан 28.06.1999)</p> <p>Специальность - Лечебное дело</p> <p>Квалификация – хирург</p>	<p>Диплом о послевузовском образовании по специальности «Хирургия» - интернатура №024439 выдан 20.07.2000г.;</p> <p>Период.аккредитация по специальности «Хирургия» № ре-естр.записи 2022.2686811 от 03.02.2023г.</p> <p>Удостоверение о ПК по специальности «Хирургия» «Актуальные вопросы хирургии»- 144 час, ВолгГМУ, №320000017840, от 13.07.2021)</p> <p>Диплом о профессиональной переподготовке по педагогике «Педагог профессионального образования, дополнительного профессионального образования, - 288 ч. час, ВолгГМУ, №040000046181, 06.03.2019</p>	212,5	0,25

8.	<b>Дербенцева Татьяна Ва- сильевна</b>	<b>Внутренний совместитель</b>	Доцент кафедры хирургических болезней № 1, кандидат меди- цинских наук,  диплом к.м.н 30.09.2013, ДНК №191271	<b>Хирургия</b>	<b>Высшее образование,</b>  Диплом ИВС №0241459, 24.06.2005  Специальность - Лечебное дел  Квалификация – хирург	Диплом о послевузовском обра- зовании :  ординатура по специальности «Хирургия» (31.08.2008, ИВС №0241459)  Сертификат по специаль- ности Хирургия (02.04.2019, №0134180802862)  Удостоверение о повышении квалификации по специальности (Неотложная хирургия органов брюшной полости (с основами малоинвазивных технологий) - 144 час, ВолГМУ №180001802957 02.04.2019)  Удостоверение о профессио- нальной переподготовке по педа- гогике (Педагог профессиональ- ного образования, дополнитель- ного профессионального образо- вания, - 288 ч. час, ВолГМУ, №040000046177, 07.12.2019)	212,5	0,25
8.	<b>Шаталов Андрей Александро- вич</b>	<b>Штатный</b>	Ассистент кафед- ры хирургиче- ских болезней № 1, кандидат ме- дицинских наук,  диплом к.м.н, КТ №085842 от 10.01.2003г.	<b>Хирургия</b>	<b>Высшее образование, Ди- плом БВС 0019695 от 26.06.1997г.</b>  Специальность - «Лечебное	Диплом о послевузовском обра- зовании: интернатура по специ- альности «Хирургия»  № 013470 от 22.07.1998 ,  Ординатура по специаль- ности «Хирурги», №236 от 31.08.2000г.	900	1,0

					дело»  Квалификация –хирург	Профессиональная переподготовка по специальности «Онкология» 343100205282 от 27.06.2022.  Сертификат по специальности «Хирурги» 0134270004292 от 29.04.2020  Удостоверение о ПК по специальности «Хирургия» «Актуальные вопросы хирургии» 320000026254 от 29.04.2020		
10.	<b>Бурчуладзе Нато Шокроевна</b>	Совместитель внутренний	Доцент кафедры хирургических болезней № 1, кандидат медицинских наук,  Диплом к.м.н.КТ № 007669  Дата выдачи7 апреля1995г  Аттестат доцентаЗДЦ№ 012252 от 03.01.2018	хирургия	Высшее образование  Диплом Г1 №392636 от 27 июня 1988 0019695 от 26.06.1997г.  Специальность - «Лечебное дело»  Квалификация –хирург	Диплом о послевузовском образовании:  Ординатура по специальности «Хирурги», №125/88 от 29.08.1990г..  Сертификат по специальности «Хирурги» 013427000342 от 25 декабря 2018г.  Удостоверение о ПК по педагогике «Психолого-педагогическая компетентность преподавателя вуза : теории и технолог2020г.  Удостоверение о ПК по специальности «Хирургия» «Актуальные вопросы хирургии» 320000026254 от 29.04.2020	212,5	0,25

						<b>ИТОГО</b>	<b>3512,5</b>	<b>4,28</b>
--	--	--	--	--	--	--------------	---------------	-------------

## 12.6 СПРАВКА О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕАЛИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

№ п/п	Наименование дисциплины (модуля), практик в соответствии с учебным планом	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
<b>Дисциплины базовой части Б1.Б</b>				
1	Б1.Б.6 Хирургия	<p>аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально</p> <p>помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями</p>	<p>Проектор мультимедийный Optoma DX-33, экран WM127x127-MW Screen Media, доска магнитная меловая, специализированная мебель (столы, стулья)</p> <p>Ноутбук 15,6" HP 250 G5, проектор inFocus., модель для обучения катетеризации мужчин, фантом для обследования предстательной железы АВ 1105, Универсальный криодеструктор, Клапанный резервуар для жидкого азота, Гемокоагулометр турбидиметрический CGL 2110 специализированная мебель (столы, стулья)</p> <p>бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат тонометр,</p> <p>стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противо-</p>	<p>Программное обеспечение Windows 7 Professional: лицензия №46243751 от 08.12.2009, лицензия №47139370 от 05.07.2010, бессрочная; лицензия №60195110 от 28.03.2012, бессрочная; лицензия №60497966 от 08.06.2012, бессрочная; лицензия №62369388 от 04.09.2013, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение Windows 10 Professional: лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение Windows XP Professional: бессрочная; лицензия №46297398 от 18.12.2009, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение Office 2007 Suite: лицензия №63922302 от 14.11.2013, лицензия №65455074 от 06.07.2015, бессрочная; лицензия №66455771 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66626517 от 15.07.2015, бессрочная лицензия №67838329 от 15.12.2016, бессрочная; лицензия №67886412 от 12.12.2016, бессрочная; лицензия №68429698 от 11.05.2017,.</p> <p>Программное обеспечение MS Office 2010 Professional Plus: лицензия №47139370 от 05.07.2010, бессрочная; лицензия №61449245 от 24.01.2013, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение MS Office 2010 Standard: лицензия №60497966 от 08.06.2012, бессрочная; лицензия №64919346 от 17.03.2015, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение MS Office 2016 Standard: лицензия №66144945 от 09.12.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная; лицензия №68429698 от 11.05.2017, бессрочная.</p>

			<p>шоковый</p> <p>набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией синхронизации, Комплект хирургических инструментов (по Прудкову)</p>	<p>Программное обеспечение Abby Fine Reader 8.0 Corporate Edition (Россия): лицензия № FCRS-8000-0041-7199-5287 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № FCRS-8000-0041-7294-2918 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № FCRS-8000-0041-7382-7237 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № FCRS-8000-0041-7443-6931 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № FCRS-8000-0041-7539-1401 от 08.08.2003, бессрочная.</p> <p>Программное обеспечение Kaspersky Endpoint Security 10 для Windows (Россия) (лицензия №280E-000451-574B9B53 с 21.05.2019 по 25.05.2020)</p> <p>Программное обеспечение Google Chrome (Свободное и/или безвозмездное ПО)</p> <p>Программное обеспечение Mozilla Firefox (Свободное и/или безвозмездное ПО)</p> <p>Браузер «Yandex» (Россия) (Свободное и/или безвозмездное ПО)</p> <p>Программное обеспечение 7-zip (Россия) (Свободное и/или безвозмездное ПО)</p>

## 12.7 ДОПОЛНЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ В РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ

Согласовано:

Председатель УМК

\_\_\_\_\_  
М.М.Королева  
Протокол № 1 от 29 августа 2023 г.

Утверждаю:

директор Института ИМФО

\_\_\_\_\_  
Н.И.Свиридова  
« 29 » августа 2023г.

### ПРОТОКОЛ

дополнений и изменений к рабочей программе дисциплины  
**«Хирургия» (базовая часть), Б1.Б.6.**  
на 2023 - 2024 учебный год

№	Предложение о дополнении или изменении к рабочей программе	Содержание дополнения или изменения к рабочей программе	Решение по изменению или дополнению к рабочей программе
1.	Изменение фонда оценочных средств Государственной итоговой аттестации	1.Переделаны задачи с №2,5, 12, 19 2.Изменены и отредактированы тестовые вопросы: 179-182 (расширены формулировки, хирургическая патология рассматривается в свете пандемии, политравм военного и мирного контингента населения).	Одобрить и внести предлагаемые изменения в фонд оценочных средств экзамена дисциплины Хирургия» по специальности 31.08.67 «Хирургия»
2.	Внести в список дополнительную литературу	Военно-полевая хирургия. Учебник И.М.Самохвалов, В.И.Бадалов, - Гэотар-Медиа, 2023. – 423с.  Военно-полевая хирургия. Руководство Лысенко М.В., Переходов С.Н. Медпроф. -2023г. 283с.	

Протокол № 1 утвержден на заседании кафедры.

«28 » августа \_\_\_\_\_ 2023 года

Зав. кафедрой хирургических

болезней № 1 ИИМФО \_\_\_\_\_

Ю.И.Веденин