

Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР

_____ Е.В. Коновалова

15 июня 2023 г., протокол УС № 5

Хирургия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за **Хирургических болезней**

Учебный план о310867-Хирург-23-1.plx
Специальность: Хирургия

Квалификация **Врач-хирург**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **26 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 936

в том числе:

аудиторные занятия 448

самостоятельная работа 380

часов на контроль 108

Виды контроля в семестрах:
экзамены 1, 2

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		2 (1.2)		Итого	
	УП	РПД	УП	РПД	УП	РПД
Неделя	16		16			
Вид занятий	УП	РПД	УП	РПД	УП	РПД
Лекции	32	32	16	16	48	48
Практические	192	192	208	208	400	400
Итого ауд.	224	224	224	224	448	448
Контактная	224	224	224	224	448	448
Сам. работа	190	190	190	190	380	380
Часы на	54	54	54	54	108	108
Итого	468	468	468	468	936	936

Программу составил(и):

*д.м.н., профессор Онищенко С.В.
преподаватель Яковлев Д.С.*

Рабочая программа дисциплины

Хирургия

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.67 ХИРУРГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 26.08.2014г. №1110)

составлена на основании учебного плана:

Специальность: Хирургия

утвержденного учёным советом вуза от 15.06.2023 протокол № 5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Хирургических болезней

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Дарвин В. В.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

- 1.1 Целями освоения учебной дисциплины хирургия являются: развитие у обучающихся личностных качеств и формирование универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций в соответствии с Федеральным государственным

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП: Б1.Б

2.1 Требования к предварительной подготовке обучающегося:

- 2.1.1 Дисциплины, изученные в период получения высшего образования по специальности "Лечебное дело", "Педиатрия"

2.2 Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:

- 2.2.1 Подготовка и сдача государственного экзамена

- 2.2.2 Государственная итоговая аттестация

- 2.2.3 Производственная (клиническая) практика

- 2.2.4 Торакальная хирургия

- 2.2.5 Основы онкологии

- 2.2.6 Колопроктология

- 2.2.7 Бариаτρическая хирургия

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

УК-1: готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

УК-2: готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия

УК-3: готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере

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

ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

ПК-3: готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях

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

ПК-5: 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-7: готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

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

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

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

ПК-11: готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико -статистических показателей

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

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	Клинические проявления основных хирургических синдромов.
3.2	Уметь:
3.2.1	- поставить предварительный диагноз - синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, её вызывающих;
3.2.2	- наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;
3.2.3	- определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости, гидро-пневмоторакса;
3.2.4	- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
3.2.5	- сформулировать клинический диагноз;
3.2.6	- разработать план терапевтических (хирургических) действий, с учетом протекания болезни и ее лечения;
3.2.7	- сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;
3.2.8	- перед операцией и хирургическими манипуляциями обработать руки, операционное поле, одеть стерильную хирургическую маску, одеть или сменить стерильные перчатки, стерильный халат самостоятельно и с помощью операционной сестры;
3.2.9	- заполнять историю болезни, выписать рецепт.
3.3	Владеть:
3.3.1	- Правильным ведением медицинской документации;
3.3.2	- методами общеклинического обследования;
3.3.3	- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
3.3.4	- алгоритмом развернутого клинического диагноза;
3.3.5	- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Знакомство с историей хирургии, организацией хирургической помощи в РФ.						
1.1	История хирургии. Организация хирургической помощи в РФ. Принципы работы хирургического стационара.	1	2	УК-1 ПК-4 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	
	Раздел 2. Основы хирургии. Хирургический инструментарий, шовный материал. Способы						
2.1	Хирургический инструментарий, шовный материал. Способы разъединения, соединения	1	2		Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	
2.2	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5		Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
2.3	Хирургический инструментарий, шовный материал. Способы	1	4		Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос

	Раздел 3. Обследование хирургического больного. Хирургические синдромы. Методология постановки						
3.1	Обследование хирургического больного. Хирургические синдромы. Методология постановки диагноза. Общие вопросы диагностики. /Лек/	1	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	
3.2	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
3.3	Обследование хирургического больного. Хирургические синдромы. Общие вопросы диагностики. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
	Раздел 4. Ургентная хирургическая патология						
4.1	Острый аппендицит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. /Лек/	1	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	
4.2	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
4.3	Острый аппендицит. Этиология, патогенез, клиника, симптомы по авторам, диагностика, методы лечения. Техника выполнения аппендэктомии. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи
4.4	Дифференциальный диагноз острого аппендицита. Осложнения аппендицита, аппендэктомии. /Лек/	1	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	

4.5	Дифференциальный диагноз острого аппендицита. Осложнения аппендицита, аппендэктомии. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
4.6	Острый холецистит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. /Лек/	1	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	
4.7	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
4.8	Острый холецистит. Этиология, патогенез, клиника, симптомы по авторам, диагностика, методы лечения. Техника выполнения аппендэктомии. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи
4.9	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
4.10	Дифференциальный диагноз острого холецистита. Осложнения острого холецистита. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
4.11	Холедохолитиаз: современные методы диагностики и лечения. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
4.12	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата

4.13	Острый холангит. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
4.14	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
4.15	Механическая желтуха неопухолевой этиологии. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
4.16	Механическая желтуха опухолевой этиологии. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
4.17	Острый панкреатит. Панкреонекроз. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. /Лек/	1	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	
4.18	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
4.19	Острый панкреатит. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи
4.20	Панкреонекроз. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. /Лек/	1	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	

4.21	Панкреонекроз. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
4.22	Осложнения язвенной болезни желудка и ДПК. Эпидемиология, этиология, клиника, диагностика. Современные методы лечения. Выбор оптимального способа лечения. /Лек/	1	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	
4.23	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
4.24	Язвенная болезнь желудка и ДПК, осложненная кровотечением. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
4.25	Язвенная болезнь желудка и ДПК, осложненная перфорацией. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
4.26	Язвенная болезнь желудка и ДПК, осложненная пенетрацией. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
4.27	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
4.28	Синдром Маллори-Вейса. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос

4.29	Варикозное расширение вен пищевода, осложненное кровотечением. /Лек/	1	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	
4.30	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
4.31	Варикозное расширение вен пищевода, осложненное кровотечением. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
4.32	Острая кишечная непроходимость опухолевой и неопухолевой этиологии. /Лек/	1	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	
4.33	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
4.34	Острая кишечная непроходимость, 1 занятие. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи
4.35	Острая кишечная непроходимость, 2 занятие. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи
4.36	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата

4.37	Острая кишечная непроходимость, 3 занятие. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи
4.38	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
4.39	Грыжи, осложненная ущемлением, 1 занятие. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
4.40	Грыжи, осложненная ущемлением, 2 занятие. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
4.41	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
4.42	Дивертикулярная болезнь. Осложнения дивертикулярной болезни. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
4.43	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
4.44	Демпинг-синдром. Болезнь оперированно желудка. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос

4.45	Перекрыт сальниковых отростков толстой кишки. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
4.46	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
4.47	Травматическое повреждение органов брюшной полости. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
4.48	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
4.49	Острая мезентериальная ишемия. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
4.50	Синдром системной воспалительной реакции, перитонит, сепсис. /Лек/	1	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	
4.51	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
4.52	Перитонит /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи

4.53	Сепсис /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
Раздел 5. Гнойная хирургия.							
5.1	Гнойные заболевания кисти. /Лек/	1	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	
5.2	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
5.3	Гнойные заболевания кисти. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи
5.4	Фурункул, карбункул, гидраденит. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
5.5	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
5.6	Абсцессы мягких тканей. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
5.7	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата

5.8	Инфекция, вызванная анаэробными микроорганизмами. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
5.9	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
5.10	Остеомиелит. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи
5.11	Лимфаденит. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
5.12	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
5.13	Туберкулез брюшины. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
5.14	Особенности хирургической патологии при ВИЧ, СПИД. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
5.15	Разрыв селезенки. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
	Раздел 6. Хирургические заболевания молочной железы.						

6.1	Хирургические заболевания молочной железы. /Лек/	1	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	
6.2	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
6.3	Острый мастит. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи
Раздел 7. Инфузионно-трансфузионная терапия.							
7.1	Инфузионно-трансфузионная терапия. Принципы переливания крови. Парентеральное питание. /Лек/	1	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	
7.2	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
7.3	Интенсивная терапия и трансфузиология. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
7.4	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
7.5	Принципы инфузионной терапии и парентерального питания. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос

7.6	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Защита реферата
7.7	Переливание крови и ее компонентов. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Фронтальный опрос
Раздел 8. Неотложная помощь в гинекологии.							
8.1	Неотложная патология в гинекологии. Дифференциальный диагноз с острой хирургической патологией. Общие вопросы диагностики, сложные диагностические вопросы. /Лек/	1	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.3 Л3.1	0	
8.2	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
8.3	Внематочная беременность. Эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи
8.4	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
8.5	Апоплексия яичника. Эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
8.6	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата

8.7	Перекрут кисты яичника. Эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
8.8	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
8.9	Некроз миоматозного узла. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
8.10	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
8.11	Травмы женских половых органов. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
8.12	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	1	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
8.13	Пельвиоперитонит. /Пр/	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
	Контрольная работа	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Презентация клинического случая
	Раздел 9. Экзамен за 1 семестр.						

9.2	Экзамен	1	0	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Теоретические вопросы. Тестовый контроль. Решение ситуационных задач
Раздел 10. Хирургическая патология брюшной полости.							
10.1	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
10.2	Желчекаменная болезнь. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
10.3	Постхолецистэктомический синдром. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи
10.4	Наружные грыжи живота. /Лек/	2	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	
10.5	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
10.6	Паховые грыжи. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи
10.7	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата

10.8	Пупочные грыжи. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
10.9	Грыжа белой линии живота. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
10.10	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
10.11	Внутренние грыжи живота. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
10.12	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
10.13	Бедренные грыжи. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
10.14	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
10.15	Хронический панкреатит. /Лек/	2	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	

10.16	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
10.17	Хронический панкреатит. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
10.18	Кисты поджелудочной железы. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
10.19	Заболевания пищевода. /Лек/	2	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	
10.20	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
10.21	Пороки развития пищевода. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
10.22	Травмы пищевода. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
10.23	Дивертикулы пищевода. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос

10.24	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
10.25	Опухоли пищевода. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи
10.26	Диафрагмальные грыжи. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
10.27	ГЭРБ. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
10.28	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
10.29	Пороки развития печени. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
10.30	Непаразитарные кисты печени. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
10.31	Доброкачественные опухоли печени. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос

10.32	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
10.33	Портальная гипертензия. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
10.34	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
10.35	Гиперспленизм. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
10.36	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
10.37	Болезнь Гиршпрунга, идиопатический мегаколон. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
10.38	Полипы толстой кишки. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
10.39	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата

10.40	Врожденные аномалии прямой кишки. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
10.41	Рак прямой кишки. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
Раздел 11. Хирургия органов эндокринной системы.							
11.1	Щитовидная, околощитовидная железа. Заболевания, требующие хирургического вмешательства. Показания к операции, виды хирургических вмешательств. Опухоли надпочечников. Эпидемиология, клиника, диагностика. Тактика	2	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	
11.2	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
11.3	Заболевания щитовидной железы, требующие хирургического вмешательства. Показания к операции, виды хирургических вмешательств. /Пр/	2	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
11.4	Заболевания щитовидной железы, требующие хирургического вмешательства. Показания к операции, виды хирургических вмешательств. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
11.5	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
11.6	Альдостерома, кортикостерома, андростерома, кортикоэстрома. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос

11.7	Феохромоцитома. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
11.8	Гормонально-неактивные опухоли надпочечников. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
Раздел 12. Комбустиология.							
12.1	Ожоги и ожоговая болезнь. /Лек/	2	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	
12.2	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
12.3	Ожоговое поражение кожи. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи
12.4	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
12.5	Ожоги пищевода. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
Раздел 13. Сосудистая хирургия.							
13.1	Сосудистая хирургия. Заболевания сосудов. Хирургические вмешательства на сосудах. /Лек/	2	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	

13.2	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата, ситуационные задачи
13.3	Заболевания венозной системы. Варикозное расширение вен нижних конечностей. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
13.4	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
13.5	Заболевания венозной системы. Тромбозы. Тромбофлебиты. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
13.6	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
13.7	Артериовенозные ангиодисплазии. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
13.8	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
13.9	Аневризма аорты. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос

13.10	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
13.11	Заболевания лимфатической системы. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
13.12	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
13.13	Повреждения кровеносных сосудов. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
13.14	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
13.15	Тромбоз и эмболия при травмах. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
13.16	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
13.17	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
13.18	ТЭЛА. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика. Принципы лечения. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос

	Раздел 14. Амбулаторная хирургия, ЦАХ.						
14.1	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
14.2	Организация амбулаторной медицинской помощи в ЦАХ. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
14.3	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
14.4	Хирургические операции, выполняемые в ЦАХ. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
	Раздел 15. Паразитарные заболевания.						
15.1	Эхинококкоз, альвеококкоз, описторхоз. Эпидемиология, клиника, диагностика. Хирургическое лечение. /Лек/	2	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л2.5 Л2.6 Л3.1	0	
15.2	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л2.5 Л2.6 Л3.1	0	Защита реферата
15.3	Эхинококкоз. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л2.5 Л2.6 Л3.1	0	Фронтальный опрос
15.4	Альвеококкоз. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л2.5 Л2.6 Л3.1	0	Фронтальный опрос

15.5	Описторхоз. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л2.5 Л3.1	0	Фронтальный опрос, разбор клинического случая
Раздел 16. Трансплантология.							
16.1	Трансплантологическая служба в РФ. Нормативные документы. Организация трансплантологической помощи в ХМАО-Югре. Этические вопросы, проблемы трансплантологии. /Лек/	2	2	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1	0	
16.2	Источники донорских органов, иммунологические основы пересадки органов. Реакция отторжения, иммунодепрессивная терапия. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1	0	Фронтальный опрос
16.3	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
16.4	Трансплантация почки. Показания, противопоказания. Техника хирургического вмешательства, послеоперационное ведение. Признаки отторжения органа. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
16.5	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
16.6	Трансплантация поджелудочной железы. Показания, противопоказания. Техника хирургического вмешательства, послеоперационное ведение. Признаки отторжения органа. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
16.7	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата

16.8	Трансплантация сердца. Показания, противопоказания. Техника хирургического вмешательства, послеоперационное ведение. Признаки отторжения органа. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
16.9	Трансплантация легких. Показания, противопоказания. Техника хирургического вмешательства, послеоперационное ведение. Признаки отторжения органа. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
16.10	Трансплантация системы "сердце-легкие". Показания, противопоказания. Техника хирургического вмешательства, послеоперационное ведение. Признаки отторжения органов. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
16.11	Подготовка к практическим занятиям, написание реферата. /Ср/	2	5	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Защита реферата
16.12	Трансплантация печени. Показания, противопоказания. Техника хирургического вмешательства, послеоперационное ведение. Признаки отторжения органа. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
16.13	Трансплантация тонкой кишки. Показания, противопоказания. Техника хирургического вмешательства, послеоперационное ведение. Признаки отторжения органа. /Пр/	2	6	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1	0	Фронтальный опрос
	Контрольная работа	1	4	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Презентация клинического случая
	Раздел 17. Экзамен.						
17.2	Экзамен	2	0	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л3.1, Э1, Э2, Э3, Э4, Э5	0	Теоретические вопросы. Тестовый контроль. Ситуационная задача

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ	
5.1. Контрольные вопросы и задания	
Приведены в приложении № 1.	
5.2. Темы письменных работ	
Приведены в приложении № 1.	
5.3. Фонд оценочных средств	
Приведены в приложении № 1.	
5.4. Перечень видов оценочных средств	
Текущий контроль: фронтальный опрос, решение ситуационных задач, защита реферата	
Контрольная работа: презентация клинического случая	
Промежуточный контроль: теоретические вопросы, тестовый контроль, решение ситуационных задач	

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)				
6.1. Рекомендуемая литература				
6.1.1. Основная литература				
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Ветшев П. С., Кузин Н. М.,	Хирургические болезни: учебник для студентов медицинских вузов	М.: Медицина, 2006	38
Л1.2	Черноусов А. Ф.	Хирургические болезни: учебник	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012	20
Л1.3	Баисова Б. И., Савельева Г. М., Бреусенко В. Г.	Гинекология: учебник	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2018	1
6.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Дарвин В. В., Бубович Е. В., Лысак М. М., Васильев В. В.,	Трансфузиология в хирургии: учебное пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2015	40
Л2.2	Готье С.В., Захаревич В.М., Кормер А.Я., Миронков Б.Л., Попцов В.Н., Сайтгареев Р.Ш., Спирина Е.А., Халилулин Т.А., Шевченко О.П., Шумаков Д.В.	Трансплантация сердца: практическое руководство	Москва, Тверь: Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова, Триада, 2014, http://www.iprbookshop.ru/58068.html	1
Л2.3	Абдулаев А.Г.	Госпитальная хирургия. Синдромология: Рекомендовано ГОУ ВПО "Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова" в качестве учебного пособия для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальностям 060101 "Лечебное дело" по дисциплине "Госпитальная хирургия, детская хирургия" и 060103 "Педиатрия" по дисциплине "Госпитальная хирургия".	Moscow: ГЭОТАР - Медиа, 2013, http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424346.html	1
Л2.4	Хубутя М.Ш.	Трансплантология	Moscow: ГЭОТАР - Медиа, 2016, http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438961.html	2
Л2.5	Автушенко Е.Г., Гаврилова Е.П., Межазакис Ф.И., Яфаев Р.Х.	Медицинская паразитология: учебное пособие	Санкт-Петербург: Фолиант, 2014, http://www.iprbookshop.ru/60922.html	1

Л2.6	Дарвин В. В., Лысак М. М., Онищенко С. В., Краснов Е. А., Климова Н. В., Мосоян С. С.	Эхинококкоз печени: учебное пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2017	15
------	--	-------------------------------------	--	----

6.1.3. Методические разработки

	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф.	Хирургические болезни: Министерство образования и науки РФ Рекомендовано ГБОУ ВПО "Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова" в качестве учебника для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101 "Лечебное дело" по дисциплине "Хирургические болезни" Регистрационный номер рецензии 448 от 8 ноября 2013 г. ФГАУ "Федеральный институт развития образования"	Moscow: ГЭОТАР - Медиа, 2015, http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434567.h tml	1

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»
Э2	Электронная библиотека 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова
Э3	http://elibrary.ru/defaultx.asp (Научная электронная библиотека)
Э4	http://www.rlsnet.ru/ (справочник лекарственных средств РЛС)
Э5	http://www.internist.ru/ (всероссийская образовательная интернет-программа для врачей)

6.3.1 Перечень программного обеспечения

6.3.1.1	Операционные системы Microsoft
---------	--------------------------------

6.3.2 Перечень информационных справочных систем

6.3.2.1	http://www.garant.ru информационно-правовой портал Гарант.ру
6.3.2.2	http://www.consultant.ru справочно-правовая система Консультант плюс

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Аудитория для практических занятий БУ ХМАО - Югры «Сургутская окружная клиническая больница»: учебная комната оснащена необходимой специализированной учебной мебелью и техническими средствами для предоставления учебной информации студентам, оснащена посадочными местами, столами, доской и мелом; оборудована мультимедийным проектором, ноутбуком.
7.2	Помещения предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями, инструменты и расходный материал в количестве, позволяющим обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.
7.3	Сургутская клиническая городская больница, Сургутская клиническая травматологическая больница.
7.4	Симуляционный класс «Хирургия» оснащён фантомами, муляжами, симуляторами.
7.5	Анатомический зал СурГУ.

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

«Сургутский государственный университет»

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Приложение к рабочей программе по дисциплине

ХИРУРГИЯ

Специальность:

31.08.67 Хирургия

Уровень подготовки кадров высшей квалификации

по программе ординатуры

Квалификация:

Врач - хирург

Форма обучения:

очная

(очная, заочная)

Сургут, 2023 г.

**ТИПОВЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (ИЛИ) ОПЫТА
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ
ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ**

1 СЕМЕСТР.

Этап 1: Проведение текущего контроля.

Раздел 2. Основы хирургии. Хирургический инструментарий, шовный материал. Способы разъединения, соединения тканей.

Вопросы для фронтального опроса:

- 1) Хирургический инструментарий.
- 2) Шовный материал.
- 3) Способы разъединения, соединения тканей.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 3. Обследование хирургического больного. Хирургические синдромы. Методология постановки диагноза.

Вопросы для фронтального опроса:

- 1) Обследование хирургического больного.
- 2) Синдромы в хирургии.
- 3) Методология постановки диагноза.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 4. Ургентная хирургическая патология брюшной полости.

Вопросы для фронтального опроса:

- 1) Острый аппендицит. Этиология, патогенез, клиника, симптомы по авторам, диагностика, методы лечения. Техника выполнения аппендэктомии.
- 2) Дифференциальный диагноз острого аппендицита. Осложнения аппендицита, аппендэктомии.
- 3) Острый холецистит. Этиология, патогенез, клиника, симптомы по авторам, диагностика, методы лечения. Техника выполнения аппендэктомии.
- 4) Дифференциальный диагноз острого холецистита. Осложнения острого холецистита.
- 5) Холедохолитиаз: современные методы диагностики и лечения.
- 6) Острый холангит
- 7) Механическая желтуха неопухолевой этиологии
- 8) Механическая желтуха опухолевой этиологии.
- 9) Острый панкреатит. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
- 10) Панкреонекроз. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
- 11) Язвенная болезнь желудка и ДПК, осложненная кровотечением.
- 12) Язвенная болезнь желудка и ДПК, осложненная перфорацией.
- 13) Язвенная болезнь желудка и ДПК, осложненная пенетрацией.

- 14) Синдром Маллори-Вейса.
- 15) Варикозное расширение вен пищевода, осложненное кровотечением.
- 16) Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии
- 17) Грыжи, осложненная ущемлением
- 18) Дивертикулярная болезнь. Осложнения дивертикулярной болезни.
- 19) Демпинг-синдром. Болезнь оперированно желудка.
- 20) Перекрут сальниковых отростков толстой кишки.
- 21) Травматическое повреждение органов брюшной полости.
- 22) Острая мезентериальная ишемия.
- 23) Перитонит
- 24) Сепсис

Список ситуационные задач:

Задача № 1.

Больной К., 40 лет, жалуется на боли в правой подвздошной области. Заболел около 8 часов назад, когда появились боли в эпигастрии, а затем они сместились в правую подвздошную область. Стул был, кал обычного цвета, оформленный. Мочевыделение не нарушено. Температура тела 37,2°C.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие объективные симптомы Вы можете выявить при этом заболевании?
3. Какие лабораторные исследования следует провести и какие могут быть получены данные?
4. Какова лечебная тактика? Подготовьте больного к операции и выберите метод обезболивания. Выпишите назначения – лекарственные препараты.
5. Назовите основные этапы операции.
6. Назначьте послеоперационное лечение.
7. Возможные послеоперационные осложнения.
8. Проведите экспертизу трудоспособности.

Задача № 2.

Больной 36 лет, обратился с жалобами на внезапно появившиеся боли в правой половине живота, иррадиирующие в пах и правую поясничную область. Заболел 2 часа назад. Раньше подобных болей никогда не было. Боли сопровождались однократной рвотой. Больной беспокоен. Температура при поступлении 37,5°C. Пульс 100 уд. в мин., язык влажный, обложен белым налетом. Живот в правой половине болезненный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом поколачивания по правой поясничной области положительный. Лейкоцитоз 14,0•10⁹/л. В общем анализе мочи следы белка, относительная плотность 1,018, свежих эритроцитов 8-10 в п/з, выщелоченных эритроцитов 1-2 в п/з, лейкоцитов 8-10 в п/з. Был госпитализирован в урологическое отделение с диагнозом мочекаменная болезнь, правосторонняя почечная колика. Через 3-е суток от начала заболевания появились положительные симптомы Образцова и Щеткина-Блюмберга. Госпитализирован в хирургическое отделение с подозрением на хирургическое заболевание.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С чем была связана диагностическая ошибка и какие методы исследования помогли бы ее избежать, их результаты?
3. Назовите шесть основных возможных положений червеобразного отростка.
4. Какие возможны особенности клинических проявлений острого аппендицита в зависимости от варианта положения отростка?
5. Назначьте послеоперационное лечение.
6. Проведите экспертизу нетрудоспособности.

Задача № 3.

Больной 48 лет, поступил через 4 часа от начала заболевания. Заболевание началось остро, резкими болями в эпигастриальной области, была однократная рвота. Стула не было. Газы с момента приступа болей не отходили. При осмотре беспокоят боли в правой половине живота и над лоном, но больше в правой подвздошной области. При физикальном исследовании живот слегка вздут, определяются положительные симптомы раздражения брюшины в правой подвздошной области и над лоном.

1. Назовите наиболее часто встречающиеся острые хирургические заболевания органов брюшной полости, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику острого аппендицита.
2. Укажите 3-4 основных симптома, характерных для каждого из названных Вами заболеваний.
3. Назовите какие лабораторные исследования необходимо провести при наличии острого хирургического заболевания органов брюшной полости и какие из них могут помочь дифференциальной диагностике?
4. Укажите неинвазивные инструментальные методы исследования, которые следует применять при дифференциальной диагностике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и укажите возможности этих методов при диагностике названных Вами заболеваний.
5. Укажите инвазивные методы, которые следует применять при диагностически трудных случаях.
6. Назовите возможности, преимущества и недостатки этих методов.

Задача № 4.

На 2-е сутки после операции аппендэктомии по поводу острого флегмонозного аппендицита у больного 61 года резко ухудшилось общее состояние. Возник потрясающий озноб, температура поднялась до 39,6°C, появились боли в правом подреберье. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. При пальпации стала определяться увеличенная и болезненная печень. Живот оставался мягким, умеренно болезненным в правой половине. В последующие 2 дня потрясающие ознобы продолжались, появилась желтушность склер. Лейкоцитоз 20•10⁹/л, СОЭ 43 мм/ч, резкий сдвиг лейкоформулы влево. Рентгенологических изменений в грудной клетке и брюшной полости не выявлено.

1. Какое осложнение развилось у больного?
2. Опишите причину развития этого осложнения.
3. Какую информацию можно получить при УЗИ в данном случае?
4. Какое лечение следует провести больному?

Задача № 5.

Больная 52 лет жалуется на периодически появляющиеся боли приступообразного характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку с повышением температуры тела до 39- 39,5 0 С, проливными потами в течение последнего года. За последний месяц такие приступы участились и стали появляться каждые 2-3 дня. Иногда приступы сопровождались появлением желтухи, которая быстро исчезала, а затем появлялась вновь. Общее состояние оставалось удовлетворительным. Отмечала некоторую слабость. Живот обычной формы, мягкий. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в эпигастриальной области. Лейкоцитов в крови 9,2 x 10³ в 1 мкл, СОЭ 38 мм/час. При УЗИ желчный пузырь обычных размеров, содержит конкременты, имеется дилатация внутрипеченочных протоков, холедох 1,2 см.

1) Какой диагноз Вы поставите?

2) Какова тактика дополнительного обследования и лечения?

Задача № 6.

Больная 69 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым сахарным диабетом, кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения II А степени. Приступы холецистита у больной бывают 3-4 раза в год. Два дня назад после погрешностей в диете начался очередной болевой приступ с иррадиацией болей в правое плечо и лопатку, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. При поступлении состояние средней тяжести, определяется болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Кера, френрикус-симптом. УЗИ при поступлении – желчный пузырь 146x72 мм, стенка желчного пузыря 8 мм, в области шейки желчного пузыря фиксированный

конкремент 41х32 мм, холедох 6мм. Начата консервативная терапия. При динамическом УЗИ спустя сутки ультразвуковая семиотика прежняя.

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

Задача № 7.

У больной 65 лет, страдающей приступами желчнокаменной болезни, очередной приступ купировался окончательно. В течение 2 месяцев больная продолжала отмечать тупые ноющие боли в правом подреберье, которые беспокоили ее постоянно. При пальпации в правом подреберье определялось значительных размеров плотноэластическое безболезненное образование с гладкой поверхностью. Симптомов раздражения брюшины не определялось. Температура тела все это время оставалась нормальной, лейкоцитоз отсутствовал, сдвига лейкоцитарной формулы нет. При УЗИ – желчный пузырь 123х63, стенка 4 мм, в области шейки фиксированный конкремент 23х18 мм, холедох 6 мм.

- 1) Ваш диагноз и тактика лечения?

Задача № 8.

У больного жировым панкреонекрозом на 5-е сутки от начала заболевания в эпигастриальной области стал определяться плотный, умеренно болезненный, без четких границ инфильтрат. На фоне проводимой консервативной терапии он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания усилились боли, появилась гектическая температура, выросла тахикардия. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 96 в минуту, АД – 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот вздут, мягкий, в эпигастрии определяется болезненное опухолевидное образование до 10 см в диаметре; перитониальные симптомы отрицательные, перистальтика прослушивается. Анализ крови: Hb – 105 г/л, лейкоцитов - 18×10⁹/л, эоз.- 3, п/я – 29, с/я - 52, мон – 8, лимф – 8, СОЭ 48 мм/час.

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Какие дополнительные исследования могут уточнить диагноз?
- 3) Ваша тактика лечения?

Задача № 8.

У больного геморрагическим панкреонекрозом на 14-е сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, появилась гектическая температура до 39,5°. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 108 в минуту. Язык сухой. Живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье, перитониальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гипертермия кожи и отечность поясничной области слева. Симптом Мейо – Робсона резко положительный. Лейкоциты крови 20×10⁹/л.

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Какие специальные методы могут уточнить диагноз?
- 3) Ваша тактика лечения?

Задача № 9.

Больной 37 лет доставлен через 12 часов с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи. При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, резко болезненный в эпигастриальной области. Перкуторно – укорочение звука в отлогих местах живота. Положительные симптомы Щеткина – Блюмберга и Мейо – Робсона. Пульс – 96 в минуту, слабого наполнения. Температура 37,2°. АД – 95/60 мм рт. ст. Лейкоциты 17×10⁹/л.

- 1) Ваш предположительный диагноз?

2) Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3) Ваши лечебные мероприятия и их обоснование?

Задача № 10.

Больной 42 лет, оперированный 2 года назад по поводу разрыва селезёнки, поступил в клинику с жалобами на острую боль в животе, возникшую 2 часа назад, частые позывы на рвоту. Боли носят схваткообразный характер. Стула нет, газы не отходят. Беспокоен, громко кричит. Живот вздут больше в верхней половине, перитонеальные симптомы сомнительные, выражено напряжение мышц передней брюшной стенки. Рентгенологически выявляются многочисленные уровни и чаши Клойбера.

1) Ваш диагноз?

2) Есть ли необходимость в дополнительных исследованиях больного?

3) Лечебная тактика?

Задача № 11.

Больная 25 лет поступила в клинику с жалобами на схваткообразные, сильные боли внизу живота. Больная беспокойна, стремится изменить положение тела, пониженного питания. Язык влажный. Пульс - 68 в минуту. Живот вздут, мягкий. В правой половине мезогастрия при пальпации определяется плотно-эластическое образование 6x8 см. Хирургом приемного отделения поставлен диагноз илеоцекальной инвагинации. Больная экстренно оперирована. Во время операции в терминальном отделе подвздошной кишки обнаружено проделоватое образование диаметром 5 см, с неровной фрагментированной плотно - эластической поверхностью, не связанное со стенкой кишки. Приводящий отдел резко расширен. Ободочная кишка спаиваяся.

1) Ваш диагноз?

2) Круг дифференциального диагноза?

3) Дополнительные методы исследования?

4) Тактика лечения?

Задача № 12.

Больной 65 лет поступил в хирургическое отделение на 2 день от момента заболевания. Жалобы на умеренные боли в нижних отделах живота схваткообразного характера, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Страдает запорами, отмечает, что подобные состояния наблюдались несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы. Общее состояние средней степени тяжести. Р – 78 в 1 мин. Живот ассиметричен – резко вздута правая половина. При пальпации мягкий, равномерно болезненный. Правую половину живота занимает большое образование мягко – эластической консистенции. Перистальтика над ним не выслушивается, определяется «шум плеска». Перкуторно над образованием высокий тимпанит. Ректально: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке выполнить клизму, жидкость изливается обратно после введения 300,0 мл.

1) Ваш диагноз?

2) С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?

3) Какая должна быть лечебная тактика?

Задача № 13.

Больная Л. 54 лет обратилась в приёмное отделение хирургического стационара через 14 суток от момента заболевания. Заболевание развилось на фоне полного благополучия с возникновением болей в подложечной области, затем боли переместились в правую подвздошную область, сопровождалась тошнотой, сухостью во рту, однократной рвотой. За медицинской помощью не обращалась, занималась самолечением. Через 10 суток от момента заболевания присоединился понос до 3 - 4 раз в сутки, гипертермии – 38,2 С. Госпитализирована в инфекционную больницу, где заподозрен диагноз острой кишечной инфекции, начата терапия. Улучшение состояния не наступило. Направлена на консультацию хирурга. Состояние средней степени тяжести. Рs – 88 в 1 мин., АД – 130/80 мм рт. ст. В правой подвздошной области определяется болезненное опухолевидное

образование размерами 8,0x8,0x6.0 см плотно – эластической консистенции. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Лейкоциты крови – 12,0x10⁹/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Больная госпитализирована в хирургическое отделение, назначены анальгетики, антибактериальная терапия. Ночью остро возникли интенсивные боли по всему животу. При осмотре – живот резко болезненный и напряжённый во всех отделах, положительны симптом Щёткина – Блюмберга.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Какие ошибки допущены врачом инфекционистом?
- 3) Какие диагностические ошибки совершены хирургом?
- 4) Какие тактические ошибки допущены хирургом?
- 5) Какую тактику лечения необходимо избрать?

Задача № 14.

Больной А. 43 г., страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, почувствовал интенсивные боли в верхних отделах живота. Обратился за медицинской помощью. Осмотрен хирургом, проведено обследование. Выполнено: рентгенография брюшной полости на свободный газ, УЗИ брюшной полости, анализ крови и мочи. Патологии не выявлено. Диагноз – обострение язвенной болезни ДПК. Направлен на лечение к гастроэнтерологу. Назначена противоязвенная терапия. Кратковременное улучшение состояния. Сохраняющийся болевой синдром, повышение Т до 38,2 С, тошнота и рвота заставили вновь на 3 сутки от начала заболевания обратиться пациента к хирургу. Состояние тяжёлое. Кожа и видимые слизистые бледной окраски. Р – 124 в 1 мин. АД – 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот вздут. В акте дыхания участия не принимает. При пальпации болезненный и напряжённый во всех отделах. Положителен симптом Щёткина – Блюмберга по всему животу. Перкуторно печёночная тупость отсутствует, определяется тимпанит, притупление в отлогах местах. При аускультации выслушиваются патологические кишечные шумы – «шум падающей капли».

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Какое обследование необходимо было провести пациенту при первичном обращении к хирургу?
- 3) Какие еще методы исследования, возможно, было применить для установления правильного диагноза при первичном обращении?
- 4) Какова лечебная тактика?

Задача № 15.

На операции у пациента М. 53 лет, оперируемого в экстренном порядке, выявлены следующие изменения. Париетальная и висцеральная брюшина гиперемирована, отёчна, петли тонкой кишки значительно переполнены газом и жидким содержимым, покрыты наложениями фибрина, в брюшной полости во всех отделах около 500,0 мл. гнойно – фибринозного выпота. Червеобразный отросток изменён гангренозно, на верхушке имеется перфорационное отверстие до 0,5 см в диаметре, между петлями тонкой кишки обнаружены три межкишечных абсцесса по 50,0 мл гноя.

- 1) Ваш интраоперационный диагноз?
- 2) Какую тактику необходимо избрать хирургу?
- 3) Что необходимо применить для декомпрессии кишечника?
- 4) Каким способом необходимо завершить операцию?

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 5. Гнойная хирургия.

Вопросы для фронтального опроса:

- 1) Гнойные заболевания кисти
- 2) Фурункул, карбункул, гидраденит
- 3) Абсцессы мягких тканей.
- 4) Инфекция, вызванная анаэробными микроорганизмами.
- 5) Остеомиелит.
- 6) Лимфаденит.
- 7) Туберкулез брюшины
- 8) Особенности хирургической патологии при ВИЧ, СПИД.
- 9) Разрыв селезенки.

Список ситуационные задач:

Задача № 1.

Больной И. 51 года, шофер. Обратился с жалобами на боли в I пальце правой кисти. Болен 6 дней после того, как металлическим тросом уколол ногтевую фалангу I пальца правой кисти. По поводу подкожного панариция в районной поликлинике применяли токи УВЧ, повязки с мазью Вишневского. Улучшения не было. Температура 38 С. Ногтевая фаланга I пальца правой кисти отечна, гиперемирована, пальпация ладонной поверхности ее резко болезненна. У ульнарного края фаланги свищ со скудным отделяемым.

Вопросы: диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 2.

Больной Г., 28 лет, слесарь, ушиб ногтевую фалангу II пальца левой кисти. На месте травмы появилась припухлость, болезненность при прикосновении. Безуспешно лечился повязками с мазью Вишневского. Через 6 дней обратился с сильными болями в пальце. Ногтевая фаланга II пальца утолщена. Отек распространяется на среднюю фалангу. Кожные покровы гиперемированы, ткани напряжены, болезненны при пальпации и движениях. На боковой поверхности ногтевой фаланги, ближе к межфаланговому суставу имеется некротический очаг 1.5 x 1 см, дном его является сустав и кость. Функция кисти нарушена.

Вопросы: диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 3.

Больная Д., 42 лет, лаборантка, обратилась в поликлинику с жалобами на боль в IV пальце левой кисти. Болеет в течении недели, после того как уколола палец деревянной щепкой, продолжала работать, дома делала перевязки с ихтиоловой мазью. Боли постоянно нарастали, нарастал отек. Последние три ночи плохо спала из-за сильной боли. Температура тела 37.5 С. Отек, гиперемия и резкая болезненность при пальпации околоногтевого валика и проксимальной части ногтевой пластинки IV пальца левой руки. Функция пальца ограничена.

Вопросы: диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 4.

Больной Х., 31 год, столяр, во время работы поцарапал ладонную поверхность средней фаланги III пальца левой кисти. На 4-й день появилась припухлость и боли в поврежденном пальце, которые быстро нарастали. Боли стали постоянные, пульсирующие. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36.6 С. III палец левой кисти равномерно опухший, находится в положении легкого сгибания. Боль резко усиливается при попытке к пассивным движениям, особенно при разгибании. Определяется болезненность по ходу сухожильного влагалища. Ткани ладонной поверхности пальца напряжены. Функции кисти нарушены. Левые подмышечные лимфатические узлы увеличены, слегка болезненны.

Вопросы: диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 5.

В поликлинику обратился мальчик 9 лет с жалобами на боль в правой кисти. При осмотре: отек тыльной поверхности правой кисти, легкая гиперемия, при пальпации болезненность, уплотнение. Из анамнеза известно, что 3 дня назад, мальчик уколол гвоздем в области тыла правой кисти.

Какой диагноз Вы поставите больному? Какое назначите лечение?

Задача № 6.

В клинику поступил больной 32 лет с жалобами на боль в левом бедре, по вечерам повышение температуры тела до 37,60С. При осмотре: в области левого бедра, в средней трети, два старых неправильной формы рубца, здесь же незначительная припухлость, болезненность. Из анамнеза известно, что 8 лет назад перенес открытый перелом левого бедра.

Какой диагноз Вы поставите больному? Какие дополнительные методы исследования следует провести у данного больного?

Задача № 7.

В клинику поступил больной 10 лет с жалобами на открытие свища с гнойным отделяемым, на латеральной поверхности в нижней трети левого плеча. Из анамнеза известно, что болеет 5 месяцев, заболевание началось остро, длительно лечился в стационаре.

Какой диагноз Вы поставите больному? Какие дополнительные методы исследования следует провести? Каков дальнейший план лечения?

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 6. Хирургические заболевания молочной железы.

Вопросы для фронтального опроса:

Лактационный мастит: причины, классификация, клиника, диагностика, лечение.

Нелактационные мастит: причины, классификация, клиника, диагностика, лечение.

Список ситуационные задач:

Задача № 1.

*Кормящая мать в течение 3 недель страдает воспалением молочной железы. В больной железе отчетливо пальпируется плотное образование размером 6 * 8 см. не спаянное с кожей. Образование малоболезненное, флюктуации не определяется. Общее состояние удовлетворительное.*

Какая форма мастита у больной?

Задача № 2.

У кормящей матери ч/з 4 недели после родов появились боли в левой молочной железе. Железа увеличена в объеме. Температура поднялась до 38,5 град. С. При пальпации железа диффузно болезненна, плотновата, но ни локальных инфильтратов, ни участков флюктуации не определяется.

Ваш диагноз и тактика лечения больной?

Задача № 3.

У женщины ч/з 3 недели после родов появились боли в правой молочной железе. Молочная железа увеличилась. В верхнем наружном квадрате участок поражения кожи. Здесь же пальпируется болезненной, без четких контуров уплотнение. У больной температура 39,6 град. С., головная боль, озноб, слабость.

Какая форма мастита у больной? Как лечить больную?

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 7. Инфузионно - трансфузионная терапия.

Вопросы для фронтального опроса:

- 1) Интенсивная терапия и трансфузиология.
- 2) Принципы инфузионной терапии и парентерального питания.
- 3) Переливание крови и ее компонентов.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 8. Неотложная помощь в гинекологии.

Вопросы для фронтального опроса:

- 1) Внематочная беременность. Эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
- 2) Апоплексия яичника. Эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
- 3) Перекрут кисты яичника. Эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
- 4) Некроз миоматозного узла.
- 5) Травмы женских половых органов. /Пр/
- 6) Пельвиоперитонит.

Список ситуационные задач:

Задача № 1.

Больная М., 24 года поступила в гинекологическое отделение 28 марта 2010 г. по направлению врача женской консультации с диагнозом: Начавшийся самопроизвольный выкидыш 4-5 нед. для лечения, направленного на сохранение беременности. Больная предъявляла жалобы на тянущие боли внизу живота, незначительные кровяные выделения из половых путей. Из анамнеза: Считает себя больной с 27 марта, когда появились тянущие боли внизу живота после небольшой физической работы. Последняя нормальная менструация с 1.02 по 4.02. Свое состояние расценила как угрозу выкидыша, приняла две таблетки ношпы. 28 марта боли внизу живота несколько усилились, появились кровяные выделения из половых путей. Врач женской консультации после осмотра на гинекологическом кресле отправил больную в стационар.

В приемном отделении стационара: Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, пульс 78 уд. в 1 мин., АД 120/80. Живот мягкий, безболезненный. При осмотре шейки матки в зеркалах: слизистая влагалища цианотичная, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Влагалищное исследование: Матка увеличена до 4-5 нед. беременности, мягковатой консистенции, движения за шейку болезненные, придатки слева утолщены, пастозны, незначительно болезненны. Выделения из половых путей кровянистые. Предварительный диагноз? Тактика врача? Заключительный диагноз?

Задача № 2.

1 февраля 2010 г. больная К. 26 лет доставлена в стационар машиной скорой помощи с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в задний проход, остро возникшие 2 часа тому назад, слабость, головокружение,

Из анамнеза: Считает себя больной с 1 февраля, когда после физической нагрузки, появились резкие боли внизу живота, слабость, головокружение.

Менструации с 14 лет, установились сразу, по 4-5 дней, через 28 дней. Последняя нормальная менструация с 24 по 28 ноября 2009 г. Беременностей 3: 1 срочные роды, 2 искусственных аборта. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, пульс 105 уд. в 1 мин., АД 90/50 мм. рт. ст. Живот резко болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины положительные.

Осмотр шейки матки при помощи зеркал: слизистая влагалища цианотичная, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт.

Влагалищное исследование: Матка больше нормальной величины, мягковатой консистенции, движения за шейку матки резко болезненные, придатки матки не пальпируются из-за резкой болезненности, задний свод нависает, резко болезненный при пальпации. Выделения слизистые, скудные. Диагноз? Тактика врача?

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Контрольная работа.

Презентация клинического случая (клинический случай подбирается в соответствии с темами разделов 1-8)

Этап 2. Проведение промежуточной аттестации по дисциплине –экзамен.

2.1. Список вопросов к промежуточной аттестации.

1. Организация хирургической помощи в России.
2. Основные исторические этапы развития хирургии.
3. Законодательство РФ о оказании хирургической помощи различным группам населения.

4. Принципы организации амбулаторно поликлинического звена хирургической помощи.
5. Организация оказания хирургической помощи в условиях стационаров.
6. Определение, что следует понимать под «острым аппендицитом»
7. Эпидемиология острого аппендицита, литературная справка по осложнениям, летальности при данной патологии
8. Этиологические факторы острого аппендицита.
9. Патогенетические факторы реализации острого аппендицита в разных возрастных группах.
10. Классификация острого аппендицита.
11. Клиническая картина острого аппендицита – общие и местные симптомы.
12. Корреляция клинической картины в соответствии со степенью деструкции червеобразного отростка, степенью распространения патологического экссудата и иными факторами.
13. Спектр лабораторных и инструментальных методов исследования в зависимости от клинической картины.
14. Тактические решения при остром аппендиците, в зависимости от степени деструкции, наличия осложнений.
15. Особенности и состав предоперационной подготовки.
16. Операции при перитоните, аппендикулярном инфильтрате сложности в выборе объема, этапы. Выбор оптимального способа завершения операции. Основные этапы аппендэктомии.
17. Программа послеоперационного ведения. Программа профилактики послеоперационных осложнений.
18. Осложнения острого аппендицита. Клиника, диагностика. Тактика ведения и лечения.
19. Язвенная болезнь желудка. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Хирургическое лечение язвенной болезни.
20. Язвенная болезнь ДПК. Особенности течения и проявлений. Показания и противопоказания для хирургического лечения.
21. Что следует понимать под «осложнениями язвенной болезни желудка и ДПК».
22. Эпидемиология перформативной язвы желудка и ДПК, язвенного кровотечения, пилородуоденального стеноза, пенетрация язвы, малигнизации язвы, литературная справка по осложнениям, летальности при каждой из нозологических форм.
23. Этиологические факторы, классификация при перформативной язве, язвенном кровотечении, пилородуоденальном стенозе, пенетрация язвы, малигнизации.
24. Патогенетические факторы реализации при перформативной язве, язвенном кровотечении, пилородуоденальном стенозе, пенетрация язвы, малигнизации в разных возрастных группах.
25. Клиническая картина перформативной язвы желудка и ДПК, язвенного кровотечения, пилородуоденального стеноза, пенетрация язвы, малигнизации язвы – общие и местные симптомы.
26. Спектр лабораторных и инструментальных методов исследования в зависимости от клинической картины.
27. Тактические решения и лечебная тактика при перформативной язве желудка и ДПК, язвенном кровотечении, пилородуоденальном стенозе, пенетрация язвы, малигнизации язвы.
28. Острые гастродуоденальные кровотечения неязвенной этиологии. Этиология, патогенез, клинические проявления. Диагностическая тактика. Эндоскопические и хирургические способы лечения.
29. Острая кишечная непроходимость. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Хирургическое лечение.
30. Ишемическая болезнь кишечника. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Хирургическое лечение.
31. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. Неспецифический язвенный колит. (НЯК). Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностическая тактика. Дифференциальная диагностика. Тактика лечения.
32. Болезнь Крона. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Современные способы лечения.
33. Хирургические заболевания толстой кишки. Классификация, патогенез, клинические проявления. Тактические решения.
34. Опухоли и кисты брыжейки. Классификация, этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Лечение.
35. Понятие доброкачественные опухоли органов ЖКТ, различной локализации. Тактические решения в отношении них.
36. Спаечная болезнь. Этиология, процесс спайкообразования. Клиника. Принципы лечения.
37. ЖКБ. Этиология. Процесс камнеобразования. Клиника. Диагностика. Лечение.
38. Механическая желтуха. Этиология, патогенез. Клиника и диагностика. Эндоскопическая и хирургическая тактика лечения
39. Понятие острый холецистит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Хирургическое лечение.
40. Постхолецистэктомический синдром. Основные причины развития. Клиника и диагностика. Тактические вопросы ведения пациентов.
41. Острый панкреатит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Лечение.
42. Понятие панкреонекроз. Особенности лечебной тактики.
43. Хронический панкреатит. Этиология и патогенез. Клиника и диагностический алгоритм. Тактика лечения.
44. Китсы и свищи поджелудочной железы. Принципы лечебной тактики.
45. Заболевания БСДПК. Классификация, основные причины развития. Хирургическое лечение.
46. Показания, противопоказания и техника выполнения реконструктивно воспалительных операций на желчных путях.
47. Показания, противопоказания и техника выполнения операций на поджелудочной железе.
48. Понятие малоинвазивных технологий в гепатобилиарной хирургии.
49. Дать определение, что такое «болезни оперированных органов», «болезни оперированного желудка», «синдром мальабсорбции».
50. Классификация болезней оперированного желудка.

51. Патогенетические механизмы развития послеоперационных пептических язв, синдрома приводящей петли, демпинг-синдрома, дуоденогастрального рефлюкса, гастростаза, синдрома мальабсорбции.
52. Клиническая картина послеоперационных пептических язв, синдрома приводящей петли, демпинг-синдрома, дуоденогастрального рефлюкса, постваготомического гастростаза, синдрома мальабсорбции.
53. Роль и место лабораторных методов исследования в дифференциальной диагностике болезней оперированного желудка.
54. Формирование оптимальной лечебной программы при послеоперационных пептических язвах, синдроме приводящей петли, демпинг-синдроме, дуоденогастральном рефлюксе, постваготомическом гастростазе, синдроме мальабсорбции.
55. Виды и технология хирургических методов лечения БОЖ и синдрома мальабсорбции.
56. Определение паразитарных и непаразитарных кист печени.
57. Основные хирургические заболевания селезенки.
58. Понятие о грыжах. Анатомия брюшной стенки. Этиология и патогенез. Классификация грыж. Способы пластики грыжи. Особенности в детском возрасте.
59. Понятие и ущемлённых грыжах. Особенности хирургической тактики.
60. Физикальные методы исследования в детской хирургии.
61. Основные принципы интенсивной терапии и реанимации в детском возрасте.
62. Понятие травматизм в детском возрасте. Особенности тактики при различных травмах.
63. Неотложные состояния в гинекологии. Понятия внематочной беременности.
64. Доброкачественные заболевания молочных желез. Хирургическая тактика.
65. Дисфункциональные маточные кровотечения. Этиология и патогенез. Хирургические способы коррекции.
66. Неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов. Пельвиоперитонит.
67. Общие и специальные методы исследования в урологии.
68. Неспецифические воспалительные заболевания почек. Хирургические способы коррекции.
69. Неотложные состояния в урологии. Острая задержка мочи. Острая почечная недостаточность.
70. Мочекаменная болезнь. Этиология и патогенез, клиника и диагностика. Тактика ведения.
71. Общие вопросы анестезиологии и реанимации. Виды анестезии: местная, региональная, Эпидуральная анестезия, СМА. Общие виды анестезии.
72. Особенности предоперационной подготовки при различных заболеваниях. Анестезиологическое пособие.
73. Основы реанимационных мероприятий в хирургии.
74. Антибактериальная терапия в хирургии.
75. Лучевые и эндоскопические методы исследования в хирургии. Показания и противопоказания. Техника выполнения.

Вывод: Подготовка к фронтальному опросу и выполнение данного задания позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-12.

2.2. Тестовый задания для проведения промежуточной аттестации.

1-2. Определите грыжи столбца 1, соответствующие грыжевым воротам столбца 2.

- | | |
|------------------|--|
| 1.Бедренная | а) треугольник Богдалека |
| 2.Прямая паховая | б) медиальная паховая ямка |
| | в) проходит по влагалищному отростку яичка |
| | г) латеральная паховая ямка |
| | д) сосудистая лакуна медиальнее бедренной вены |

3. У 17-летнего школьника во время игры в футбол появились резкие боли в правой паховой области, в анамнезе правосторонняя паховая грыжа с неоднократными ущемлениями. Больной пытался сам вправить грыжу, но неудачно. Определите тактику ведения больного:

- а) попытка нового вправления через 2-3 часа;
- б) спазмолитики и теплая ванна;
- в) антибиотики и строгий постельный режим;
- г) немедленная герниотомия;

д) обзорная рентгеноскопия брюшной полости в положении стоя и лежа.

4. Для чего больному с грыжей белой линии живота следует произвести рентгеноскопию желудка?

- а) для определения характера органа в грыжевом мешке;
- б) для выявления размеров грыжевых ворот;
- в) для дифференциации с предбрюшинной липомой;
- г) для выявления сопутствующей патологии желудка.

5. Факторы, способствующие возникновению брюшных грыж:

- 1) пожилой возраст;
- 2) прогрессирующее похудание;
- 3) особенности анатомического строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыж;
- 4) заболевания, повышающие внутрибрюшное давление;
- 5) тяжелая физическая работа.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

6. Ранними признаками ущемления наружной грыжи брюшной стенки является все, кроме:

- а) резкой боли;
- б) внезапной невраваемости грыжи;
- в) болезненности и напряжения грыжевого выпячивания;
- г) острого начала заболевания;
- д) высокой температуры.

7. Что такое Рихтеровское ущемление?

- а) ущемление перекрученной сигмовидной кишки;
- б) ущемление желудка в диафрагмальной грыже;
- в) пристеночное ущемление кишки;
- г) ущемление Меккелева дивертикула.

8. С чем необходимо дифференцировать паховую грыжу?

- 1) туберкулезным натечником;
- 2) варикоцеле;
- 3) паховым лимфаденитом;
- 4) опухолью яичка;
- 5) гидроцеле.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

9. Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается:

- а) с серозного покрова червеобразного отростка;

- б) со слизистой червеобразного отростка;
- в) с мышечного слоя червеобразного отростка;
- г) с купола слепой кишки;
- д) с терминального отдела тонкой кишки.

10. Дивертикул Меккеля возникает:

- 1) на тощей кишке;
- 2) на подвздошной кишке;
- 3) на восходящем отделе ободочной кишки;
- 4) как следствие аппендэктомии;
- 5) вследствие незаращения желточного протока.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

11. Укажите особенности клинической картины острого аппендицита при расположении червеобразного отростка в малом тазу:

- 1) примесь крови в каловых массах;
- 2) выраженная болевая реакция передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании;
- 3) отсутствие температурной реакции;
- 4) положительный симптом Пастернацкого.

Выберите правильное сочетание ответов:

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

12. Какие исследования имеют наибольшее значение в дифференциальной диагностике острого аппендицита и острых гинекологических заболеваний?

- 1) определение симптома Ровзинга;
- 2) клинический анализ крови;
- 3) вагинальное исследование;
- 4) пункция заднего свода влагалища;
- 5) гинекологический анамнез.

Выберите правильное сочетание ответов:

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

13. Противопоказанием к аппендэктомии при остром аппендиците является:

- а) инфаркт миокарда;
- б) беременность 36-40 недель;

- в) непереносимость новокаина;
- г) аппендикулярный инфильтрат;
- д) нарушения свертываемости крови.

14. У больного П., после аппендэктомии по поводу деструктивного аппендицита на 6-й день после операции повысилась температура, возникли озноб и одышка. Данное состояние может быть обусловлено всеми нижеперечисленными осложнениями, кроме:

- а) правосторонней пневмонии;
- б) абсцесса легкого;
- в) поддиафрагмального абсцесса;
- г) межкишечного абсцесса;
- д) внутрибрюшного кровотечения.

15. Какой из нижеперечисленных приемов не обязателен для диагностики острого аппендицита?

- а) пальпации брюшной стенки;
- б) клинический анализ крови;
- в) пальцевое ректальное исследование;
- г) ирригоскопия;
- д) влагалищное исследование.

16. Основной симптом, позволяющий диагностировать тазовое расположение острого аппендицита:

- а) симптом Щеткина-Блюмберга;
- б) симптом Ровзинга;
- в) с-м Образцова;
- г) напряжение мышц в правой подвздошной области;
- д) симптом Кохера - Волковича.

17. Симптомы, позволяющие заподозрить болезнь Крона:

- 1) боли в правой подвздошной области;
- 2) поносы;
- 3) лихорадка;
- 4) дизурия;
- 5) ускоренная СОЭ.

Дайте правильную комбинацию ответов:

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

18. Суперсимптом «острого живота» это:

- а) рвота;
- б) боли в животе;
- в) кровавый стул;
- г) задержка кала и газов;
- д) напряжение мышц брюшной стенки.

19. Разлитой гнойный перитонит может быть следствием всех перечисленных заболеваний, кроме:

- а) перфорации дивертикула Меккеля;
- б) болезни Крона;

- в) стеноза большого дуоденального соска;
- г) рихтеровского ущемления грыжи;
- д) острой кишечной непроходимости.

20. Операция при разлитом гнойном перитоните должна быть выполнена из доступа:

- а) срединной лапаротомии,
- б) разреза Волковича-Дьяконова,
- в) параректального разреза.

21. При каком виде перитонита можно ожидать фибринозные наложения на висцеральной и париетальной брюшине:

- 1) при серозном перитоните;
- 2) при фибринозном перитоните;
- 3) при гнойном перитоните;
- 4) при гнилостном перитоните;
- 5) при каловом перитоните.

Правильным будет:

- а) 1, 2;
- б) 2;
- в) 1, 2, 3;
- г) 2, 3, 4, 5;
- д) при всех видах перитонита.

22. В клинику поступил больной 35 лет с жалобами на резкие опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту. Боли возникли после приема алкоголя. Состояние тяжелое. Пульс 120 в мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот резко болезненный в верхних отделах, в отлогих местах живота-притупление перкуторного звука. Перистальтика ослаблена. Ваш диагноз:

- а) перфоративная язва желудка, перитонит;
- б) острая кишечная непроходимость;
- в) инфаркт кишечника;
- г) желудочно-кишечное кровотечение;
- д) острый геморрагический панкреатит.

23. Какие дополнительные исследования вы проведете этому больному для уточнения диагноза?

- 1) обзорную рентгеноскопию брюшной полости;
- 2) лапароскопию;
- 3) ангиографию;
- 4) гастродуоденоскопию;
- 5) исследование мочи на диастазу.

Выберите наиболее рациональную комбинацию ответов:

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

24. Тому же больному произведена лапароскопия. Какие лапароскопические признаки наиболее вероятны в данной клинической ситуации?

- 1) геморрагический выпот;
- 2) кровь;

- 3) гнойный экссудат;
- 4) бляшки стеатонекроза;
- 5) наложения фибрина на брюшине.

Правильным будет:

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

25. Какова тактика ведения данного больного?

- а) экстренная операция;
- б) строго консервативное лечение;
- в) консервативное лечение; при отсутствии эффекта-операция;
- г) все верно;
- д) все неверно.

26. При жировом панкреонекрозе могут наблюдаться:

- 1) многократная рвота;
- 2) инфильтрат в эпигастрии;
- 3) симптом Мейо-Робсона;
- 4) симптом Воскресенского;
- 5) симптом Бартомье-Михельсона.

Выберите правильное сочетание ответов:

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

27. Осложнением острого панкреатита может быть все, кроме:

- а) абсцесса сальниковой сумки;
- б) печеночно-почечной недостаточности;
- в) портальной гипертензии;
- г) кисты поджелудочной железы;
- д) перитонита.

28. Желчнокаменная болезнь может вызвать все, кроме:

- а) острого панкреатита;
- б) механической желтухи;
- в) дуоденостаза;
- г) обтурационной тонкокишечной непроходимости;
- д) холангита.

29. Для колики, вызванной холецистолитиазом, характерно:

- 1) интенсивная боль в правом подреберье;
- 2) иррадиация болей в правую лопатку;
- 3) симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье;
- 4) симптом Ортнера;
- 5) высокая температура.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

30. Для клиники острого холангита характерно:

- 1) высокая температура;
- 2) боли в правом подреберье;
- 3) желтуха;
- 4) опоясывающие боли;
- 5) неустойчивый жидкий стул.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

31. Больной с желтухой желчнокаменного происхождения нуждается в:

- 1) экстренной операции;
- 2) только консервативном лечении;
- 3) обследовании и оперативном лечении в первые 3-5 дней;
- 4) детоксикационной терапии;
- 5) катетеризации чревной артерии.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

32. Для выявления камней во внепеченочных желчных протоках можно использовать:

- 1) ультразвуковое сканирование;
- 2) внутривенную холеграфию;
- 3) эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию;
- 4) пероральную холецистографию;
- 5) обзорную рентгенографию брюшной полости.

Выберите лучшую комбинацию ответов:

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

33. Симптом Курвуазье характерен для следующих заболеваний:

- 1) хронического калькулезного холецистита;
- 2) рака головки поджелудочной железы;
- 3) острого панкреатита;
- 4) опухоли большого дуоденального соска;
- 5) цирроза печени.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

34. Камнеобразованию в желчном пузыре способствуют:

- 1) инфекция;
- 2) застой желчи в пузыре;
- 3) обменные нарушения;
- 4) воспалительные процессы в желчном пузыре;
- 5) пол.

Правильные ответы:

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

35. Оптимальным методом диагностики неосложненной желчнокаменной болезни будет:

- а) ретроградная холангиопанкреатография;
- б) лапароскопия;
- в) ультрасонография;
- г) транспеченочная холангиография;
- д) дуоденальное зондирование.

36. Для механической желтухи на фоне холедохолитиаза характерно:

- 1) симптом Курвуазье;
- 2) повышение прямой фракции билирубина в крови;
- 3) высокие цифры щелочной фосфатазы;
- 4) резкое повышение уровня трансаминаз в плазме;
- 5) отсутствие стеркобилина в кале.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

37. Для уточнения характера желтухи и причины ее возникновения следует произвести:

- 1) рентгенографию подпеченочного пространства;
- 2) инфузионную холецистохолангиографию;
- 3) чрескожную чреспеченочную холангиографию;

- 4) эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию;
- 5) ультрасонографию.

Правильным будет:

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

38. Типичными осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются:

- 1) перфорация;
- 2) пенетрация;
- 3) малигнизация;
- 4) кровотечение;
- 5) стеноз привратника.

Выберите лучшую комбинацию ответов:

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

39. Что не является показанием к операции при дуоденальной язве:

- а) длительная потеря трудоспособности и неуспех консервативной терапии;
- б) профузное кровотечение из язвы;
- в) стеноз привратника;
- г) наличие множественных плоских язв в луковице двенадцатиперстной кишки, обнаруженных при гастро-дуоденоскопии;
- д) пенетрация язвы.

40. Селективная проксимальная ваготомия показана при:

- а) язве антрального отдела желудка;
- б) дуоденальной язве с явлениями субкомпенсированного стеноза привратника;
- в) прободной язве двенадцатиперстной кишки;
- г) дуоденальной язве без явлений стеноза;
- д) гастро-дуоденальном кровотечении.

41. Для прободной язвы желудка в первые шесть часов типичны следующие симптомы:

- 1) резкие внезапные боли в животе,
- 2) доскообразный живот,
- 3) многократная рвота,
- 4) вздутие живота,
- 5) исчезновение печеночной тупости, рентгенологически – «серп» газа под правым куполом диафрагмы.

Выберите лучшую комбинацию ответов:

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

42. Показаниями к оперативному лечению дуоденальной язвы являются:

- 1) неуспех консервативной терапии и длительная потеря трудоспособности;
- 2) профузное кровотечение;
- 3) стеноз привратника;
- 4) перфорация язвы.

Выберите лучшую комбинацию ответов:

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

43. Успех операции при дуоденальной язве зависит от:

- а) подавления кислотности;
- б) устранения стеноза привратника;
- в) устранения возможного источника кровотечения;
- г) обеспечения нормальной функции желудка;
- д) всего перечисленного.

44. Выберите оптимальный вариант лечения язвы желудка, осложненной пилородуоденальным стенозом:

- а) резекция 2/3 желудка;
- б) стволовая ваготомия с пилоропластикой;
- в) селективная проксимальная ваготомия с дренирующей операцией;
- г) консервативная терапия;
- д) гастроэнтеростомия.

45. Женщина 38 лет жалуется на боли в эпигастрии, возникающие через 2 часа после еды, ночные и "голодные" боли. О каком предварительном диагнозе можно думать?

- а) язва желудка;
- б) хронический холецистит;
- в) хронический панкреатит;
- г) язва двенадцатиперстной кишки;
- д) хронический гастрит.

46. Какие дополнительные методы диагностики необходимы для уточнения диагноза?

- а) исследование кислотности желудочного сока;
- б) определения уровня гастрина сыворотки крови;
- в) холецистография;
- г) обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости;
- д) фиброэзофагогастродуоденоскопия.

2 СЕМЕСТР.

Этап 1: Проведение текущего контроля.

Раздел 10. Хирургическая патология брюшной полости.

Вопросы для фронтального опроса:

- 1) Желчекаменная болезнь.
- 2) Постхолецистэктомический синдром.
- 3) Паховые грыжи: виды пластик.
- 4) Пупочные грыжи: виды пластик.
- 5) Грыжа белой линии живота: виды пластик.
- 6) Внутренние грыжи живота.
- 7) Бедренные грыжи: виды пластик.
- 8) Хронический панкреатит
- 9) Кисты поджелудочной железы.
- 10) Пороки развития пищевода.
- 11) Травмы пищевода.
- 12) Дивертикулы пищевода.
- 13) Опухоли пищевода.
- 14) Диафрагмальные грыжи.
- 15) ГЭРБ.
- 16) Пороки развития печени.
- 17) Непаразитарные кисты печени.
- 18) Доброкачественные опухоли печени.
- 19) Портальная гипертензия
- 20) Гиперспленизм
- 21) Болезнь Гиршпрунга, идиопатический мегаколон.
- 22) Полипы толстой кишки.
- 23) Врожденные аномалии прямой кишки
- 24) Рак прямой кишки.

Список ситуационные задач:

Задача № 1.

Больная Н., 62 лет оперирована 30 дней назад по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита, в анамнезе имела место желтуха. Была произведена холецистэктомия «от дна». В желчном пузыре обнаружено большое количество мелких конкрементов. Вследствие наличия выраженного инфильтрата в области гепатодуоденальной связки детальная ревизия холедоха не производилась. Холангиография на операционном столе не выполнялась. Брюшная полость ушита с подведением в подпеченочное пространство страховочного дренажа, который был удален на 6-й день после операции. Состояние больной было удовлетворительным, но на 12 день после операции у нее открылся наружный желчный свищ. Симптомов раздражения брюшины нет. В сутки отделялось до 600-700 мл желчи. Со временем у больной появилась слабость, стали беспокоить поносы, отмечался ахоличный стул. Билирубин крови 120,3 мкм / л.

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

Задача № 2.

Больной С., 79 лет была произведена лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого калькулезного флегмонозного холецистита. Диагноз до операции был верифицирован данными УЗИ. На следующий день после операции по страховочному дренажу выделилось 200 мл желчи, появились перитонеальные знаки в правой боковой области живота. При повторной лапароскопии выявлена несостоятельность культи пузырного протока. Выполнена

конверсия. При ревизии обнаружено: холедох – 1,3 см, пальпаторно конкрементов не содержит. По данным интраоперационной холангиографии, выявлен стеноз БСДК протяженностью 1,2 см.

- 1) Причина несостоятельности культи пузырного протока?
- 2) Дальнейшая тактика?

Задача № 3.

Больная С., 52 лет, тучная женщина оперирована по поводу острого гангренозного калькулезного холецистита. Из-за выраженного спаечного процесса и инфильтрата в области шейки пузыря, операция сопровождалась значительными техническими трудностями. Выполнена холецистэктомия «от шейки». При пальпации и зондовой ревизии холедоха патологии не выявлено. Во время операции отмечалось подтекание желчи в подпеченочное пространство, источник установлен не был. Операция завершена дренированием подпеченочного пространства. По дренажу в послеоперационном периоде отмечалось незначительное серозное отделяемое с примесью желчи. Дренаж удален на 7 сутки. Больная в удовлетворительном состоянии выписана из стационара на 14 сутки. Через 9 месяцев поступила вновь с клинической картиной холангита, сопровождающегося механической желтухой. При УЗИ выявлено, что гепатикохоледох расширен до 10 мм, имеется дилатация внутрипеченочных желчных протоков, конкрементов не выявлено.

- 1) Причина развития холангита и дилатации внутри- и внепеченочных желчных протоков?
- 2) Какая была допущена тактическая ошибка во время операции ?

Задача № 4.

Больной К., 35 лет, жалуется на наличие опухолевидного образования в правой паховой области, которое имеет тенденцию к увеличению при натуживании, физической нагрузке и опускается в мошонку, что вызывает боли и снижение трудоспособности.

Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику и каковы основные отличия от других образований мошонки? По каким признакам Вы отифференцируете косую и прямую грыжу? Какова тактика в данном случае?

Если вы решили больного оперировать, укажите непосредственную подготовку его к операции и выберите метод обезболивания. Укажите возможные послеоперационные осложнения. Проведите экспертизу трудоспособности.

Задача № 5.

Больной К., 76 лет обратился к хирургу с жалобами на опухолевидное образование в правой паховой области, спускающееся в мошонку. Образование появилось 6 лет назад. Постепенно увеличивается в размерах, мешает больному ходить. 2 года назад больной перенес обширный инфаркт миокарда, после которого отмечается одышка при малейшей физической нагрузке. В связи с отеками на нижних конечностях периодически принимает мочегонные, кардиотоники. Объективно: пульс 72 уд в мин., аритмичный, ЧДД- 22 в мин., АД 160\90 мм рт ст . В легких выслушиваются застойные влажные хрипы, печень выступает из-под правого подреберья на 3-4 см, имеются отеки нижних конечностей. В правой паховой области и мошонке опухолевидное образование 12×8 см, эластической консистенции, безболезненное, вправляющееся в брюшную полость.

Какими заболеваниями страдает данный больной? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? На основании каких отличительных признаков вы поставили диагноз? Определите лечебную тактику и обоснуйте ее.

Задача № 5.

Больной Д, 63 года, поступил 3 марта. С жалобами на : затруднение глотания пищи, тупую боль за грудиной, изжогу, тошноту. Состояние удовлетворительное, вес 55 кг, рост 164 см, АД 150/90мм.рт.ст. Наследственность не отягощена. Вредные привычки: курит с 15 лет по одной пачке в день, стаж курения 49 лет. По специальности слесарь, работает на заводе с ртутно измерительными приборами, отмечает загазованность помещения.

ОАК; Эритроциты- 5,0 , НЬ 160 г/л; цв.п.О,9; Тромбоциты 185; лейкоциты 6,7%; эоз 1%; пал 1%; с/я 68%; лимф 22%; моноциты 8%; СОЭ 3 мм/ч.

Rg исследование пищевода: нарушение рельефа слизистой оболочки пищевода, сужение просвета в средне трети пищевода.

Вопросы: Предварительный диагноз? С какими заболеваниями можно провести дифференциальный диагноз? Этиология и патогенез? Дополнительные методы обследования? Прогноз?

Задача № 6.

Больная П., 70 лет, поступила в хирургическое отделение. онкодиспансера жалобами на колющие боли в эпигастральной области, снижение массы тела на 10 кг в течение полугода.

Общее состояние больной удовлетворительное. Объективно: Кожный покров бледный, чистый. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Стул регулярный, без патологических примесей.

ОАК: эритроциты - $4,99 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин - 119г/л, тромбоциты - $302 \cdot 10^9/л$, лейкоциты - $9,1 \cdot 10^9/л$, эозинофилы - 2%, сегментоядерные - 72%, лимфоциты - 22%, моноциты - 4%, СОЭ - 18 мм/ч.

ФГДС: От средней до нижней трети тела желудка всю малую кривизну занимает массивный инфильтративно-язвенный процесс под фибрином, протяженностью до 9-10 см. Края в виде неровного инфильтрированного валика. Привратник перекрыт инфильтрированным валиком, сохранен, проходим. Слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки розовая, просвет свободный.

Вопросы: Предполагаемый диагноз. Заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза. План лечения.

Задача № 7.

Больной 55 лет доставлен в хирургический стационар с клиникой пищеводно-желудочного кровотечения. Живот сильно увеличен в размере, объективно выявлены гепатомегалия, асцит, на коже груди и живота – расширенная венозная сеть в виде «головы медузы».

1. Ваш диагноз?
2. Что необходимо сделать?

Задача № 6.

Больной 55 лет доставлен в хирургический стационар с клиникой пищеводно-желудочного кровотечения. Живот сильно увеличен в размере, объективно выявлены гепатомегалия, асцит, на коже груди и живота – расширенная венозная сеть в виде «головы медузы».

1. Ваш диагноз?
2. Что необходимо сделать?

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 11. Хирургия органов эндокринной системы.

Вопросы для фронтального опроса:

- 1) Заболевания щитовидной железы, требующие хирургического вмешательства. Показания к операции, виды хирургических вмешательств.
- 2) Заболевания щитовидной железы, требующие хирургического вмешательства. Показания к операции, виды хирургических вмешательств
- 3) Альдостерома, кортикостерома, андростерома, кортикоэстрома. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
- 4) Феохромоцитомы. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
- 5) Гормонально-неактивные опухоли надпочечников. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.

Список ситуационные задач:

Задача № 1.

За медицинской помощью обратился больной К., 37 лет с жалобами на неприятные ощущения в области шеи. Сам на передненаружной поверхности шеи слева пропальпировал опухолевидное образование. Других жалоб не предъявляет. Из семейного анамнез установлено, что по материнской линии были онкологические заболевания. При осмотре в левой доле щитовидной железы пальпируется узел размерами 3х4 см плотноватый. Лимфоузлы на шее не определяются. При УЗИ исследовании получены данные за узловую зоб. Выполнена ТАБ – пролиферирующий зоб.

Определите лечебную тактику у больного.

Если Вы решили больного оперировать, перечислите какие показания к операции при узловом зобе? Назначьте предоперационное обследование. Укажите объём операции и какие исследования следует выполнить в процессе операции? Если при окончательном гистологическом исследовании диагностирован рак (папиллярный, фолликулярный) щитовидной железы, какая должна быть лечебная тактика?

Задача № 2.

Больная К., 64 лет обратилась с жалобами на беспричинный кашель, чувство давления в области шеи справа. При обследовании в зоне правой доли щитовидной железы определяется узел плотно-эластической консистенции в диаметре до 3 см.. Лимфоузлы шеи не увеличены

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования больной.
3. Какую информацию может дать рентгенография грудной клетки при заболевании Щитовидной железы?
4. С какой целью в настоящее время применяется радиоизотопное исследование при заболеваниях щитовидной железы?

5. Назовите принятые этапы морфологического исследования железы.

Задача № 3.

У больной 42 лет при диспансерном обследовании обнаружили увеличение щитовидной железы 1 степени по классификации ВОЗ (2001). Выполнено УЗИ, при котором обнаружены изменения, характерные для хронического аутоиммунного тиреоидита Хашимото (железа увеличена с чередованием участков сниженной, средней и повышенной эхогенности), а также на его фоне узел в левой доле железы диаметром до 8 мм. Из анамнеза установлено, что по материнской линии были онкологические заболевания.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо выполнить и ожидаемые результаты?
3. Обоснуйте лечебную тактику если при ТАБ морфологическая картина пролиферирующего зоба. Лимфоидная инфильтрация ткани железы.
4. Какая лечебная тактика, если через 6 месяцев при УЗИ, выполненном на том же аппарате, узел в левой доле увеличился вдвое?

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 12. Комбустиология.

Вопросы для фронтального опроса:

- 1) Ожоговое поражение кожи.
- 2) Ожоги пищевода.

Список ситуационные задач:

Задача № 1.

Пациент, 38 лет, доставлен бригадой скорой помощи с пожара. Status localis: тотальное циркулярное поражение обеих нижних конечностей, правой верхней конечности. Визуально: плотный струп с четкими границами, местами – с рисунком тромбированных сосудов. Болевая чувствительность отсутствует. Определите площадь термического поражения: Варианты: 1. 38% поверхности тела 2. 45% поверхности тела 3. 54% поверхности тела 4. 62% поверхности тела 45%: в соответствии с «правилом девяток» площадь нижней конечности – 18%, верхней – 9% поверхности тела. Таким образом, общая площадь поражения – 45%. Определите наиболее вероятную глубину поражения (МКБ-10).

Задача № 2.

Пациент, 28 лет, доставлен бригадой скорой помощи. Анамнез: получил ожог, длительное время подвергался воздействию лучей ультрафиолетовой части спектра. Status localis: гиперемия, единичные мелкие пузырьки на всей поверхности тела, исключая голову и область промежности. Укажите наиболее удобный метод определения площади поражения в данном случае

Задача № 3.

Пациент, 48 лет, доставлен бригадой скорой помощи. Анамнез: электромонтер, во время ремонтных работ почувствовал «удар электрическим током», отмечает потерю сознания. Объективно: в сознании, контактен. Пульс 80 в минуту, ритмичный, артериальное давление 130/70 мм рт.ст. Дыхание жесткое, хрипов нет. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Status localis: на обеих кистях – метки тока. Определите жизнеугрожающее состояние, развитие которого наиболее вероятно у данного пациента в первые 3 сут. с момента получения травмы.

Задача № 4.

Пациент, 48 лет, доставлен бригадой скорой помощи. Анамнез: электромонтер, во время ремонтных работ почувствовал «удар электрическим током», отмечает потерю сознания. Объективно: в сознании, контактен. Пульс 80 в минуту, ритмичный, артериальное давление 130/70 мм рт.ст. Дыхание жесткое, хрипов нет. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Status localis: на обеих кистях – метки тока. 136 Определите тактику.

Задача № 5.

Пациент, 48 лет, доставлен бригадой скорой помощи. Анамнез: при работе с электропроводкой в помещении в результате короткого замыкания от пламени вольтовой дуги произошло воспламенение одежды. Получен ожог на площади 32% поверхности тела (голова, шея, туловище, верхние конечности). Объективно: в сознании, контактен. Кожные покровы вне ран со следами копоти. Волосы опалены, копоть на слизистой оболочке носовых ходов, видимых слизистых оболочках полости рта. Пульс 102 в минуту, ритмичный, артериальное давление 120/70 мм рт.ст. Дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Status localis: полиморфный струп коагуляционного характера с рисунком тромбированных сосудов, сосудистая реакция и болевая чувствительность резко снижены или отсутствуют на всей поверхности поражения. Определите жизнеугрожающее состояние, развитие которого наиболее вероятно у данного пациента в первые 3 сут с момента получения травмы.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 13. Сосудистая хирургия.

Вопросы для фронтального опроса:

- 1) Заболевания венозной системы. Варикозное расширение вен нижних конечностей.
- 2) Заболевания венозной системы. Тромбозы. Тромбофлебиты.
- 3) Артериовенозные ангиодисплазии.
- 4) Аневризма аорты.
- 5) Заболевания лимфатической системы.
- 6) Повреждения кровеносных сосудов.
- 7) Тромбоз и эмболия при травмах.
- 8) ТЭЛА. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика. Принципы лечения.

Список ситуационные задач:

Задача № 1.

Больная К., 42 лет, обратилась к хирургу в поликлинику с жалобами на наличие расширенных вен на обеих нижних конечностях, боли в икрах к концу рабочего дня (работает парикмахером), периодически возникающие зуд и жжение кожи. Впервые расширение вен на нижних конечностях стала отмечать 15 лет назад во время беременности, заболевание прогрессировало. Время от времени пользовалась компрессионными колготками, применяла гепаринсодержащие местные средства.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Повышенного питания. Пульс 68 в мин., ритмичный, АД - 140/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. В легких - дыхание ослабленное, везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет.

При осмотре нижних конечностей обнаружены варикозно измененные вены на латеральной поверхности обеих голеней. Обращают на себя внимание телеангиоэктазии на задне-латеральной поверхности обеих бедер и голеней. Проба Гаккенбруха отрицательная.

Проведена ультразвуковая доплерография, несостоятельности клапанного аппарата магистральных глубоких и поверхностных вен, а также перфорантов не обнаружено.

Анализ крови: Эр.-3,8 Т/л, Нв - 132 Г/л, лейкоциты - 9,6 Г/л, п.-4%,с.-70%, лимф.-21%, мон.-4%, СОЭ-12 мм/ч.

Анализ мочи: уд.вес - 1018, белок - 0,16 г/л, лейкоциты - 6-8 в п/зр.,

ВОПРОСЫ:

Каков Ваш предварительный диагноз?

Ваша диагностическая программа?

Проведите дифференциальную диагностику.

Установите клинический диагноз (основной, осложнения, сопутствующий).

Какой будет Ваша лечебная тактика?

Задача № 2.

Больной М., 57 лет, обратился к хирургу в поликлинику с жалобами на наличие варикозно расширенных вен, потемнение кожи в области медиальной лодыжки на левой нижней конечности боли, тяжесть, утомляемость в икроножных мышцах к концу рабочего дня, ночные судороги, отек в дистальных отделах голени, появляющийся во второй половине дня.

Варикозно измененные вены впервые обнаружил у себя 10 лет назад. Три года назад развилась трофическая язва, которая зажила с помощью консервативного лечения. Два года назад был впервые выявлен сахарный диабет второго типа, принимает пероральные сахароснижающие препараты.

При осмотре состояние больного удовлетворительное. Повышенного питания. Пульс 88 в мин., АД - 140/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. В легких - дыхание ослабленное, везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены.

При осмотре левой нижней конечности обнаружено выраженное расширение вен в бассейне большой подкожной вены, гиперпигментация кожи за медиальной лодыжкой, пастозность тканей голени. Проба Гаккенбруха положительная слева.

Ультразвуковое ангиосканирование: глубокие вены голени, подколенная, общая бедренная, подвздошные вены – без патологии. Клапанная недостаточность поверхностной бедренной вены, большой п/к вены (на всем протяжении – от паха до лодыжки), малой подкожной вены в верхней трети голени и перфорантных вен медиальной группы.

Анализ крови: Эр.-3,8 Т/л, Нв - 132 Г/л, лейкоциты - 9,6 Г/л, п.-4%,с.-70%, лимф.-21%, мон.-4%, СОЭ-12 мм/ч.

Глюкоза крови: 8,6 ммоль/л

Общий анализ мочи: реакция-кислая, уд. вес-1017, белок-0,033 г/л, сахар-40 ммоль/л, ацетон не определяется.

ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка.

ВОПРОСЫ:

Какой Ваш предварительный диагноз?

Ваша диагностическая программа?

Проведите дифференциальную диагностику.

Установите клинический диагноз (основной, осложнения, сопутствующий).

Какой будет Ваша лечебная тактика?

Задача № 3.

Бльшой Х., 42 года, обратился к хирургу в поликлинику с жалобами на наличие варикозно расширенных вен, болей в нижней конечности и язвы на внутренней поверхности левой голени. Наличие варикозно расширенных вен впервые отметил у себя около 8 лет назад. Тромбофлебит глубоких вен в анамнезе отрицает.

При осмотре состояние больного удовлетворительное. Повышенного питания. Пульс 76 в мин., АД - 130/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. В легких - дыхание ослабленное, везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Локально: на правой голени и бедре – большая подкожная вена и ее ветви варикозно расширены. На 4-5 см выше внутренней лодыжки трофическая гиперпигментация кожи 4х5 см с язвой размерами 1х0.5 см в центре.

Проба Троянова-Тределенбурга положительная, проба Дельбе-Пертеса дает сомнительный результат, Проба Пратта-2 – положительная.

Анализ крови: Эр.-3,6 Т/л, Нв - 128 Г/л, лейкоциты - 6,6 Г/л, п.-2%,с.-72%, лимф.-21%, мон.-4%, СОЭ-10 мм/ч.

Глюкоза крови: 4,6 ммоль/л

Общий анализ мочи: реакция-кислая, уд. вес-1017, белок-0,033 г/л, сахар-н/о, ацетон не определяется, микроскопия – без патологии.

ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка.

ВОПРОСЫ:

Каков Ваш предварительный диагноз?

Ваша диагностическая программа?

Проведите дифференциальную диагностику.

Установите клинический диагноз (основной, осложнения, сопутствующий).

Какой будет Ваша лечебная тактика?

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 14. Амбулаторная хирургия, ЦАХ.

Вопросы для фронтального опроса:

- 1) Организация амбулаторной медицинской помощи в ЦАХ.
- 2) Хирургические операции, выполняемые в ЦАХ.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 15. Паразитарные заболевания.

Вопросы для фронтального опроса:

- 1) Эхинококкоз. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
- 2) Альвеококкоз. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
- 3) Описторхоз. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.

Клинический случай:

Пациент Б. 21 года, студент технического вуза, жалуется на боли в правом подреберье и собственно эпигастрии, снижение аппетита, подташнивание, желтуху, потемнение мочи, субфебрилитет.

Анамнез заболевания: в летние каникулы путешествовал по Оби. В программу путешествия входила рыбалка, грибная охота, знакомство с бытом народов Севера, что включало дегустацию пищи, в основном состоящую из рыбы разного приготовления.

Через 2 недели после окончания путешествия стал отмечать дискомфорт в правом подреберье, повышаться температура до 37,1°C, появились отчётливые боли в правом подреберье и собственно эпигастрии, аппетит снизился, появилось лёгкое подташнивание, моча потемнела, окружающие заметили желтушность склер. Температура в течение дня имела небольшой размах 37,4-37,8°C.

В Сибири находился впервые.

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура 37,4°C. Кожные покровы и склеры жёлтые. На коже немногочисленные участки петехиальной сыпи, расчёсы отсутствуют. Лёгкие и сердце без патологических изменений. Живот болезнен в правом подреберье за счёт увеличенной печени, правая доля определяется ниже рёберной дуги на 4 см, левая доля занимает собственно эпигастрий, край печени закруглён, поверхность гладкая, плотно-эластической консистенции, болезненная при пальпации. Положительные пузырьные симптомы: Керра, Мерфи и Френкуса.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты –

11,9×10⁹/л, эозинофилы – 22%, палочкоядерные нейтрофилы – 6%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 10%, моноциты – 2%, СОЭ - 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, альбумины – 55%, глобулины: 1 – 3, 2 – 12,2, - 6,3, - 23,5%, глюкоза - 5,0 ммоль/л, общий билирубин - 68 (прямой - 50, непрямой - 18) мкмоль/л, АЛТ - 50 U/L (норма - 4-42 U/L); АСТ - 42 U/L (5-37 U/L), холестерин - 6,6 мкмоль/л, ЩФ – 392 (норма – 64-306), ГГТП - 170 U/L (норма 7 - 64 U/L), амилаза крови - 28 г/л (12-32 г/л в час).

Копрограмма: нейтральный жир +, мышечные волокна непереваренные – ед., жирные кислоты и мыла жирных кислот +, большое количество бактерий. Паразиты не выявлены. УЗИ печени: печень увеличена, размер правой доли - 169 (норма до 150), левая - 85 (норма до 70), структура однородная, эхогенность снижена, имеется расширение крупных внутрипечёночных жёлчных протоков.

Rg лёгких: очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

ФЭГДС: в желудке и ДПК имеются участки гиперемии в виде полос.

Вирусологическое исследование: ИФА: вирусы А, В, Е – отрицательные.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 16. Трансплантология.

Вопросы для фронтального опроса:

- 1) Источники донорских органов, иммунологические основы пересадки органов. Реакция отторжения, иммунодепрессивная терапия.
- 2) Трансплантация почки. Показания, противопоказания. Техника хирургического вмешательства, послеоперационное ведение. Признаки отторжения органа.
- 3) Трансплантация поджелудочной железы. Показания, противопоказания. Техника хирургического вмешательства, послеоперационное ведение. Признаки отторжения органа.
- 4) Трансплантация сердца. Показания, противопоказания. Техника хирургического вмешательства, послеоперационное ведение. Признаки отторжения органа.
- 5) Трансплантация легких. Показания, противопоказания. Техника хирургического вмешательства, послеоперационное ведение. Признаки отторжения органа.
- 6) Трансплантация системы "сердце- легкие". Показания, противопоказания. Техника хирургического вмешательства, послеоперационное ведение. Признаки отторжения органов.
- 7) Трансплантация печени. Показания, противопоказания. Техника хирургического вмешательства, послеоперационное ведение. Признаки отторжения органа.
- 8) Трансплантация тонкой кишки. Показания, противопоказания. Техника хирургического вмешательства, послеоперационное ведение. Признаки отторжения органа.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Контрольная работа.

Презентация клинического случая (клинический случай подбирается в соответствии с темами разделов 10-16)

Этап 2. Проведение промежуточной аттестации по дисциплине –экзамен.

2.1. Список вопросов к промежуточной аттестации.

1. Травмы груди. Тактика хирургического лечения при травмах груди различной локализации и тяжести.
2. Травмы живота. Тактические вопросы и лечение травм живота. Понятие сочетанные травмы живота.
3. Переломы и вывихи костей верхних и нижних конечностей.
4. Повреждение позвоночника и спинного мозга.
5. Инородные тела ЖКТ. Тактика хирургического пособия при инородных телах.
6. Повреждения органов таза и костного аппарата. Нарушения функции тазовых органов.
7. Сдавление мягких тканей. Синдром длительного сдавления.
8. Травматический шок. Первичная неотложная помощь при шоке.
9. Ожоги пищевода. Тактика хирургического лечения при ожогах пищевода.
10. Ожоги и ожоговая болезнь. Классификация степени ожогов. Основные принципы ведения ожоговых ран.
11. Эндокринная хирургия. Заболевания щитовидной железы. Этиология, классификация, патогенез. Клиника и диагностика. Хирургическое лечение.
12. Заболевания надпочечников. Этиология, патогенез. Классификация. Диагностика. Хирургическое лечение.
13. Хирургические заболевания паращитовидных желез. Основные принципы хирургического лечения.
14. Хирургические заболевания при СД. Особенности проведения хирургических вмешательств при наличии в анамнезе СД.
15. Хирургическая тактика при заболеваниях инсулярного аппарата поджелудочной железы.
16. Основы теоритическое и клиническое онкологии. Основные онкологические постулаты.
17. Рак желудка. Классификация, стадии, клиника. Диагностический алгоритм. Хирургическая тактика.
18. Опухоли ободочной кишки. Классификация, стадии, клиника. Диагностический алгоритм. Хирургическая тактика. Колоректальный скриннинг.
19. Рак молочной железы. Классификация, стадии, клиника. Диагностический алгоритм. Хирургическое лечение.
20. Заболевания венозной системы. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Флебиты.
21. Заболевания венозной системы. Тромбозы, тромбозы, тромбозы.
22. Не воспалительные заболевания артериальной системы.
23. Воспалительные заболевания артериальной системы.
24. Заболевания лимфатической системы.
25. Повреждение кровеносных сосудов. Хирургическая тактика при различных степенях повреждения сосовудов. Принципы остранировки кровотечения.
26. Тромбоз и эмболия при травмах. Основные профилактические мероприятия.
27. ТЭЛА. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика. Принципы лечения.
28. Хирургическая инфекция. Общие принципы лечения раневой инфекции. Принципы ведения гнойных ран.
29. Гнойные заболевания кисти и стопы. Хирургическая тактика при ведении гнойной раны.
30. Гнойные заболевания органов средостения. Медиастинит.
31. Нагноительные заболевания легких и плевры.
32. Остеомиелит. Принципы хирургического лечения.
33. Трофические язвы. Принципы лечения. Этиология, патогенез, клиника, хирургическая тактика.
34. Мастит. Этиология и патогенез, классификация, клиника, диагностический алгоритм. Хирургическая тактика при лактационном и нелактационном мастите.
35. Синдром системного воспалительного ответа. Патофизиологические аспекты развития реакции системного воспаления.
36. Сепсис. Критерии сепсиса. Лечебная тактика при сепсисе.
37. Абдоминальный сепсис. Перитонит. Хирургическая тактика при ведении пациентов с перитонитом.
38. Основы торакальной хирургии. Оперативные доступы и операции на органах грудной клетки.
39. Хирургические аспекты болезней сердца. Инфаркт миокарда.
40. Хирургические аспекты болезней сердца. Лечение ишемической болезни сердца.
41. Острый парапроктит. Хирургические аспекты лечения.
42. Хронический парапроктит. Свищи параректальные.
43. Геморрой. Патология анального канала.
44. Принципы инфузионной терапии и парентерального питания.
45. Трансфузиология в хирургии. Переливание крови и ее компонентов.

46. Организация амбулаторной медицинской помощи в ЦАХ.

47. Хирургия морбидного ожирения. Основные разновидности оперативных вмешательств при ожирении.

Вывод: Подготовка к фронтальному опросу и выполнение данного задания позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-8, ПК-10, ПК-12.

2.2. Тестовый задания для проведения промежуточной аттестации.

1. Симптомы косой паховой грыжи все, кроме:

- а) шаровидной формы;
- б) овальной формы;
- в) утолщения семенного канатика на стороне грыжи;
- г) расположения выше пупартовой связки;
- д) кашлевого толчка по ходу пахового канала.

2. Предбрюшинная липома характеризуется:

- а) отсутствием грыжевого мешка;
- б) склонностью к развитию копростазы;
- в) частыми ущемлениями большого сальника;
- г) большим дефектом в белой линии живота;
- д) ничем из названного.

3. Тактика при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи:

- а) больного можно отпустить домой и оперировать затем в плановом порядке;
- б) показана экстренная операция - грыжесечение;
- в) показана экстренная операция - лапаротомия с ревизией кишечника;
- г) не оперировать больного, тщательно наблюдая за ним в условиях хирургического стационара;
- д) ничто из предложенного неверно.

4. Бедренные грыжи чаще встречаются у:

- а) мужчин;
- б) женщин;
- в) детей;
- г) стариков;
- д) пол и возраст не имеют значения.

5. Наиболее частая грыжа:

- а) пупочная;
- б) косая паховая;
- в) бедренная;
- г) белой линии живота;
- д) прямая паховая.

6. Что соответствует операции грыжесечения с пластикой пахового канала по Бассини?

- 1) пластика задней стенки пахового канала;
- 2) семенной канатик перевязывают 2 лигатурами, причем сосуды семенного канатика остаются неперевязанными;
- 3) волокна кремастера после рассечения не сшиваются;
- 4) грыжевые ворота при прямой грыже должны быть полностью ушиты, при косой – сужены.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2 и 3;
- б) 1 и 2;
- в) 1,2 и 4;
- г) 1 и 4;
- д) 1,3 и 4.

7. Каковы отличия операции при ущемленной грыже от планового грыжесечения?

- 1) вначале рассекается ущемляющее кольцо;
- 2) вначале вскрывается грыжевой мешок;
- 3) методика вмешательства совершенно одинакова;
- 4) заканчивается аналогичной пластикой грыжевых ворот;
- 5) может сопровождаться резекцией ущемленных органов.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

8. Возникновению грыж белой линии живота способствуют все, кроме:

- а) гастрические явления;
- б) прохождение через белую линию кровеносных сосудов и нервов;
- в) дефекты в белой линии живота;
- г) растяжение белой линии живота;
- д) повышение внутрибрюшного давления в верхнем этаже брюшной полости.

9. Что не принимает участия в формировании внутреннего отверстия бедренного канала?

- а) надкостница лобковой кости;
- б) бедренная артерия;
- в) жимбернатова связка;
- г) пупартова связка;
- д) бедренная вена.

10. Диагностическая программа при остром аппендиците включает в себя:

- 1) тщательный сбор анамнестических данных;
- 2) исключаются соматические заболевания, которые могут симулировать острую патологию в животе;
- 3) ректальное исследование у мужчин и дополнительное вагинальное исследование у женщин;
- 4) проведение лабораторных исследований;
- 5) возможна экстренная хромоцистоскопия.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

11. Абсцесс Дугласова пространства после аппендэктомии характеризуется следующими главными признаками:

- 1) гектической температурой;
- 2) болями в глубине таза и тенезмами;
- 3) ограничением подвижности диафрагмы;
- 4) нависанием стенок влагалища или передней стенки прямой кишки;
- 5) напряжением мышц передней брюшной стенки.

Дайте правильную комбинацию ответов:

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

12. Экстренная аппендэктомия не показана при:

- а) острым простом аппендиците;
- б) острым аппендиците во второй половине беременности;
- в) первом приступе острого аппендицита;
- г) неясном диагнозе острого аппендицита у пожилых больных;
- д) острым аппендиците у детей.

13. Симптомы аппендикулярного инфильтрата все, кроме:

- а) субфебрильной температуры;
- б) длительности заболевания 4-5 дней;
- в) профузных поносов;
- г) повышения числа лейкоцитов крови;
- д) пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области.

14. У больного, перенесшего аппендэктомию, начиная с 5 суток на фоне уменьшения локальной болезненности, возникло ухудшение общего состояния: повышение температуры, гектические размахи ее, повышение количества лейкоцитов. В глубине таза появились умеренные боли, преходящие дизурические явления, тенезмы. С какого дополнительного метода исследования вы начнете для выявления причины описанной выше картины?

- а) хромоцистоскопии;
- б) повторных анализов крови и мочи;
- в) пальцевого исследования прямой кишки;
- г) ректороманоскопии;
- д) контрольной ирригоскопии.

15. Для острого аппендицита не характерно:

- а) болезненность в точке Мак-Бурнея;
- б) доскообразный живот;
- в) напряжение мышц и локальная болезненность в правой подвздошной области;
- г) болезненность в точке Ланца;
- д) болезненность в точке Кюммеля.

16. Что служит противопоказанием для оперативного лечения по поводу острого аппендицита?

- а) беременность 35-36 недель;
- б) старческий возраст;
- в) аппендикулярный инфильтрат;
- г) декомпенсированный порок сердца;
- д) недавно перенесенный инфаркт миокарда.

17. Что характерно для дивертикула Меккеля?

- а) имеется у 2-3% людей;
- б) находится в 60-70 см оральнее илеоцекального угла;
- в) содержит все слои стенки кишки;
- г) может содержать гетеротопную ткань поджелудочной железы, желудка или слизистую ободочной кишки;
- д) все ответы верны.

18. Что наиболее опасно применять при подозрении на острый аппендицит?

- а) пузырь со льдом;
- б) антибиотики;
- в) промывание желудка;
- г) слабительное или клизму;
- д) экстренную лапаротомию.

19. Комплекс лечебных мероприятий при диффузном гнойном перитоните аппендикулярного происхождения включает:

- 1) аппендэктомия;
- 2) санацию брюшной полости;
- 3) коррекцию водно-электролитных нарушений;
- 4) антибактериальную терапию;
- 5) полное парентеральное питание после операции.

Правильным будет:

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

20. Больная 19 лет заболела 8 часов назад, появились сильные боли в животе, рвота, не приносящая облегчения, живот вздут в нижней половине, перистальтика не выслушивается, симптома Валя нет, резко положительный симптом Блюмберга-Щеткина в нижней половине живота. При ректальном исследовании определяется болезненность тазовой брюшины. Ваш диагноз:

- а) перитонит неясной этиологии;
- б) острый гастроэнтерит;
- в) прободная язва желудка;
- г) острая кишечная непроходимость;
- д) аппендицит.

21. Исходя из диагноза, поставленного вами в N 20, определите тактику ведения больной:

- 1) паранефральная блокада;
- 2) сифонная клизма;
- 3) коррекция ОЦК, срединная лапаротомия;
- 4) лапаротомия доступом Волковича - Дьяконова.

Правильным будет:

- а) 1, 3;
- б) 2, 4;
- в) только 4;
- г) все неверно.

22. Шок и коллапс при остром деструктивном панкреатите вызываются:

- а) отеком поджелудочной железы;
- б) сдавлением дистального отдела холедоха;
- в) ферментной токсемией;
- г) билиарной гипертензией;
- д) динамической непроходимостью кишечника.

23. При геморрагическом панкреонекрозе могут наблюдаться:

- 1) симптом Мейо-Робсона;
- 2) коллапс;
- 3) многократная рвота;
- 4) исчезновение печеночной тупости;
- 5) усиление перистальтики.

Правильным будет:

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

24. Какой метод исследования наиболее информативен в диагностике форм острого панкреатита?

- а) диагностический пневмоперитонеум;
- б) обзорная рентгеноскопия брюшной полости;
- в) лапароскопия;
- г) гастродуоденоскопия;
- д) определение амилазы крови и мочи.

25. У больного 26 лет, заболевшего 12 час назад, геморрагический панкреонекроз. Ему показана:

- 1) экстренная лапаротомия;
- 2) лапароскопическое дренирование брюшной полости;
- 3) чрескожная гепатохоледохостомия;
- 4) массивная инфузионная терапия.

Правильным будет:

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

26. У больного 30 лет с деструктивным панкреатитом на 14 день от поступления в клинику появились: гектическая температура, тахикардия, ознобы, сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево, пальпируется инфильтрат в эпигастрии. Ваш диагноз:

- а) холангит;
- б) пневмония;
- в) киста поджелудочной железы;
- г) забрюшинная флегмона;
- д) абсцесс сальниковой сумки.

27. Какой должна быть тактика хирурга при этом осложнении?

- а) антибактериальная терапия;
- б) интенсивная инфузионная терапия;
- в) операция;
- г) наблюдение;
- д) лапароскопия.

28. Для клиники острого обтурационного холангита характерны:

- 1) желтуха;
- 2) озноб;
- 3) повышение щелочной фосфатазы в крови;
- 4) в крови лейкоцитоз со сдвигом влево;
- 5) увеличение печени.

Правильный ответ:

- а) 1, 2, 3, 5;

- б) 1, 2, 3, 4;
- в) 1, 2, 4, 5;
- г) все верно;
- д) все неверно.

29. Показания к интраоперационной холангиографии:

- 1) обнаружение при пальпации конкрементов в холедохе;
- 2) подозрение на рубцовое сужение большого дуоденального соска;
- 3) наличие желтухи до операции;
- 4) увеличение диаметра общего желчного протока.

Правильный ответ:

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

30. Какое лечение показано больному с приступом желчной колики, вызванной камнями желчного пузыря?

- а) экстренная операция;
- б) консервативное лечение;
- в) срочная операция после купирования приступа;
- г) антиферментная терапия;
- д) лапароскопическая холецистостомия.

31. Характерными признаками механической желтухи на фоне холедохолитиаза будут:

- 1) гипербилирубинемия;
- 2) лейкопения;
- 3) билирубинурия;
- 4) положительная реакция кала на стеркобилин;
- 5) высокая щелочная фосфатаза в крови.

Правильные ответы:

- а) 1, 3, 5;
- б) 2, 3, 5;
- в) 3, 4, 5;
- г) все правильно;
- д) все неправильно.

32. Для постановки диагноза механической желтухи и выяснения ее причины применяют все, кроме:

- а) исследования цитолитических ферментов печени;
- б) инфузионной холеграфии;
- в) лапароскопии;
- г) ретроградной холангиопанкреатографии;
- д) чрескожной чреспеченочной холангиографии.

33. В каком случае при обнаружении камней в желчном пузыре показана операция холецистэктомия?

- а) во всех случаях;
- б) острой форме заболевания;
- в) при наличии клинических признаков заболевания и снижения трудоспособности;
- г) операция противопоказана у больных старше 55 лет;
- д) операция противопоказана больным моложе 25 лет.

34. **Интраоперационное исследование внепеченочных желчных путей абсолютно показано при:**

- 1) наличии мелких камней в холедохе;
- 2) подозрении на стеноз большого дуоденального соска;
- 3) расширении гепатикохоледоха;
- 4) механической желтухе в анамнезе;
- 5) механической желтухе в момент операции.

Правильным будет:

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

35. **Укажите наиболее тяжелое осложнение механической желтухи:**

- а) нарушение всасывательной функции кишечника;
- б) снижение белковосинтезирующей функции печени;
- в) печеночно-почечная недостаточность;
- г) водянка желчного пузыря;
- д) отключенный желчный пузырь.

36. **Для желтухи на почве холедохолитиаза не характерно:**

- а) билирубинемия;
- б) уробилинурия;
- в) повышение щелочной фосфатазы в крови;
- г) нормальная активность сывороточных трансаминаз;
- д) отсутствие стеркобилина в кале.

37. **Когда показана селективная проксимальная ваготомия?**

- а) при дуоденальной язве без явлений стеноза привратника;
- б) при экстренной операции по поводу перфоративной язвы желудка;
- в) при сочетании дуоденальной и желудочной язвы;
- г) при кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки;
- д) при язве двенадцатиперстной кишки с явлениями стеноза привратника.

38. **Мужчина 50 лет жалуется на боли в эпигастрии, не связанные с приемом пищи и не проходящие после приема соды. Бывает рвота, иногда с примесью крови. Кислотность желудочного сока снижена. Рентгенологически - большая язва на малой кривизне желудка. Решение какого вопроса является основным в данном случае?**

- а) похожа ли клиника на рефлюксную болезнь пищевода;
- б) какой вариант ваготомии показан в данном случае;
- в) похожа ли клиника на синдром Золингера-Элиссона;
- г) показана ли в данной ситуации операция - гастрэктомия;
- д) злокачественная или доброкачественная эта язва.

39. **При язве желудка небольших размеров правильным будет:**

- а) периодический рентгенологический контроль за состоянием язвы;
- б) оперативное лечение, если в течение 3 месяцев эпителизация язвы на фоне консервативной терапии не произойдет;
- в) повторная гастроскопия и лечение в зависимости от ее результатов;
- г) длительное консервативное лечение;
- д) немедленная операция – резекция желудка.

40. Наиболее рациональной операцией при язве желудка является:

- а) резекция желудка;
- б) антрумрезекция;
- в) селективная проксимальная ваготомия;
- г) ваготомия и пилоропластика;
- д) иссечение язвы.

41. Что вызывает исчезновение печеночной тупости при прободной язве желудка?

- а) вздутие кишечника;
- б) высокое стояние диафрагмы;
- в) интерпозиция кишечных петель между печенью и брюшной стенкой;
- г) наличие свободного газа в брюшной полости;
- д) наличие жидкости в брюшной полости.

42. Мужчина 29 лет поступил в приемный покой с жалобами на слабость: в анамнезе ночные и «голодные» боли в течение 5 лет с сезонными обострениями. Ранее не обследовался и не лечился. Кожные покровы бледные, влажные, тахикардия, АД 90/70 мм рт. ст. ЦВД-3 см вод, ст. Гематокрит-20%. Во время осмотра повторно была рвота со сгустками крови. После проведения гемостатической и инфузионной терапии гемодинамика стабилизировалась, но через час отмечен повторный коллапс. Ваш предварительный диагноз:

- а) синдром Меллори-Вейса;
- б) геморрагический гастрит;
- в) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, кровотечение из язвы;
- г) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода;
- д) острый лейкоз.

43. Определите тактику ведения этого больного:

- а) экстренная операция;
- б) продолжать инфузионную и гемостатическую терапию;
- в) осуществить гипотермию желудка;
- г) провести эзофагогастроскопию для уточнения диагноза и решения вопроса об операции;
- д) провести рентгенологическое исследование желудка.

44. Что определяет характер оперативного вмешательства при прободной язве желудка?

- а) возраст больного;
- б) локализация перфоративного отверстия;
- в) степень выраженности явлений перитонита;
- г) срок с момента перфорации;
- д) все выше перечисленное.

Ответы на тесты

1 - а; 2 - а; 3 - г; 4 - б; 5 - б; 6 - г; 7 - г; 8 - а; 9 - б; 10 - д; 11 - б; 12 - г; 13 - в; 14 - в; 15 - б; 16 - в; 17 - д; 18 - г; 19 - д; 20 - а; 21 - в; 22 - в; 23 - а; 24 - в; 25 - д; 26 - д; 27 - в; 28 - г; 29 - д; 30 - б; 31 - а; 32 - б; 33 - в; 34 - д; 35 - в; 36 - б; 37 - а; 38 - д; 39 - б; 40 - а; 41 - г; 42 - в; 43 - г; 44 - д

2.3. Список ситуационных задач.

Задача № 1

Больной З., 37 лет, поступил в клинику с жалобами на разлитые тупые приступообразные боли в животе, стул до 20 раз в сутки с примесью крови, слизи и гноя.

Из анамнеза: считает себя больным около 2 лет. Обострения заболевания в течение этих лет в весенне-осенний период, начинались с появления боли в животе, повышения температуры тела; сопровождались учащением стула, с примесью слизи, затем гноя, затем крови. Лечился в периоды обострений в стационаре. В периоды предыдущих обострений стул до 4-6, а иногда и 10 раз в сутки.

При поступлении общее состояние тяжелое. Питание резко снижено. Вес – 65 кг. Рост – 178 см. Кожные покровы бледные, влажные. Костно-суставной аппарат – локтевые, коленные суставы при осмотре: отек периартикулярных тканей, ограничение активных движений. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, ЧДД – 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 112 в мин, АД – 100/60 мм рт ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный по ходу утолщенной и малоподвижной сигмовидной, нисходящей ободочной кишки. Область почек не изменена. Пальпаторно болезненность не определяется. Мочиспускание свободное, суточный диурез снижен (400 мл). При ректоскопии: отек, гиперемия слизистой и гнойный налет, крипт - абсцессы, при контакте обнажаются язвы. При рентгенологическом исследовании - глубокие язвенные поражения на всем протяжении прямой кишки и левой половины толстой кишки до дистальной трети поперечноободочной кишки. Вся пораженная часть расширена, имеет второй контур.

Анализ крови: Hb - 64 г/л; эритроциты - $2,8 \times 10^{12}$, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - $10,9 \times 10^9$, э–0, п–4, с–75, л–19, м–2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч. *Анализ мочи:* соломенно-желтая; прозрачная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – отрицательно; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 2-3; эпителий плоский – 4-8 в поле зрения.

Биохимический анализ: общий билирубин - 17,8 мкмоль/л, прямой - 12,3 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 0,6 ммоль/л; AST-0,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 8,0 ммоль/л; креатинин – 109 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.

Больному назначено консервативное лечение, однако усилились боли в животе, увеличилась частота и интенсивность тенезмов, стул участился, последние дефекации фекалоидными массами цвета «мясных помоев».

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, определите форму клинического течения заболевания.
2. Перечислите этапы диагностической программы, обоснуйте их.
3. Сформулируйте план консервативной терапии, ее объем.
4. Определите тактику лечения пациента.
5. Какое осложнение развилось у больного?
6. Какова тактика лечения больного при развившемся осложнении?
7. Каков прогноз лечения больного?

Задача № 2

Больная Б., 75 лет, поступила в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на постоянные, интенсивные боли внизу живота и в левой подвздошной области.

Заболевание началось за 8 часов до обращения с появления острых болей в левой подвздошной области, переместившимися через 2-3 часа вниз живота. Отмечает, что в течение последних 7-8 суток была задержка стула, дефекация лишь при постановке очистительной клизмы, которую выполняла за этот период дважды. Беспокоили боли в левой подвздошной области. Также отмечает периодическое появление прожилок крови в каловых массах. Снижения сна, аппетита за последнее время не было. Перенесла в детстве аппендэктомию. Год назад была обследована амбулаторно, в связи с хроническими запорами. Из амбулаторной карты следует, что при ирригоскопии выявлен дивертикулез ободочной кишки с преимущественным поражением сигмовидной кишки.

При поступлении больная правильного телосложения, повышенного питания кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Перкуторно над легкими определяется легочной звук с коробочным оттенком, аускультативно - дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД-160 и 90 мм рт ст, пульс 96 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык сухой. Живот увеличен в объеме за счет подкожножирового слоя, равномерно вздут, левая его половина отстает в акте дыхания, напряжена. В левой половине живота определяется симптом Щеткина – Блюмберга. Кишечные шумы ослаблены. Газы не отходят. При ректальном пальцевом исследовании отмечена болезненность брюшины, органических изменений не обнаружено. Область почек не изменена. Пальпаторно болезненность не определяется. Мочиспускание свободное, суточный диурез снижен (800 мл).

Анализ крови: Hb - 110 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - $10,9 \times 10^9$, э–0, п–4, с–75, л–19, м–2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

Анализ мочи: соломенно-желтая; прозрачная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – отрицательно; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 2-3; эпителий плоский – 4-8 в поле зрения.

Биохимический анализ: общий билирубин - 17,8 мкмоль/л, прямой - 12,3 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 0,6 ммоль/л; AST-0,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 8,0 ммоль/л; креатинин – 109 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.

Вопросы:

1. Какие заболевания можно заподозрить и какое развилось осложнение?
2. Обоснуйте вероятный диагноз.
3. Составьте диагностический алгоритм.
4. Какова тактика лечения пациентки?
5. При необходимости оперативного вмешательства, определите его объем.
6. Прогноз лечения.
7. Программа реабилитации.

Задача № 3

Больной С., 34 лет обратился с жалобами на острые боли в области заднего прохода, наличие опухолевидных болезненных образований в области ануса.

Со слов больного заболел остро, за сутки до обращения. Накануне заболевания употреблял алкоголь с острой закуской. В анамнезе отмечает периодические боли в области заднего прохода, провоцирующиеся приемом спиртных напитков, физической нагрузкой, запорами. В периоды обострений отмечает кровотечения при дефекации, кровь на поверхности каловых масс. В периоды ремиссии после дефекации прибегает к ручному вправлению округлых опухолевидных малобезболезненных образований. Работает водителем. Подобная симптоматика на протяжении последних 4 – 5 лет, учащение болей и кровотечений в последний год.

При осмотре: При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Питание нормальное. Вес – 85 кг. Рост – 178 см. Кожные покровы бледные влажные. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет, ЧДД – 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 88 уд в мин, АД – 110/70 мм рт ст. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезнен над лоном. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицателен. Область почек не изменена. Пальпаторно болезненности не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 1200 мл. Обращает на себя внимание осторожность движений, вынужденное положение при попытке сесть.

St.localis: в перианальной области при наружном осмотре отмечаются в виде венчика плотные напряженные синюшно-багрового цвета узлы, на геморроидальном узле на 11-часах участок эрозии, покрытый фибрином. Пальпация резко болезненна. Пальцевое исследование невозможно из-за боли.

Анализ крови: Hb - 110 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - $10,9 \times 10^9$, э–0, п–4, с–75, л–19, м–2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ– 26 мм/ч.

Анализ мочи: соломенно-желтая; прозрачная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – отрицательно; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 2-3; эпителий плоский – 4-8 в поле зрения.

Биохимический анализ: общий билирубин - 17,8 мкмоль/л, прямой - 12,3 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 0,6 ммоль/л; AST-0,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 8,0 ммоль/л; креатинин – 109 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.

Вопросы:

1. Какое заболевание у пациента?
2. Дайте развернутый диагноз заболевания, охарактеризуйте его.
3. Какое осложнение развилось у больного?
4. Определите объем исследования.
5. Сформулируйте лечебный алгоритм.
6. Прогноз лечения больного.
7. Программа реабилитации.

Задача № 4

Больной П., 28 лет, поступил с жалобами на острые боли в промежности, тенезмы, повышение температуры тела до 38-39⁰С, слабость.

Из анамнеза удалось выяснить, что заболел около 5 дней назад, когда появились тупые, давящие боли в промежности, субфебрильная температура, снижение аппетита, слабость. Последующие дни боли стали более интенсивными, отмечает появление тенезмов и умеренные боли внизу живота. За последние двое суток лихорадка достигла 38-39⁰С, сопровождалась проливным потом, слабостью. Из сопутствующих заболеваний – страдает хроническим геморроем второй степени с обострением заболевания в среднем один раз в шесть месяцев.

При обследовании: общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, с серым оттенком. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД–20, пульс 98 уд/мин, АД–120/80 мм рт ст. Язык чистый влажный. Живот мягкий, слегка болезненный над лоном. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицателен. Область почек не изменена. Пальпаторно болезненности не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 1200 мл.

В перианальной области на 3-5 часах имеется припухлость, легкая гиперемия кожи. При пальпации болезненность и инфильтрация тканей без четких границ. При пальцевом исследовании умеренная боль, на 3-5 часах

определяется инфильтрат, размягчение. При аноскопии: внутренние геморроидальные узлы до 1,5 см на 3-7-11 часах. Слизистая анального канала слегка гиперемирована, узлы синюшного цвета.

Анализ крови: Hb - 110 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - $15,9 \times 10^9$, э–0, п–24, с–55, л–19, м–2; тромбоцитов – $175,0$; СОЭ– 26 мм/ч.

Анализ мочи: соломенно-желтая; прозрачная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – отрицательно; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 2-3; эпителий плоский – 4-8 в поле зрения. *Биохимический анализ:* общий билирубин - 17,8 мкмоль/л, прямой - 12,3 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 0,6 ммоль/л; AST-0,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 8,0 ммоль/л; креатинин – 109 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.

Вопросы:

1. Какое заболевание у пациента?
2. Определите по клиническим данным форму заболевания.
3. Сформируйте диагностическую программу.
4. Определите тактику лечения.
5. Прогноз заболевания.
6. Выберите оптимальный способ ведения больного послеоперационном периоде, сроки проведения радикального вмешательства.
7. Программа реабилитации.

Задача № 5

Больная Б., 34 лет доставлена в экстренном порядке каретой скорой помощи с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, вздутие живота, неотхождение стула и газов через 12 часов с момента начала заболевания.

Из анамнеза выяснено, что на протяжении последних 5 лет лечилась неоднократно в терапевтических отделениях. В периоды обострения болезни отмечает приступы болей в животе схваткообразного характера, метеоризм, учащение стула до 4-6 раз. При обострении каловые массы кашицеобразной консистенции с примесью слизи, крови, гноя. На фоне консервативной терапии состояние улучшалось, в периоды ремиссии получала поддерживающую профилактическую терапию. Отмечает прогрессирование заболевания, учащение приступов. Настоящее обострение связывает с погрешностью в диете (обильный прием пищи). Также имеет место похудание на 12 кг за последние полгода.

При поступлении состояние средней тяжести, кожные покровы бледные сухие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД-18. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 96, АД-110/70. Язык обложен зеленоватым налетом, сухой. Живот асимметричен, за счет выбухания правой половины, вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется инфильтрат, занимающий правую подвздошную область, болезненный при пальпации. Перистальтика активная. Газы не отходят. Стул был жидкий, со слизью, гноем, прожилками крови. Область почек не изменена. Пальпаторно болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез снижен (800 мл).

При пальцевом ректальном осмотре тонус сфинктера ослаблен, в ампуле прямой кишки следы кала, гноя, слизи, крови. При ректоскопии слизистая прямой кишки не изменена.

Анализ крови: Hb- 96 г/л; эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$, гематокрит – 28%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - $15,9 \times 10^9$, э–0, п–24, с–55, л–19, м–2; тромбоцитов – $175,0$; СОЭ– 26 мм/ч.

Анализ мочи: соломенно-желтая; прозрачная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – отрицательно; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 2-3; эпителий плоский – 4-8 в поле зрения.

Биохимический анализ: общий билирубин – 30,4 мкмоль/л, прямой - 12,3 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 0,6 ммоль/л; AST-0,4 ммоль/л; общий белок - 40 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 8,0 ммоль/л; креатинин – 109 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно поставить больному на основании клиники и анамнеза заболевания?
2. Какое осложнение развилось у больной?
3. Какие методы исследования могут подтвердить ваше предположение?
4. Сформулируйте лечебно-диагностический алгоритм.
5. Определите тактику лечения.
6. Прогноз заболевания.
7. Программа реабилитации.

Задача № 6

Больная К., 42 лет. Поступила с жалобами на тошноту, рвоту кровью темно-вишневого цвета, общую слабость, головокружение, потерю сознания, периодические жгучие боли в правом подреберье, похудание, увеличение живота в объеме.

Больна в течение 5 лет. Начало заболевания связывает с перенесенным в послеродовом периоде гепатитом. В последующие годы беспокоили периодические боли в правом подреберье, провоцирующиеся приемом жирной пищи, тошнота. При некотором ухудшении самочувствия появлялась иктеричность кожи и склер, регрессирующая в течение 1-2 недель. В последнее время боли носят постоянный тупой, ноющий характер, присоединилась тошнота, метеоризм, увеличение живота в объеме. За 4 часа до поступления появилась тошнота, двукратно рвота кровью, слабость. Отмечает кратковременную потерю сознания. Доставлена каретой скорой помощи.

При поступлении: общее состояние тяжелое. Кожные покровы слегка бледные, с желтушным оттенком, сухие. Тургор кожи снижен, имеются участки петехиальных кровоизлияний. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, дыхание в нижних боковых отделах ослаблено, ЧДД-22 в мин, ЧСС-98 уд в мин. АД-100/60 мм рт ст. Язык сухой, обложен у корня бурым налетом. Живот при осмотре округлый, несколько увеличен в объеме. При пальпации мягкий, определяется край печени, выступающий на 12 см ниже реберной дуги, округлый бугристый, умеренно болезненный при исследовании. Селезенка выступает из-под реберного края на 8 см. По средней линии на передней брюшной стенке видна широкая извитая вена. Перистальтика вялая. При перкуссии притупление в отлогих местах. При ректальном осмотре тонус сфинктера удовлетворительный, передняя стенка прямой кишки нависает в просвет прямой кишки, безболезненна. На перчатке кал черного цвета.

Анализ крови: Нв- 100 г/л; эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$, гематокрит – 28%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - $6,9 \times 10^9$, э–0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

Анализ мочи: соломенно-желтая; прозрачная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – 0,067; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 2-3; эпителий плоский – 4-8 в поле зрения; оксалаты - +++.

Биохимический анализ: общий билирубин - 64,8 мкмоль/л, прямой - 32,3 мкмоль/л; тимоловая проба – 2,0 ед; АЛТ- 2,6 ммоль/л; АСТ-1,4 ммоль/л; общий белок - 56 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 18,0 ммоль/л; креатинин – 179 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 268 ммоль/л.

При ФГДС: пищевод свободно проходим. Начиная с границы средней и нижней трети пищевода, гиперемия, контактная кровоточивость, в просвет пищевода пролабируют варикозно расширенные вены пищевода. Слизистая на поверхности варикозных узлов истончена, имеются надрывы слизистой с умеренной кровоточивостью. В кардии отек, гиперемия, множественные варикозно расширенные вены.

Рентгеноскопия: пищевод расширен, в нижней трети его определяются варикозно расширенные вены. На спленопортограмме контрастируется резко расширенная умбиликальная вена. На цилиакограмме обеднение артериального рисунка печени, расширенная селезеночная артерия.

При УЗИ: печень увеличена, структура неоднородная, внутрпеченочные протоки не расширены, холедох 1,0 см. Поджелудочная железа: головка 20 мм, тело и хвост не лоцируются. Желчный пузырь размером 8 x 4 см. Стенка пузыря 0,2 см, атоничен. В брюшной полости большое количество (до 1000мл) жидкости.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Сформулируйте диагностический алгоритм.
3. Определите тактику лечения.
4. Обоснуйте принципы консервативной терапии.
5. Какими будут показания к операции?
6. Прогноз заболевания.
7. Программа реабилитации.

Задача № 7

Больной З., 47 лет, доставлен в экстренном порядке каретой скорой помощи с жалобами на боли в верхней половине живота, тошноту, позывы на рвоту, слабость, головокружение.

Болеет в течение суток. Со слов родственников последние 4 дня принимал в большом количестве спиртные напитки. За сутки до поступления была многократная рвота съеденной пищей, желудочным содержимым с примесью желчи, в последующем в рвотных массах появились прожилки крови. После рвоты появились боли в верхней половине живота, изжога. За 3 часа до поступления рвота «кофейной гущей» с примесью свежей крови. Был однократно кашицеобразный стул черного цвета. Появилась слабость, головокружение. Упал в обморок, в связи с чем родственники вызвали «скорую помощь».

При обследовании: Общее состояние больного средней степени тяжести. Кожный покров бледный, влажный. В легких по всем полям жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы. ЧДД 18 в мин, ЧСС 110 в мин, АД 100/70 мм рт ст. Язык сухой, обложен зелено-коричневым налетом. Живот участвует в акте дыхания. При пальпации

болезненный, умеренно напряжен в эпигастрии, перистальтика активная, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. Область почек не изменена, при пальпации болей нет. Мочеиспускание свободное, рези нет.

Per rectum: тонус сфинктера хороший, в ампуле прямой кишки – остатки каловых масс, кашицеобразной консистенции, на перчатке кал черного цвета.

Алкогольный статус: больной возбужден, изо рта запах алкоголя, в позе Ромберга неустойчив, пальце-носовую пробу выполняет неуверенно.

Анализ крови: Hb - 82 г/л; эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$, гематокрит – 28%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - $4,9 \times 10^9$, э–0, п- 4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 18 мм/ч.

Анализ мочи: соломенно-желтая; мутная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – отрицательно; эритроциты – 3-4; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-15; эпителий плоский – сплошь в поле зрения; бактерии +++++. *Биохимический анализ:* общий билирубин - 30,8 мкмоль/л, прямой - 12,3 мкмоль/л; тимоловая проба – 2,0 ед; ALT- 1,6 ммоль/л; AST-0,8 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 28,0 ммоль/л; креатинин – 289 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.

ФГДС: пищевод свободно проходим. Начиная с границы средней и нижней трети пищевода гиперемия, контактная кровоточивость, в кардии - отек, гиперемия, раны слизистой 1,3-1,5 см с умеренной кровоточивостью из ран; слизистая желудка отечна, складки расправляются с трудом, множественные эрозии, сливающиеся между собой.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Сформулируйте диагностический алгоритм.
3. Определите тактику лечения больного.
4. Показания к оперативному вмешательству.
5. Перечислите современные способы консервативного лечения, охарактеризуйте каждый из них.
6. Прогноз заболевания.
7. Программа реабилитации.

Задача № 8

Больной В., 42 лет, поступил в плановом порядке с жалобами на периодические спазматические боли в животе, наличие примеси крови в каловых массах, вздутие живота, снижение веса.

Болен в течение длительного времени. Симптоматика заболевания скудная: периодические боли в животе, метеоризм, склонность к неустойчивому стулу, примесь крови в небольшом количестве в каловых массах. Ранее не обследовался, не лечился. Отмечает, что отец и младший брат болеют сходно. Отец умер 3 года назад. После смерти отца на вскрытии обнаружен диффузный полипоз толстой кишки, с малигнизацией полипов в нисходящей ободочной кишке и развитием кишечной непроходимости. В течение последних 6 месяцев состояние ухудшилось, участились приступообразные, спастические боли в левой половине живота, метеоризм более стойкий. Увеличилась примесь крови в каловых массах. Отмечает снижение аппетита, похудел на 8 килограмм. Обследован амбулаторно, направлен в хирургическое отделение.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, сухие рассеянные хрипы по всем полям, ЧДД 16 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС - 78 мин, АД - 140/90 мм рт ст. Язык - чистый, влажный. Живот - округлый, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, ободочная кишка определяется справа в виде эластичного тяжа, спазмирована, болезненна. Перистальтика активная. Область почек не изменена. Пальпаторно болезненность не определяется. Мочеиспускание - свободное, суточный диурез 1400 мл.

При ректальном пальцевом осмотре тонус сфинктера хороший, в ампуле прямой кишки нечетко определяются множественные полиповидные образования 0,5-2,5 см, занимающие большую площадь ампулы.

По данным рентгенологического исследования, проведенного амбулаторно, при ирригоскопии выявлены множественные дефекты наполнения по всей длине прямой и ободочной кишки.

Анализ крови: Hb- 110 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - $4,9 \times 10^9$, э–0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 46 мм/ч.

Анализ мочи: соломенно-желтая; прозрачная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – отрицательно; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-18; эпителий плоский – сплошь в поле зрения.

Биохимический анализ: общий билирубин - 17,8 мкмоль/л, прямой - 12,3 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 0,6 ммоль/л; AST-0,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 8,0 ммоль/л; креатинин – 109 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить у больного?

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.
3. Сформулируйте диагностический алгоритм.
4. Специалисты, какого профиля должны быть привлечены к обследованию больного.
5. Тактика лечения.
6. Виды операций при данном заболевании.
7. Прогноз заболевания.
8. Программа реабилитации.

Задача № 9

Больная Г., 46 лет. Доставлена каретой скорой помощи с жалобами на кровавую рвоту, дегтеобразный стул, слабость, головокружение.

Из анамнеза известно, что 20 лет назад перенесла болезнь Боткина. В последующие годы беспокоили тупые боли в правом подреберье, приступ тошноты, желтуха волнообразного течения. 10 лет назад оперирована по поводу желудочно-кишечного кровотечения. Объем операции спленэктомия. Настоящее ухудшение состояния за 2 часа до поступления. В ночное время появились распирающие, тупые боли за грудиной и в эпигастрии, появилась тошнота, рвота кровью темно вишневого цвета, слабость, головокружение. Доставлена каретой скорой помощи.

При обследовании состояние больной тяжелое, кожные покровы бледные с желтушным оттенком. В легких дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах, единичные сухие хрипы, ЧДД-20 мин. Тоны сердца глухие, ритмичные ЧСС-98 уд в мин, АД 100/60 мм рт ст. Язык сухой, обложен грязно коричневым налетом изо рта «печеночный запах». Живот округлый, увеличен в объеме, равномерно вздут. При пальпации - живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край закруглен, нечетко определяется бугристость ткани печени. Желчный пузырь не пальпируется. Перистальтика активная. Область почек не изменена. Пальпаторно болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 300 мл.

При ректальном осмотре тонус сфинктера хороший, в просвете прямой кишки полужидкие каловые массы, на перчатке следы дегтеобразного кала.

Анализ крови: Нв- 64 г/л; эритроциты – $2,0 \times 10^{12}$, гематокрит – 26%; цветной показатель – 0,8; лейкоциты - $3,9 \times 10^9$, э-0, п-24, с-55, л-19, м-2; тромбоцитов – $175,0$; СОЭ- 26 мм/ч.

Анализ мочи: желтая; мутная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – 0,067 г/л; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-18; эпителий плоский – сплошь в поле зрения; оксалаты - +++; бактерии - +++.

Биохимический анализ: общий билирубин - 64,8 мкмоль/л, прямой - 32,3 мкмоль/л; тимоловая проба – 2,0 ед; АЛТ- 2,6 ммоль/л; АСТ-1,4 ммоль/л; общий белок - 46 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 38,0 ммоль/л; креатинин – 379 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 268 ммоль/л.

При УЗИ: печень увеличена, структура неоднородная, внутрпеченочные протоки не расширены, холедох 1,0 см. Поджелудочная железа: головка 20 мм, тело и хвост не лоцируются. Желчный пузырь размером 8 х 4 см. Стенка пузыря 0, 2 см, атоничен. В брюшной полости большое количество (до 1000мл) жидкости

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования должны быть применены для установления клинического диагноза?
3. Тактика лечения больного.
4. Способы консервативного лечения, обоснуйте базовую программу.
5. Показания к оперативному лечению.
6. Прогноз заболевания.
7. Программа реабилитации.

Ответы на тесты

1 - д; 2 - б; 3 - г; 4 - г; 5 - г; 6 - д; 7 - в; 8 - д; 9 - б; 10 - в; 11 - д; 12 - д; 13 - г; 14 - д; 15 - г; 16 - в; 17 - д; 18 - д; 19 - в; 20 - а; 21 - г; 22 - д; 23 - г; 24 - в; 25 - в; 26 - в; 27 - в; 28 - в; 29 - а; 30 - б; 31 - б; 32 - в; 33 - д; 34 - в; 35 - в; 36 - г; 37 - г; 38 - в; 39 - г; 40 - г; 41 - б; 42 - д; 43 - д; 44 - а; 45 - г; 46 - д;

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения, характеризующих этапы формирования компетенций, описание шкал оценивания

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

1. Оценка фронтального опроса

Рекомендации по оцениванию фронтального опроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Фронтальный опрос	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программно материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной	Хорошо

		<p>деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и</p> <p>способному самостоятельно их исправить.</p>	
		<p>заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.</p>	Удовлетворительно
		<p>выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.</p>	Неудовлетворительно

2. Оценка ситуационных задач

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не исказившие содержание ответа.

46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

3. Рекомендации по оцениванию рефератов

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Критерии оценки реферата

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Контрольная работа.

Рекомендации по оцениванию презентаций

Создание презентации предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы (клинического случая).

Критерии оценки

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и созданию презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к созданию презентации и ее защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем презентации; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к созданию презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в создании презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема презентации не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Рекомендации по оцениванию теоретического вопроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный ответ	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала	Отлично

ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программногo материала.	
	заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо
	заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
	выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

Рекомендации по оцениванию тестовых заданий:

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	90 – 100%
Хорошо	80 – 89,9%
Удовлетворительно	70 – 79,9%
Неудовлетворительно	от 0% до 69,9%

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не искажившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

Схема итогового оценивания ответа при промежуточном контроле (экзамен).

Задания в билете	Проверяемые компетенции	Оценка	Набранные баллы
Теоретический вопрос	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Тестовый контроль	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Практическое задание (ситуационная задача)	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Общая оценка	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	отлично	14-15
		хорошо	12-13
		удовлетворительно	9-11
		неудовлетворительно	6-8

Вывод: В результате выполнения заданий: теоретический опрос, решение тестового контроля и ситуационных задач по предложенным темам сформированы следующие компетенции: УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12