

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Задорожная Людмила Ивановна
Должность: Проректор по учебной работе
Дата подписания: 20.01.2023 01:37:06
Уникальный идентификатор:
faa404d1aeb2a023b5f4a331ee5ddc540496512d

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Майкопский государственный технологический университет»

Факультет _____ Лечебный _____

Кафедра _____ Госпитальной хирургии и последипломного образования _____



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	Б1.Б.26.02 Хирургические болезни <small>(наименование дисциплины)</small>
По направлению подготовки (специальности)	31.05.03 Стоматология <small>(код и наименование специальности)</small>
По профилю подготовки Квалификация (степень) выпускника	Стоматология Врач - стоматолог <small>(наименование квалификации)</small>
Программа подготовки	Специалитет
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2019

Майкоп

Рабочая программа составлена на основе ФГОС ВО и учебного плана МГТУ по направлению 31.05.03 Стоматология

Составители рабочей программы:

Профессор, д.м.н.,
(должность, ученое звание, степень)


(подпись)

Болоков М.С.
(Ф.И.О.)

Рабочая программа утверждена на заседании кафедры

Госпитальной хирургии и последипломного образования

(наименование кафедры)

Заведующий кафедрой

«15» мая 2019 г.


(подпись)

Болоков М.С.
(Ф.И.О.)

Председатель
учебно-методического
совета направления (специальности)
(где осуществляется обучение)



(подпись)

Шовгенов В.Б.
(Ф.И.О.)

Декан факультета
(где осуществляется обучение)
«15» мая 2019 г.



(подпись)

Шовгенов В.Б.
(Ф.И.О.)

СОГЛАСОВАНО:
Начальник УМУ
«15» мая 2019 г.



(подпись)

Чудесова Н.Н.
(Ф.И.О.)

Зав. выпускающей кафедрой
по направлению (специальности)



(подпись)

Шовгенов В.Б.
(Ф.И.О.)

1. Цели и задачи освоения дисциплины

Цель преподавания дисциплины «*Б1Б.26.02 Хирургические болезни*» студентам по специальности «*31.05.03 Стоматология*»: получение знаний по этиологии, патогенезу, клинической картине и диагностике хирургических заболеваний, методам лечения и профилактики. развивать клиническое мышление, воспитывать профессионально значимые качества личности.

Задачи преподавания:

1. обучить студентов собирать анамнез, проводить общеклиническое обследование больных с хирургическими заболеваниями, анализировать данные клинического обследования;
2. формировать умение анализировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования;
3. формировать клиническое мышление студентов;
4. обучить выполнению распространенных врачебных манипуляций;
5. обучить навыкам оказания первой врачебной помощи при острых хирургических заболеваниях;
6. дать знания об этиологии, патогенезе и клинических проявлениях заболеваний и
7. получить навыки оказания квалифицированной врачебной помощи и осуществлению профилактики неотложных состояний и осложнений

2. Место дисциплины в структуре ОП

Дисциплина «Хирургические болезни» входит в перечень дисциплин базовой части по специальности «Стоматология» высшего медицинского образования, изучается в VI семестре. Ее роль в общей системе подготовки врача является одной из ведущих. Она определяет уровень знаний и практических навыков, которыми оценивается общая квалификация врача – специалиста. Обучение «Хирургическим болезням» предполагает наличие у студентов интегрированных знаний доклинических и клинических дисциплин: **Биохимия Микробиология; Нормальная анатомия; Топографическая и оперативная хирургия; Пропедевтика внутренних болезней; Общая хирургия; Нормальная физиология; Патологическая физиология; Патологическая анатомия; Фармакология; Латинский язык.**

3. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы.

В процессе освоения дисциплины у студента формируются компетенции и трудовые навыки:

- ✓ Способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- ✓ готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания (ПК-5);
способность к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями (ПК-8)

Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю) – знания, умения и навыки и (или) опыт деятельности:

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	Знать	Уметь	Владеть
1.	ПК-1	Способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье чело-века факторов среды его обитания	<ul style="list-style-type: none"> ✓ этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний; ✓ социальную роль физической культуры в развитии личности и подготовке ее к профессиональной деятельности; ✓ здорового образа жизни; ✓ основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения; ✓ комплексную взаимосвязь между стоматологическим здоровьем, питанием, общим здоровьем, заболеваниями; ✓ понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, применение в медицине ✓ научные принципы стерилизации, дезинфекции 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ проводить с больными и их родственниками профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды; ✓ пропагандировать здоровый образ жизни; ✓ проводить работу по пропаганде стоматологического здоровья, направленную на предупреждение наследственных и врожденных заболеваний; ✓ разбираться в вопросах физической культуры, применяемой в целях профилактики и лечения; ✓ использовать методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины), устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья (в том числе стоматологического) от воздействия факторов среды 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ методами организации первичной профилактики стоматологических заболеваний в любой возрастной группе, формирования мотивации к поддержанию стоматологического здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек, влияющих на состояние полости рта; ✓ оценками состояния стоматологического здоровья населения различных возрастно-половых групп; ✓ методами организации первичной профилактики стоматологических заболеваний в любой возрастной группе, формирования мотивации к поддержанию стоматологического здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек, влияющих на состояние полости рта.

			<p>и антисептической обработки во избежание инфицирования при работе в стоматологической практике, структуру и функции иммунной системы, ее возрастные особенности, механизмы развития и функционирования, основные методы иммунодиагностики, методы оценки иммунного статуса и показания к применению иммуностропной терапии,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ основные тенденции проявления и уровень распространённости стоматологических заболеваний в стране; ✓ основы санитарного законодательства по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения; ✓ тератогенные факторы среды, влияющие на развитие пороков ротовой полости, классификацию паразитов и источники паразитарных 	<p>обитания;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья людей: формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий возникновения и развития заболеваний, а также устранение вредного влияния на здоровье факторов среды обитания; ✓ выявлять негативное воздействие внешних и внутренних факторов на состояние полости рта. 	
--	--	--	---	--	--

			заболеваний, природноочаговые болезни, меры личной профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний полости рта.		
2.	ПК-5	готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания	<ul style="list-style-type: none"> ✓ основные клинические проявления заболеваний кожи и подкожной клетчатки, челюстно-лицевой области, лор-органов, глаза и его придаточного аппарата, нервной системы, онкологической патологии, особенности их диагностики и наблюдения; ✓ современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных терапевтического, хирургического и инфекционного профиля; ✓ методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, слюнных желёз у пациентов у детей и взрослых; ✓ окклюзию, биомеханику зубочелюстной системы, гнатологию. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; ✓ сформулировать клинический диагноз; ✓ провести опрос больного, его родственников (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию); ✓ анализировать результаты рентгенологического обследования пациентов; ✓ интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и функциональной диагностики, термометрии для выявления патологических процессов в органах и системах пациентов; ✓ обосновать необходимость клинико-иммунологического обследования больного; ✓ собрать полный медицинский анамнез пациента, включая дан- 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ методикой чтения различных видов рентгенограмм; ✓ интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов разного возраста; ✓ навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного и инструментального обследования пациентов; -определением стоматологических индексов оценки состояния стоматологического здоровья населения различных возрастно-половых групп - клиническими методами обследования челюстно-лицевой области; ✓ методами диагностики и лечения кариеса, болезней пульпы и периодонта, заболеваний пародонта и слизистой рта у детей и взрослых в соответствие с нормативными документами ведения пациентов.

				<p>ные о состоянии полости рта и зубов;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ оценивать результаты лучевой и ультразвуковой диагностики, используемые в стоматологической практике. 	
ПК-8	<p>способность к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ методы диагностики, лечения и профилактики зубочелюстно-лицевых аномалий у детей и взрослых; ✓ особенности клинического течения одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и методы их лечения; ✓ методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний слизистой оболочки рта у пациентов у детей и взрослых; ✓ методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, слюнных желёз у пациентов у детей и взрослых; ✓ этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний, методы проведения неотложных мероприятий и показания 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ разработать план лечения с учётом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия при заболеваниях челюстно-лицевой области; ✓ разработать оптимальную тактику лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента; ✓ проводить лечение и профилактику кариеса, некариозных поражений твёрдых тканей зубов, с использованием методов эстетической реставрации зубов; ✓ применять методы асептики и антисептики, медицинский инструментарий, медикаментозные средства в лабораторно-диагностических и лечебных целях; ✓ проводить малотравматичное хирургическое вмешательство у пациентов любого возраста, включая удаление зуба и корня, 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи пострадавшим при неотложных и угрожающих жизни состояниях; ✓ методами комплексной терапии и реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями с учётом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии. 	

			<p>для госпитализации больных;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний; ✓ основные клинические проявления заболеваний кожи и подкожной клетчатки, челюстно-лицевой области, лор-органов, глаза и его придаточного аппарата, нервной системы, онкологической патологии, особенности их диагностики и наблюдения; ✓ клинические проявления основных синдромов, требующих хирургического лечения; ✓ -особенности оказания медицинской помощи при неотложных состояниях. 	<p>небольшие хирургические операции на мягких тканях, назначение лекарственных препаратов для закрепления результатов лечения;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств; ✓ определить состояние, требующее неотложной стоматологической и медицинской помощи, выходящей за рамки компетенции стоматолога общей практики, и немедленно обратиться к соответствующим специалистам осуществлять приемы реанимации и первой помощи при остановке сердца, анафилактическом шоке, закупорке верхних дыхательных путей, коллапсе, эпилептическом припадке, кровоизлиянии/кровотечении, вдыхании и проглатывании чужеродных тел, гипогликемии, диабетической коме или других экстренных ситуациях, которые могут иметь место в стоматологической практике. 	
--	--	--	--	---	--

4. Объем дисциплины и виды учебной работы

4.1 Общая трудоемкость дисциплины составляет 5 зачетных единиц (180 часов)

Вид учебной работы	Всего часов/з.е.	Семестры			
		6			
Аудиторные занятия (всего)	48,35/1,3	48,35/1,3			
В том числе:					
Лекции (Л)	14/0,4	14/0,4			
Практические занятия (ПЗ)	34/0,9	34/0,9			
Семинары (С)					
Лабораторные работы (ЛР)					
Контактная работа в период аттестации (КРАТ)	0,35/0,009	0,35/0,009			
Самостоятельная работа под руководством преподавателя (СРП)					
Самостоятельная работа студентов (СР) (всего)	96/2,67	96/2,67			
В том числе:					
Курсовой проект (работа)					
Расчетно-графические работы					
Реферат	19/0,5	19/0,5			
<i>Другие виды СРС (если предусматриваются, приводится перечень видов СРС)</i>					
1. Изучение разделов и тем дисциплины, вынесенных за рамки практических занятий.	40/1,1	40/1,1			
2. Оформление карт микроурации	18/0,5	18/0,5			
3. Оформление историй болезни	19/0,5	19/0,5			
Контроль (всего)	35,65/0,99	35,65/0,99			
Форма промежуточной аттестации: экзамен	экзамен	экзамен			
Общая трудоемкость	180/5	180/5			

5. Структура и содержание дисциплины

5.1. Структура дисциплины

№ п/п	Раздел дисциплины	Неделя семестра	Виды учебной работы, включая самостоятельную и трудоемкость (в часах)					Формы текущего контроля успеваемости (по неделям семестра) Форма промежуточной аттестации (по семестрам)	
			Л	С/ЛЗ	КРАТ	СРП	Контроль		СР
1.	Раздел 1: Заболевания органов пищеварения	1-17	8	28				32	Блиц-опрос, решение ситуационных задач, тестирование, вопросы к экзамену
2.	Раздел 2: Заболевания органов системы кровообращения. Заболевания сосудов	1-17	2	4				19	Блиц-опрос, решение ситуационных задач, тестирование, вопросы к экзамену
3.	Раздел 3: Заболевания молочной железы	1-17	2	2				20	Блиц-опрос, решение ситуационных задач, тестирование, вопросы к экзамену
4.	Раздел 4: Заболевания органов системы дыхания	1-17						13	Блиц-опрос, решение ситуационных задач, тестирование, вопросы к экзамену
5.	Раздел 5: Заболевания щитовидной железы	1-17	2					12	Блиц-опрос, решение ситуационных задач, тестирование, вопросы к экзамену
	Промежуточная аттестация	18			0,35		17,65		Экзамен в устной форме
	ИТОГО		14	34	0,35		17,65	96	

5.3. Содержание разделов дисциплины «Хирургические болезни»

Лекционный курс

№ п/п	Наименование раздела и темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
1.	<i>Острый аппендицит, осложнения острого аппендицита.</i>	2/0,05	Анатомо-физиологические сведения о слепой кишке и червеобразном отростке. Классификация острого аппендицита. Патолого-анатомические формы. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Особенности симптомов в зависимости от положения отростка. Особенности течения острого аппендицита у детей, беременных, стариков. Лечение. Сроки операции. Показания и противопоказания к аппендэктомии. Подготовка больных к операции, ведение послеоперационного периода. Аппендикулярный инфильтрат. Абсцесс пери-аппендикулярный, межкишечный, тазовый, поддиафрагмальный. Клиника различных осложнений, их диагностика и лечение. Значение санитарно-просветительной работы среди населения и организации скорой помощи в снижении осложнений и летальности при	ПК-1; ПК-5; ПК-8	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ клинические проявления острого аппендицита и его осложнений; ✓ методы клинического, лабораторного и инструментального обследования ✓ вопросы диспансеризации больных, реабилитации их и оценки трудоспособности. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз; ✓ определить группу крови больного; ✓ оценить результаты лабораторных исследований: анализов крови и мочи; биохимических тестов, коагулограммы, желудочной секреции; ✓ интерпретировать 	мультимедийная презентация

			остром аппендиците.		результаты инструментальных методов диагностики: гастродуоденоскопии, рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта, УЗИ. Владеть: ✓ навыками анализа данных общеклинического обследования, ✓ данных лабораторных и инструментальных методов исследования; ✓ составления плана клинического обследования хирургических больных; ✓ навыками выполнения наиболее распространенных врачебных манипуляций, ✓ оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях, выполнять	
2.	<i>Грыжи живота Осложнения грыж живота</i>	2/0,05	Определение понятия. Анатомические особенности скользящих грыж. Классификация. Частота. Общая симптоматика грыж. Диагностика. Методы консервативного и оперативного лечения. Принципы укрепления (пластики) грыжевых ворот. Причины рецидива грыж. Показания и противопоказания к	ПК-1; ПК-5; ПК-8	Знать: ✓ классификацию грыж; ✓ факторы, способствующие образованию грыж; ✓ основные клинические признаки грыж диафрагмы, возможные их осложнения. Уметь: ✓ собрать анамнез, применить способы и приемы	мультимедийная презентация

			<p>операции. Особенности операции при врожденной грыже. Предоперационная подготовка при больших грыжах. Ущемленная грыжа. Определение понятия. Виды ущемлений: ретроградное, пристеночное. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Особенности оперативной техники. Тактика при самопроизвольном и насильственном вправлении ущемленной грыжи. Воспаление грыжи. Невправимость грыжи. Копростаз.</p>		<p>осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз; ✓ составить план лабораторного и инструментального обследования больного для проведения дифференциальной диагностики и уточнения диагноза; ✓ измерить пульс и артериальное давление больного; ✓ оценить результаты специальных методов исследования; ✓ определить лечебную тактику. Владеть: ✓ навыками проведения диагностических и лечебных манипуляций при обнаружении или возникновении диафрагмальных грыж. ✓ навыками дифференциальной диагностики диафрагмальных грыж по этиологии, патогенезу, морфологическим признакам, локализации.</p>	
3.	Осложнения язвенной	2/0,05	Анатомо-физиологические сведения о желудке и 12 перстной	ПК-1; ПК-5; ПК-8	<p>Знать: ✓ клинические проявления</p>	

<p>болезни желудка и 12-перстной кишки (перфорация, кровотечения, стеноз, пенетрация)</p>		<p>кишке. Этиология и патогенез язво-образования. Патологоанатомические изменения. Сочетанная язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки. Классификации. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Принципы консервативного лечения. Показания к операции (абсолютные и относительные). Особенности лечения язв желудка в зависимости от локализации язвы. Виды операций: резекция желудка и ваготомия и их разновидности; “органосохраняющие” и пилоруссохраняющие</p> <p>Классификация, патологическая анатомия. Клиника (первичный шок, стадия мнимого благополучия, стадия разлитого перитонита). Диагностика и дифференциальный диагноз. Предпрободное состояние. Прикрытые и атипичные прободения. Особенности хирургической тактики. Оперативное лечение, виды операций и их зависимость от выраженности перитонита. Ведение послеоперационного периода.</p>	<p>осложненных форм язвенной болезни;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ классификацию патологических синдромов, возникающих после операций на желудке; ✓ методы клинического, лабораторного и инструментального обследования больных; ✓ вопросы диспансеризации больных, реабилитации их и оценки трудоспособности; <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз; ✓ определить тактику лечения в зависимости от диагностированного заболевания; ✓ составить план лабораторного и инструментального обследования больного для уточнения диагноза; ✓ оценить результаты лабораторных исследований; 	
---	--	---	---	--

					<ul style="list-style-type: none"> ✓ оценить результаты рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта, гастродуоденоскопии, УЗИ органов брюшной полости; ✓ интерпретировать результаты инструментальной диагностики: эзофагогастроскопии, компьютерной томографии; <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ методами общего клинического обследования пациентов с заболеваниями органов пищеварительного тракта; ✓ навыками выполнения зондирования желудка; ✓ навыками определения группы крови больного; ✓ алгоритмом постановки предварительного диагноза; ✓ навыками измерения пульса и артериального давления больного; ✓ навыками определения группы крови больного. 	
4.	<i>Острый холецистит. ПХЭС.</i>	2/0,05	Холецистэктомия как метод лечения желчнокаменной болезни. Постхолецистэктомический синдром: определение понятия. Причины. Клиника. Воспаление внут-	ПК-1; ПК-5; ПК-8	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ основные клинические проявления заболеваний печени и селезенки; ✓ клиническую анатомию 	мультимедийная презентация

			<p>рипеченочных желчных путей (холангит). Острый; хронический рецидивирующий; первичный склерозирующий холангиты. Халедохолия. Сужение БДС. Воспалительное поражение БДС (панелит). Диагностика. Лечение. Частота «пост-холецистэктомического синдрома». Профилактика.</p>	<p>портального кровообращения; ✓ классификацию форм портальной гипертензии; ✓ основные клинические проявления у больных с синдромом портальной гипертензии; ✓ классификацию ПХЭС; ✓ факторы, способствующие возникновению патологических расстройств после холецистэктомии; ✓ методы лабораторного и инструментального обследования, используемые при этих заболеваниях; Уметь: ✓ собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз; ✓ выявить симптомы, характерные для заболеваний печени и селезенки; ✓ оценить результаты лабораторных исследований крови и мочи, биохимических тестов печени, коагулограммы; ✓ интерпретировать</p>	
--	--	--	--	---	--

					<p>данные инструментальных методов диагностики: УЗИ, гастродуоденоскопии, компьютерной томографии, лапароскопии;</p> <p>✓ определить группу крови и провести пробы, связанные с гемотрансфузией.</p> <p>✓ определить тактику лечения больного.</p> <p>Владеть:</p> <p>✓ навыками составления плана минимального объема медицинской помощи пациентам с факторами риска развития заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей (холецистит, холангит, дискинезия желчевыводящих путей и желчного пузыря, желчнокаменная болезнь, опухоли желчного пузыря и желчевыводящих путей, постхолецистэктомический синдром);</p>	
5.	Заболевания щитовидной железы.	2/0,05	Анатомо-физиологические сведения о щитовидной железе. Определение понятия зоб. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. Определение понятия тиреотоксикоз.	ПК-1; ПК-5; ПК-8	<p>Знать:</p> <p>✓ классификацию заболеваний щитовидной железы;</p> <p>✓ основные клинические проявления наиболее часто встречающихся заболеваний;</p>	мультимедийная презентация

			<p>Классификация по степени тяжести и стадии развития. Клиника диффузного и узловых форм. Диагностика (Т3, Т4, ТСГ,). Показания к различным видам лечения. Предоперационная подготовка. Методы операций. Осложнения во время операции и ближайшем послеоперационном периоде.</p>		<p>✓ методы клинического, лабораторного и инструментального обследования больных с заболеваниями щитовидной железы; ✓ стадии рака щитовидной железы по международной классификации (Т N М) Уметь: ✓ собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз; ✓ оценить результаты лабораторных показателей: анализов крови и мочи, общего белка крови и его фракций, билирубина, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатина; ✓ интерпретировать данные специальных методов исследования. Владеть: ✓ навыками проведения осмотра больного; ✓ пальпации щитовидной железы, региональных лимфоузлов; ✓ определения симптомов тиреотоксикоза (триада Базеда);</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					глазные симптомы тиреотоксикоза; ✓ трактовка данных лабораторных исследований. ✓ трактовка данных УЗИ, радиоизотопного исследования, пункционной биопсии.	
6.	Варикозная болезнь. Осложнения. Антикоагулянтная терапия в хирургии.	2/0,05	Атеросклеротические поражения артерий. Патологическая анатомия. Формы облитерирующего атеросклероза (окклюзия позвоночной артерии, ветвей брюшной аорты, синдром Лериша, окклюзия бедренной и подколенной артерий). Клиника различных форм заболевания. Дифференциальный диагноз. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению. Методы определения проходимости глубоких вен, оценка состояния клапанного аппарата поверхностных и глубоких вен (функциональные пробы, флебография, ультразвуковое ангио сканирование). Показания и противопоказания к операции. Осложнения варикозного расширения вен (тромбофлебит, кровотечение, язва).	ПК-1; ПК-5; ПК-8	Знать: ✓ принципы организации ангиохирургической помощи населению; ✓ клинические признаки хронической венозной недостаточности; ✓ методы клинического и инструментального исследования, применяющиеся в диагностике заболеваний вен; ✓ общие принципы лечения больных с венозной патологией; ✓ основные клинические признаки артериальных тромбозов и эмболий; ✓ факторы, способствующие возникновению тромбозов и эмболий; ✓ методы клинического и инструментального обследования больных с сосудистыми заболеваниями. Уметь: ✓ собрать анамнез,	мультимедийная презентация

					<p>применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз;</p> <p>✓ составить план специального обследования больного для уточнения локализации и характера поражения сосуда;</p> <p>✓ выполнить пальпацию пульса на артериях верхних и нижних конечностей;</p> <p>✓ измерить артериальное давление на верхних и нижних конечностях;</p> <p>✓ оценить результаты инструментальных методов диагностики: реографии, ультразвуковой доплерографии, ангиографии;</p> <p>✓ определить хирургическую тактику.</p> <p>Владеть:</p> <p>✓ навыками проведения осмотра;</p> <p>✓ проведения проб на несостоятельность клапанов поверхностных вен.</p> <p>✓ на проходимость глубоких вен (Маршевая проба Дельбе-Пертеса);</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<ul style="list-style-type: none"> ✓ на выявление состоятельности клапанов коммуникантных вен (Трехжгутовая проба Шейниса); ✓ навыками обследования больного при тромбофлебитах; ✓ навыками трактовки данных показателей свертывающей системы крови. ✓ трактовки данных флебографии; ✓ трактовки данных УЗИ исследования. 	
7.	Заболевания молочной железы.	2/0,05	<p>Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Профилактика. Заболеваемость. Патологическая анатомия. Пути метастазирования. Клинические формы - узловые, диффузные, инфильтрирующие, рак Педжета, мастито подобный, роже подобный, панцирный. Классификация - международная и по стадиям. Принципы оперативного лечения. Показания к лучевой, гормональной и химиотерапии, овариотомии.</p>	ПК-1; ПК-5; ПК-8	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ клинические признаки заболеваний молочной железы; ✓ методы клинического и инструментального исследования, применяющиеся в диагностике заболеваний молочной железы; ✓ общие принципы лечения больных; ✓ факторы, способствующие возникновению заболеваний молочной железы; ✓ Стадии рака молочной железы по международной классификации (Т. N. М) <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ собрать анамнез, 	мультимедийная презентация

					<p>применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз;</p> <p>✓ составить план специального обследования и показания к лучевой, гормональной и химиотерапии.</p> <p>Владеть:</p> <p>✓ навыками проведения осмотра (симптом «лимонной корки», «умбиликации», асимметрия соска).</p> <p>✓ Навыками пальпации железы, лимфоузлов.</p> <p>✓ Трактовки данной маммографии, УЗИ, пункционной биопсии.</p>	
	ИТОГО	14/0,4				

5.4. Практические и семинарские занятия, их наименование, содержание и объем в часах

№ п/п	№ раздела дисциплины	Наименование практических и семинарских занятий	Объем в часах / трудоемкость в з.е.
1.	1	Знакомство с кафедрой. Диагностика, как научная дисциплина. Виды диагноза. Острый аппендицит. Осложнения острого аппендицита.	4/0,1
2.	1	Грыжи живота. Осложнения грыж живота	4/0,1
3.	1	ЖКБ, осложненная острым холециститом. ЖКБ, осложненная механической желтухой	4/0,1
4.	1	Острый панкреатит.	4/0,1
5.	1	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, осложнённая стенозом, пенетрацией и перфорацией	4/0,1
6.	1	Острая кишечная непроходимость. Классификация, этиология, патогенез, клиника, лечения.	4/0,11
7.	2	Варикозная болезнь. Облитерирующие заболевания нижних конечностей.	4/0,11
8.	1	Малая проктология, (Геморрой, ЭКХ, свищи и т.д.)	4/0,11
9.	3	Заболевания молочной железы	2/0,05
ИТОГО			34/0,9

5.5 Лабораторные занятия, их наименование и объем в часах

Лабораторные занятия не предусмотрены учебным планом.

5.6. Примерная тематика курсовых проектов (работ)

Курсовой проект (работа) учебным планом не предусмотрен.

5.7. Самостоятельная работа студентов

5.7.1. Содержание и объем самостоятельной работы студентов

№ п/п	Разделы и темы рабочей программы самостоятельного изучения	Перечень домашних заданий и других вопросов для самостоятельного изучения	Сроки выполнения	Объем в часах / трудоемкость в з.е.
1.	Тема: Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.	* конспектирование доп. учебной литературы, * оформление историй болезни; * курация больных	6 сем.	8/0,22
2.	Тема: Язвенная болезнь желудка	* конспектирование доп. учебной литературы, * курация больных	6 сем.	8/0,22
3.	Тема: Кисты поджелудочной железы	* конспектирование доп. учебной литературы, * курация больных	6 сем.	7/0,19
4.	Тема: Эхинококкоз и альвеококкоз печени.	* конспектирование доп. учебной литературы, * курация больных	6 сем.	7/0,19
5.	Тема: Болезнь Крона. Дивертику-	* конспектирование доп. учебной литературы,	6 сем.	6/0,17

№ п/п	Разделы и темы рабочей программы самостоятельного изучения	Перечень домашних заданий и других вопросов для самостоятельного изучения	Сроки выполнения	Объем в часах / трудоемкость в з.е.
	лы кишечника.	* курация больных		
6.	Тема: Симптоматические язвы. Тонкокишечные свищи. Синдром Меллори-Вейса.	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	6/0,17
7.	Тема: Ахалазия кардии.	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	6/0,17
8.	Тема: Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (окклюзия позвоночной артерии, ветвей брюшной аорты, синдром Лериша, окклюзия бедренной и подколенной артерий).	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	7/0,19
9.	Тема: Кишечные свищи. Хирургические заболевания печени и их осложнения.	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	6/0,17
10.	Тема: Аневризмы грудной и брюшной аорты. Диабетическая микро- и макроангиопатия	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	7/0,19
11.	Тема: Медиастинит. Рак легкого	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	7/0,19
12.	Тема: Тиреоидины и струмиты	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	7/0,19
13.	Тема: Срединные и боковые кисты и свищи шеи. Абсцессы и флегмоны шеи	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	6/0,17
14.	Тема: Повреждения и заболевания шеи, дыхательного горла и пищевода. Ранение сосудов шеи	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	7/0,19
	ИТОГО			96/2,67

6. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Хирургические болезни»

6.1. Методические указания (собственные разработки).

1. Нутритивная поддержка больных в хирургической практике: учебное пособие для студентов, врачей-интернов и клинических ординаторов / [сост.: Гурмиков Б.Н., Болоков М.С.]. - Майкоп : Коблева М.Х., 2017. - 96 с. - Режим доступа: <http://lib.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=2100018870>
2. Острый панкреатит: современное состояние диагностики и лечения : учебное пособие для студентов, врачей-интернов и клинических ординаторов / [сост.: Гурмиков Б.Н., Болоков М.С.]. - Майкоп : Коблева М.Х., 2016. - 100 с.- Режим доступа: <http://lib.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=2100019428>
3. Оформление академической истории болезни хирургического больного : методическое пособие для студентов и ординаторов по специальности "Хирургия" / [сост.: М.С. Болоков, Р.М. Хадж Мохамед]. - Майкоп : МГТУ, 2014. - 16 с. - Режим доступа: <http://lib.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=2100024287>
4. Практические навыки по хирургии : методическое пособие для студентов и ординаторов по специальности "Хирургия" / [сост.: М.С. Болоков, Р.М. Хадж Мохамед]. - Майкоп : МГТУ, 2014. - 56 с. - Режим доступа: <http://lib.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=2100024286>
5. Контрольные вопросы и ситуационные задания по хирургическим болезням [Электронный ресурс] : методические рекомендации для преподавателей и студентов 5-6 курсов лечебного факультета / [сост.: М.Х. Ашхамаф, М.С. Болоков]. - Майкоп : Изд-во АГУ, 2006. - 56 с. - Режим доступа: <http://lib.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=1000073695>
6. Самостоятельная работа студентов на кафедре госпитальной хирургии [Электронный ресурс] : метод. рекомендации для преподавателей и студентов / [сост.: М.Х. Ашхамаф, М.С. Болоков ; под ред. В.А. Авакимяна]. - Майкоп : Изд-во АГУ, 2006. - 20 с. - Режим доступа: <http://lib.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=1000073693>
7. Грыжи живота [Электронный ресурс] : методические рекомендации для студентов, клинических интернов и ординаторов / [сост.: М.Х. Ашхамаф, М.С. Болоков ; под ред. В.А. Авакимяна]. - Краснодар : Изд-во КГМА, 2004. - 38 с. - Режим доступа: <http://mark.nbmgту.ru/libdata.php?id=1000053325>
8. Диафрагмальные грыжи [Электронный ресурс] : методические рекомендации для студентов, клинических интернов и ординаторов / [сост.: М.Х. Ашхамаф, М.С. Болоков ; под ред. В.А. Авакимяна]. - Краснодар : Изд-во КГМА, 2004. - 18 с. - Режим доступа: <http://mark.nbmgту.ru/libdata.php?id=1000053324>
9. Кишечная непроходимость [Электронный ресурс] : методические рекомендации для студентов, клинических интернов и ординаторов / [сост.: М.Х. Ашхамаф, М.С. Болоков ; под ред. В.А. Авакимяна]. - Краснодар : Изд-во КГМА, 2004. - 38 с. - Режим доступа: <http://lib.mkgtu.ru:8002/libdata.php?id=1000053323>

6.2. Литература для самостоятельной работы

а) основная

1. **Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 992 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439845.html>

б) дополнительная

1. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440421.html>

2. Нурмаков, Д.А. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Д. А. Нурмаков - М.: Литтерра, 2017. - 640 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423502409.html>
3. Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 1 [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. -720 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439982.html>
4. Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 2 [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 688 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439999.html>
5. Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 1 [Электронный ресурс]: учебник / Н.В. Мерзликин и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 400 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434567.html>
6. Нутритивная поддержка больных в хирургической практике [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов, врачей-интернов и клинических ординаторов / [сост.: Гурмиков Б.Н., Болоков М.С.]. - Майкоп: Коблева М.Х., 2017. - 96 с. - Режим доступа: <http://lib.mk.gtu.ru:8002/libdata.php?id=2100018870>
7. Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 2 [Электронный ресурс]: учебник / Н.В. Мерзликин и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 600 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434574.html>
8. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433713.html>
9. Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 440 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424346.html>

Учебно-методические материалы для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Для лиц с нарушениями зрения:

- ✓ В печатной форме увеличенным шрифтом,
- ✓ В форме электронного документа,
- ✓ В форме аудиофайла
- ✓ В печатной форме на языке Брайля.

Для лиц с нарушениями слуха:

- ✓ В печатной форме,
- ✓ В форме электронного документа,

Для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата:

- ✓ В печатной форме,
- ✓ В форме электронного документа,
- ✓ В форме аудиофайла

7. Фонды оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине «Хирургические болезни»

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

Этапы формирования компетенции (номер семестра согласно учебному плану)	Наименование учебных дисциплин, формирующих компетенции в процессе освоения образовательной программы
<i>ПК-1 способностью и готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических 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</i>	
1	Биология
7	Эпидемиология
5	Гигиена
6	Хирургические болезни
10	Медицинская реабилитация
3,4	Профилактика и коммунальная стоматология
8,9	Пародонтология, с курсом геронтостоматологии
9	Гнатология и функциональная диагностика височно нижне челюстного сустава
1	Медицинская экология
4	Пропедевтика детской стоматологии
9	Ортопедическое лечение заболеваний ВНЧС
10	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
<i>ПК-5 готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания</i>	
2,3	Гистология, эмбриология, цитология - гистология полости рта
4	Микробиология, вирусология - микробиология полости рта
5	Иммунология - клиническая иммунология
4	Пропедевтика внутренних болезней
3	Общая хирургия
6	Хирургические болезни
5	Лучевая диагностика
6	Педиатрия
5,6	Эндодонтия
4	Местное обезболивание и анестезиология в стоматологии
5,6	Зубопротезирование (простое протезирование)
9,10	Клиническая стоматология
7,8	Детская стоматология
9	Онкостоматология и лучевая терапия
4	Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи
8	Клиническая практика (Помощник врача стоматолога)

	<i>(ортопеда)</i>
10	<i>Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена</i>
<i>ПК-8 способностью к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями</i>	
6	<i>Хирургические болезни</i>
7	<i>Неврология</i>
7	<i>Оториноларингология</i>
7	<i>Офтальмология</i>
6	<i>Педиатрия</i>
5,6	<i>Эндодонтия</i>
6,7	<i>Хирургия полости рта</i>
7	<i>Протезирование при полном отсутствии зубов</i>
9,10	<i>Клиническая стоматология</i>
9	<i>Заболевания головы и шеи</i>
7,8	<i>Ортодонтия и детское протезирование</i>
8	<i>Клиническая практика (Помощник врача стоматолога (ортопеда))</i>
9	<i>Клиническая практика (помощник врача стоматолога (ортодонта))</i>
10	<i>Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена</i>
10	<i>Факультатив по терапевтической стоматологии</i>

7.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкалы оценивания

Планируемые результаты освоения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Наименование оценочного средства
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	
<i>ПК-1: Способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических 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</i>					
Знать: <ul style="list-style-type: none"> • этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний; • социальную роль физической культуры в развитии личности и подготовке ее к профессиональной деятельности; • принципы здорового образа жизни; • основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения; • комплексную взаимосвязь между стоматологическим здоровьем, питанием, общим здоровьем, заболеваниями; • понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, применение в медицине • научные принципы стерилизации, дезинфекции и анти- 	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Блиц-опрос; оформление карт микрокурации; Оформление историй болезни; вопросы к экзамену.

Планируемые результаты освоения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Наименование оценочного средства
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	
<p><i>септической обработки во избежание инфицирования при работе в стоматологической практике, структуру и функции иммунной системы, ее возрастные особенности, механизмы развития и функционирования, основные методы иммунодиагностики, методы оценки иммунного статуса и показания к применению иммуностропной терапии,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • основы санитарного законодательства по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения; • тератогенные факторы среды, влияющие на развитие пороков ротовой полости, классификацию паразитов и источники паразитарных заболеваний, природноочаговые болезни, меры личной профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний полости рта. 					
<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • проводить с больными и их родственниками профилакти- 	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы	Сформированные систематические знания	Блиц-опрос; оформление карт микрокурации;

Планируемые результаты освоения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Наименование оценочного средства
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	
<p>ческие мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды;</p> <ul style="list-style-type: none"> • пропагандировать здоровый образ жизни; • проводить работу по пропаганде здоровья, направленную на предупреждение наследственных и врожденных заболеваний; • разбираться в вопросах физической культуры, применяемой в целях профилактики и лечения; • использовать методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины), устанавливать причинноследственные связи изменений состояния здоровья (в том числе стоматологического) от воздействия факторов среды обитания; • осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья людей: формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и 			лы знания		оформление историй болезни; вопросы к экзамену.

Планируемые результаты освоения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Наименование оценочного средства
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	
<p><i>распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий возникновения и развития заболеваний, а также устранение вредного влияния на здоровье факторов среды обитания;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>выявлять негативное воздействие внешних и внутренних факторов на состояние полости рта.</i> 					
<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>методами организации первичной профилактики стоматологических заболеваний в любой возрастной группе, формирования мотивации к поддержанию стоматологического здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек, влияющих на состояние полости рта;</i> • <i>оценками состояния здоровья населения различных возраст-но-половых групп;</i> • <i>методами организации первичной профилактики стоматологических заболеваний в любой возрастной группе,</i> 	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Блиц-опрос; оформление карт микроку-рации; оформление историй болезни. вопросы к экзамену.

Планируемые результаты освоения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Наименование оценочного средства
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	
формирования мотивации к поддержанию здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек.					
ПК-5: готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания					
Знать: <ul style="list-style-type: none"> • основные клинические проявления заболеваний кожи и подкожной клетчатки, челюстно-лицевой области, лор-органов, глаза и его придаточного аппарата, нервной системы, онкологической патологии, особенности их диагностики и наблюдения; • современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных терапевтического, хирургического и инфекционного профиля; • методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, слюнных желёз у пациентов у детей и взрослых; • окклюзию, биомеханику зубо- 	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Блиц-опрос; оформление карт микрокурации; Оформление историй болезни; вопросы к экзамену.

Планируемые результаты освоения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Наименование оценочного средства
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	
<i>челюстной системы, гнатологию.</i>					
<ul style="list-style-type: none"> ● Уметь: ● <i>интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза;</i> ● <i>сформулировать клинический диагноз;</i> ● <i>провести опрос больного, его родственников (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию);</i> ● <i>анализировать результаты рентгенологического обследования пациентов;</i> ● <i>интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и функциональной диагностики, термометрии для выявления патологических процессов в органах и системах пациентов;</i> ● <i>обосновать необходимость клинко-иммунологического обследования больного;</i> 	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Блиц-опрос; оформление карт микрокурации; оформление историй болезни; вопросы к экзамену.

Планируемые результаты освоения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Наименование оценочного средства
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>собрать полный медицинский анамнез пациента, включая данные о состоянии полости рта и зубов;</i> • <i>оценивать результаты лучевой и ультразвуковой диагностики, используемые в стоматологической практике.</i> 					
<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>методикой чтения различных видов рентгенограмм;</i> • <i>интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов разного возраста;</i> • <i>навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного и инструментального обследования пациентов;</i> • <i>определением стоматологических индексов оценками состояния стоматологического здоровья населения различных возрастно-половых групп</i> • <i>клиническими методами обследования челюстно-лицевой области;</i> • <i>методами диагностики и ле-</i> 	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Блиц-опрос; оформление карт микрокурации; оформление историй болезни. вопросы к экзамену.

Планируемые результаты освоения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Наименование оценочного средства
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	
<i>чения кариеса, болезней пульпы и периодонта, заболеваний пародонта и слизистой рта у детей и взрослых в соответствии с нормативными документами ведения пациентов.</i>					
ПК-8: способность к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями					
Знать: <ul style="list-style-type: none"> •методы диагностики, лечения и профилактики зубочелюстно-лицевых аномалий у детей и взрослых; •особенности клинического течения одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и методы их лечения; •методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний слизистой оболочки рта у пациентов у детей и взрослых; •методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, слюнных желёз у пациентов у детей и взрослых; •этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний, 	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Блиц-опрос; оформление историй болезни; решение тестов, ситуационных задач, вопросы к экзамену.

Планируемые результаты освоения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Наименование оценочного средства
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	
<p><i>методы проведения неотложных мероприятий и показания для госпитализации больных;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний;</i> • <i>основные клинические проявления заболеваний кожи и подкожной клетчатки, челюстно-лицевой области, лор-органов, глаза и его придаточного аппарата, нервной системы, онкологической патологии, особенности их диагностики и наблюдения;</i> • <i>клинические проявления основных синдромов, требующих хирургического лечения;</i> • <i>особенности оказания медицинской помощи при неотложных состояниях.</i> 					
<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>разработать план лечения с учётом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия</i> 	Частичные умения	Неполные умения	Умения полные, допускаются небольшие ошибки	Сформированные умения	Блиц-опрос; оформление историй болезни; решение тестов, ситуационных задач, вопросы к экзамену

Планируемые результаты освоения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Наименование оценочного средства
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	
<p>при заболеваниях челюстно-лицевой области;</p> <ul style="list-style-type: none"> •разработать оптимальную тактику лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента; •проводить лечение и профилактику кариеса, некариозных поражений твёрдых тканей зубов, с использованием методов эстетической реставрации зубов; •применять методы асептики и антисептики, медицинский инструментарий, медикаментозные средства в лабораторно-диагностических и лечебных целях; •проводить малотравматичное хирургическое вмешательство у пациентов любого возраста, включая удаление зуба и корня, небольшие хирургические операции на мягких тканях, назначение лекарственных препаратов для закрепления результатов лечения; 					

Планируемые результаты освоения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Наименование оценочного средства
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	
<ul style="list-style-type: none"> • сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств; • определить состояние, требующее неотложной стоматологической и медицинской помощи, выходящей за рамки компетенции стоматолога общей практики, и немедленно обратиться к соответствующим специалистам осуществлять приемы реанимации и первой помощи при остановке сердца, анафилактическом шоке, закупорке верхних дыхательных путей, коллапсе, эпилептическом припадке, кровоизлиянии/кровотечении, вдыхании и проглатывании чужеродных тел, гипогликемии, диабетической коме или других экстренных ситуациях, которые могут иметь место в стоматологической практике. 					
Владеть: <ul style="list-style-type: none"> • алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприя- 	Частичные умения	Неполные умения	Умения полные, допускаются небольшие ошибки	Сформированные умения	Блиц-опрос; оформление историй болезни; решение тестов, ситуацион-

Планируемые результаты освоения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Наименование оценочного средства
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	
<p><i>тий по оказанию первой врачебной помощи пострадавшим при неотложных и угрожающих жизни состояниях;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>методами комплексной терапии и реабилитации пациентов с учётом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии.</i> 					<p>ных задач, вопросы к экзамену</p>

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

Примерная тематика рефератов по дисциплине «Хирургические болезни»

1. Перитонит.
2. Панкреатит (классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения).
3. Острый живот.
4. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения).
5. Варикозная болезнь нижних конечностей
6. Заболевания молочной железы. Классификация рака молочной железы.
7. Рак грудной железы у мужчин.
8. Неопухольные заболевания пищевода.
9. Этиология плоскоклеточного рака пищевода.
10. Злокачественные опухоли желудка.
11. Частота и распространенность цирроза печени.

**Контрольные вопросы и задания
для проведения текущего контроля по курсу «Хирургические болезни» для студентов
специальности «Стоматология»**

**Тесты по дисциплине «Хирургические болезни» для студентов специальности
«Стоматология»**

Примерная тематика рефератов по дисциплине «Хирургические болезни»

1. Перитонит.
2. Панкреатит (классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения).
3. Острый живот.
4. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения).
5. Варикозная болезнь нижних конечностей
6. Заболевания молочной железы. Классификация рака молочной железы.
7. Рак грудной железы у мужчин.
8. Неопухольные заболевания пищевода.
9. Этиология плоскоклеточного рака пищевода.
10. Злокачественные опухоли желудка.
11. Частота и распространенность цирроза печени.

**Контрольные вопросы и задания
для проведения текущего контроля по курсу «Хирургические болезни» для студентов
специальности «Стоматология»**

**Тесты по дисциплине «Хирургические болезни» для студентов специальности
«Стоматология»**

1. В диагностически неясных случаях острого аппендицита используются
 - а. общие анализы крови и мочи
 - б. ректальное и вагинальное исследование
 - в. обзорная рентгенография брюшной полости и лапароскопия
 2. все указанные методы
 - д. только а) и в)

2. Классификация острого аппендицита (один ответ лишний):
 - а. простой (катаральный)
 - б. флегмонозный
 - в. гангренозный
 - г. **резидуальный**
 - д. гангренозный с перфорацией
3. Не является источником ошибок диагностики при остром аппендиците:
 - а. недостаточного знания клиники и диагностики острого аппендицита
4. При выявлении рыхлого аппендикулярного инфильтрата во время лапаротомии не показано
 - а. проведение операции под общим наркозом
 - б. расширение операционного доступа
 - в. разделение инфильтрата и выполнение аппендэктомии
 - г. **оставление тампонов в брюшной полости**
 - д. оставление микроирригаторов для местной антибиотикотерапии
5. Первичная локализация болей при остром аппендиците чаще всего бывает:
 - а. в поясничной области
 - б. в области пупка
 - в. **в эпигастральной области**
 - г. в низу живота
 - д. в правой подвздошной области
6. Флегмона забрюшинного пространства вследствие острого аппендицита развивается при:
 - а. **ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка**
 - б. медиальном расположении червеобразного отростка
 - в. местном перитоните в правой подвздошной области
 - г. расположении червеобразного отростка латеральное от слепой кишки
7. Для макроскопической картины при катаральном аппендиците не характерно
 - а. утолщение червеобразного отростка
 - б. тусклая серозная оболочка с множеством наполненных кровью мелких сосудов под ней, создающих впечатление яркой гиперемии
 - в. **наличие серого или зеленого гноя в просвете отростка**
 - г. отечная, ярко-красного цвета слизистой оболочкой
 - д. наличие умеренного количества прозрачного реактивного выпота в брюшную полость
8. Типичная клиническая картина аппендицита может иметь нетипичный характер при:
 - а. поздних сроках заболевания
 - б. у больных детского (до 3-х лет) и старческого возраста
 - в. при атипичном положении червеобразного отростка
 - г. **во всех случаях**
 - д. только при б) и в)
9. Особенности острого аппендицита при медиальной локализации отростка
 - а. **обильный жидкий стул, вздутие живота**
 - б. рвота
 - в. гектическая лихорадка
 - г. позывы на мочеиспускание, тенезмы
10. Симптомами острого аппендицита являются
 - а. Кохера - Волковича
 - б. Образцова
 - в. Ситковского
 - г. **все указанные симптомы**

- д. ни один из них
11. Для флегмонозного аппендицита является не типичным
- напряжение мышц в правой половине живота
 - повышение температуры тела до 38-38,5.°С
 - симптом Щеткина - Блюмберга, Воскресенского, Роздольского
 - увеличение лейкоцитов до 10x10⁹/л**
- д. симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартамье - Михельсона
12. Основание червеобразного отростка расположено:
- на задней части стенки купола слепой кишки
 - на передней части стенки купола слепой кишки
 - на задне-медиальной части стенки купола слепой кишки**
 - на верхней части стенки купола слепой кишки
 - на нижней части стенки купола слепой кишки
13. Самое грозное осложнение острого аппендицита:
- аппендикулярный абсцесс
 - пилефлебит**
 - абсцесс малого таза
 - межпетельный абсцесс
 - аппендикулярный инфильтрат
14. При гангренозном аппендиците характерны изменения кроме:
- черно-зеленый цвет отростка
 - стенка отростка дряблая
 - гнойное содержимое в просвете отростка
 - гиперемия отростка**
 - некроз слизистой оболочки
- ослабление или отсутствие перистальтики
15. Противопоказание к операции при остром аппендиците:
- острый инфаркт миокарда
 - беременность
 - эмфизема легких
 - сахарный диабет
 - наличие аппендикулярного инфильтрата**
16. Что не является Симптомом пилефлебита :
- желтуха
 - ознобы
 - гипертермия
 - положительный симптом Кохера
 - положительный симптом Мэйо-Робсона**
17. Симптомами аппендикулярного инфильтрата являются все, кроме:
- субфебрильной температуры
 - симптома Ровзинга
 - профузных поносов**
 - лейкоцитоза
 - пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области
18. Промывание брюшной полости показано:
- при установленном диагнозе аппендикулярного инфильтрата
 - при аппендикулярном абсцессе
 - при разлитом перитоните**
 - при флегмонозном аппендиците
 - при воспалении лимфоузлов брыжейки тонкой кишки
19. Что не является типичным клиническим проявлением острого аппендицита? (один ответ лишний):

- а. боль при пальпации в правой подвздошной области
 - б. напряжение мышц передней брюшной стенки
 - в. положительный симптом Щеткина-Блюмберга
 - г. **пневмоперитонеум**
 - д. симптом Кохера
21. Острый бескаменный холецистит может быть обусловлен
- а) Забросом активного панкреатического сока в желчный пузырь
 - б) Первичным сосудистым нарушением в стенке желчного пузыря
 - в) Паразитарными заболеваниями желчного пузыря
 - г) Внедрением в стенку желчного пузыря патогенной микрофлоры
 - д) **Всеми вышеперечисленными причинами**
22. Местными проявлениями острого холецистита является
- а) Положительным симптомом Щеткина - Блюмберга
 - б) Положительным симптомом Мерфи
 - в) Положительным симптомом Георгиевского - Мюсси
 - г) Положительным симптомом Ортнера
 - д) **Все вышеперечисленные симптомы**
23. Боли в правом подреберье и эпигастральной области, отмечаемые при остром холецистите, могут также наблюдаться при следующем заболевании
- а) Тяжелый рефлюкс-эзофагит
 - б) Острый панкреатит
 - в) Обострение язвенной болезни
 - г) Перфоративная язва
 - д) **Со всеми вышеперечисленными заболеваниями**
24. Острый калькулезный холангит в большинстве случаев начинается с:
- а) Дуоденостаза
 - б) Блокады холедоха вклинившимся камнем
 - в) Блокады ходов Люшка
 - г) **Гипертензии внепеченочных желчных протоков**
 - д) Все ответы правильны
25. При остром холецистите развитие желчной гипертензии приводит к:
- а) Нарушению кровоснабжения в стенке желчного пузыря
 - б) Развитию картины, типа вторичного инфаркта стенки пузыря
 - в) Нарушению целостности слизистой оболочки и внедрению инфекции
 - г) Развитию инфильтративного воспаления с поражением глубоких слоев стенки желчного пузыря
 - д) **Всему вышеперечисленному**
26. Ведущая роль в развитии острого холецистита принадлежит:
- а) Изменению химического состава желчи
 - б) Врожденной деформации желчного пузыря
 - в) **Инфекции**
 - г) Локальному лимфостазу
 - д) Окклюзии ходов Люшка
27. Попадание инфекции в желчный пузырь ведет к воспалению, если:
- а) Имеются признаки цирроза печени
 - б) **Нарушена дренажная функция желчного пузыря**
 - в) Окклюзия ходов Люшка
 - г) Имеется выраженный околопузырный спаечный процесс
 - д) Наблюдаются явления дуоденостаза
28. В нарушении оттока желчи играют роль следующие механические факторы:
- а) Камни желчного пузыря
 - б) Перегибы пузырного протока

- в) Сужения пузырного протока
 - г) Внутренние перегородки желчного пузыря
 - д) **Все вышеперечисленное**
29. Первичная гангрена желчного пузыря встречается при окклюзии:
- а) Пузырного протока
 - б) Ходов Люшка
 - в) **Пузырной артерии**
 - г) Общей печеночной артерии
 - д) Д.Холедоха
30. К неосложненным формам течения острого холецистита относят:
- а) Эмпиему, желчного пузыря
 - б) Околопузырный абсцесс и инфильтрат
 - в) **Катаральную, флегмонозную и гангренозную формы**
 - г) Водянка желчного пузыря
 - д) Холедохолитиаз
31. К неосложненной форме течения острого холецистита относят:
- а) Холецистолитиаз
 - б) **Флегмонозный холецистит**
 - в) Околопузырный инфильтрат
 - г) Околопузырный абсцесс
 - д) Холангит
32. К неосложненной форме течения острого холецистита относят:
- а) Окклюзию пузырного протока
 - б) Холецистолитиаз
 - в) Холангит
 - г) **Катаральный холецистит**
 - д) Холедохолитиаз
33. К неосложненной форме течения острого холецистита относят:
- а) **Гангренозный холецистит**
 - б) Холедохолитиаз
 - в) Стенозирующий папиллит
 - г) Холангит
 - д) Околопузырный инфильтрат
34. К осложненной форме острого холецистита не относят
- а) Околопузырный абсцесс и инфильтрат
 - б) Водянку желчного пузыря
 - в) Острый холецистопанкреатит
 - г) **Флегмонозный холецистит**
 - д) Холангит
35. К осложненной форме течения острого холецистита не относят:
- а) Околопузырный абсцесс
 - б) **Катаральный холецистит**
 - в) Околопузырный инфильтрат
 - г) Холангит
 - д) Водянку желчного пузыря
36. К осложненной форме течения острого холецистита не относят:
- а) **Гангренозный холецистит**
 - б) Холангит
 - в) Околопузырный абсцесс
 - г) Околопузырный инфильтрат
 - д) Холецистопанкреатит
37. К не осложненной форме течения острого холецистита не относят:

- а) Катаральный
 - б) Околопузырный абсцесс**
 - в) Флегмонозный
 - г) Гангренозный
 - д) Все вышеперечисленные формы
38. К осложненной форме течения острого холецистита относят
- а) Флегмонозный
 - б) Катаральный
 - в) Бескаменный
 - г) Гангренозный
 - д) Сочетание с холангитом**
39. К осложненной форме течения острого холецистита относят:
- а) Гангренозный
 - б) Калькулезный
 - в) Бескаменный
 - г) Сочетание с околопузырным абсцессом**
 - д) Катаральный
40. Ведущим симптомом острого холецистита является:
- а) Механическая желтуха
 - б) Мелена
 - в) Сильная боль в правом подреберье**
 - г) Рвота
 - д) Изжога
41. Боль в правом подреберье при остром холецистите может иррадиировать:
- а) В правую надключичную область
 - б) В правое плечо
 - в) В правую лопатку
 - г) В поясничную область
 - д) Все ответы правильные**
42. Рвота при остром холецистите:
- а) Однократная
 - б) Приносит облегчение
 - в) Типа кофейной гущи
 - г) Множественная, не приносящая облегчения**
 - д) Со сгустками крови
43. Желтуха при остром холецистите указывает на:
- а) Флегмону желчного пузыря
 - б) Гангрену желчного пузыря
 - в) Перитонит
 - г) Механическое препятствие оттоку желчи**
 - д) Околопузырный абсцесс
44. При катаральном холецистите:
- а) Заболевание начинается с приступа болей в правом подреберье
 - б) Симптомы раздражения брюшины отсутствуют
 - в) Возможно полное выздоровление
 - г) При стихании воспалительных явлений и сохранении обтурации пузырного протока развивается водянка желчного пузыря
 - д) Отмечается все вышеперечисленное**
45. При флегмонозном холецистите:
- а) Воспалительный процесс проявляется симптомами ограниченного перитонита
 - б) Купирование воспалительного процесса в стенке желчного пузыря может закончиться эмпиемой желчного пузыря

- в) Воспалительный процесс выходит за стенки желчного пузыря что приводит к образованию инфильтрата
 - г) Течение заболевания может быть благоприятным и закончиться полным выздоровлением
 - д) **Может наблюдаться все вышеперечисленное**
46. При гангренозном холецистите
- а) При развитии некроза желчного пузыря в клиническом течении на 1 план выступают явления перитонита
 - б) Наблюдается симптом "токсических ножниц"
 - в) Наблюдается парез кишечника
 - г) Субъективно может отмечаться некоторое уменьшение болезненности в правом подреберье
 - д) **Может наблюдаться все вышеперечисленное**
47. При развитии перфорации стенки желчного пузыря при остром холецистите в клинической картине не наблюдается
- а) Резчайших боли в животе и повторной рвоты
 - б) Выраженной бледности кожных покровов, покрытых холодным потом
 - в) Резкого увеличения температура тела
 - г) **Повышения артериального давления**
 - д) Картины разлитого перитонита
48. При остром холецистите, осложненном гнойным холангитом
- а) Ведущей является клиника острого холецистита
 - б) Наблюдается озноб
 - в) Отмечается повышение температуры тела до 38- 39 град.
 - г) Наблюдается желтушное окрашивание кожи и склер
 - д) **Наблюдается все вышеперечисленное**
49. При остром холецистите, осложненном гнойным холангитом, не наблюдается
- а) Нарастающая желтушность кожи и склер
 - б) Озноб
 - в) Гектическая температура
 - г) Высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево
 - д) **Выраженный парез кишечника**
50. При остром холецистите, осложненном гнойным холангитом, не наблюдается:
- а) Недостаточности функции печени и почек
 - б) Увеличение уровня билирубина
 - в) Увеличение уровня трансаминаз, креатинина.
 - г) **Нормального окрашивания каловых масс**
 - д) Уменьшение диуреза
51. При остром гангренозном холецистите, осложненном перфорацией пузыря, показано:
- а) Комплексное дооперационное обследование
 - б) **Экстренная операция**
 - в) Комплексное консервативное лечение
 - г) Выжидательная тактика лечения
 - д) Паранефральная блокада
52. Показанием для срочной операции при остром холецистите является:
- а) Отсутствие эффекта консервативного лечения
 - б) Сохранение симптомов интоксикации
 - в) Сохранение местных перитонеальных явлений
 - г) Нарастание общей интоксикации и появление симптомов раздражения брюшины
 - д) **Все вышеперечисленное**
53. При остром холецистите холецистэктомия может быть выполнена:

- а) От шейки
 - б) От дна
 - в) Лапароскопическим доступом
 - г) Из верхнесрединной лапаротомии
 - д) **Любым вышеперечисленным доступом**
54. Наружное дренирование желчных протоков через культю пузырного протока носит имя:
- а) Вишневого
 - б) **Пиковского**
 - в) Кера
 - г) Раздольского
 - д) Петровского
55. Наружное дренирование желчных протоков т-образным дренажом носит имя:
- а) Вишневого
 - б) Пиковского
 - в) **Кера**
 - г) Петровского
 - д) Лукомского
56. Дренирование брюшной полости после холецистэктомии при остром холецистите:
- а) Необязательно
 - б) Нежелательно
 - в) **Обязательно**
 - г) Бесполезно
 - д) Неэффективно
- а) Все вышеперечисленные варианты
57. При остром холецистите дренирование общего желчного протока через холедохотомическое отверстие по направлению к печени носим имя:
- а) Петровского
 - б) **Вишневого**
 - в) Пиковского
 - г) Кера
 - д) Лукомского корзинки Дормиа
58. При остром холецистите, осложненном желтухой, причину окклюзии желчевыводящих путей можно выявить с помощью:
- а) Внутривенной холангиографии
 - б) Пероральной холангиографии
 - в) **Ретроградной панкреатохолангиографии**
 - г) Эзофагогастроскопии
 - д) Целиакографии
59. Повреждения внепеченочных желчных протоков при удалении желчного пузыря по поводу острого холецистита могут быть обусловлены:
- а) Аномалиями развития желчного пузыря
 - б) Воспалительно-инфильтративными изменениями в области шейки желчного пузыря
 - в) Рубцовыми изменениями в области пузырного протока
 - г) Техническими и тактическими ошибками хирурга
 - д) **Всем вышеперечисленным**
60. Нецелесообразно промывание брюшной полости при следующей форме перитонита:
- а) Распространенный фибринозно-гнойный перитонит
 - б) Каловый перитонит
 - в) Перитонит на фоне травматического разрыва тонкой кишки
 - г) Перитонит вследствие перфорации язвы желудка

- д) Местный перитонит при флегмонозном аппендиците
61. Гемоперитонеум имеет место при:
- а) Геморрагической форме панкреатита
 - б) Желудочно-кишечном кровотечении
 - в) Серозно-геморрагическом выпоте любого происхождения
 - г) Внутрибрюшном кровотечении
 - д) Геморрагическом цистите
62. Интубация тонкой кишки при распространенном перитоните как правило производится:
- а) Через илеостому
 - б) Через еюностому
 - в) Через прямую и ободочную кишку
 - г) Транснозально
 - д) Через гастростому
63. Для дифференциальной диагностики перитонита используются:
- а) Экстренная колоноскопия
 - б) Рентгенологическое исследование пассажа бария
 - в) Целиакография
 - г) Лапароскопия
 - д) Все перечисленные методы
64. Максимальной эффективностью при лечении распространенных форм перитонита обладает:
- а) Комбинированная антибиотикотерапия в сочетании с препаратами метронидазола
 - б) Длительное использование одного сильного антибиотика широкого спектра
 - в) Местное использование полусинтетических антибиотиков пенициллинового ряда
 - г) Местное использование цефалоспоринов
 - д) Местное использование сульфаниламидных препаратов
65. Для декомпрессии желудочно-кишечного тракта при перитоните наибольшей эффективностью обладает:
- а) Введение 0,25% раствора новокаина в корень брыжейки
 - б) Использование предельно допустимых доз антихолинэстеразных препаратов
 - в) Назоинтестинальная интубация кишечника
 - г) Еюностомия
 - д) Энтеросорбция
66. При кишечной непроходимости признаком развития стадии перитонита служит:
- а) Отек париетальной и висцеральной брюшины
 - б) Появление выпота
 - в) Наложения фибрина на петли кишок и брюшине
 - г) Вздутие кишечных петель
 - д) Высокое стояние диафрагмы
67. Лечение токсической и терминальной фазы перитонита любой этиологии следует начинать с:
- а) Массивной антибиотикотерапии
 - б) Инфузионной корригирующей терапии
 - в) Экстренной лапаротомии и санации брюшной полости
 - г) Стимуляции моторно-эвакуаторной деятельности кишечника
 - д) Промывания желудка и постановки газоотводной трубки
68. Постановка микроирригатора в брюшную полость при перитоните производится для:
- а) Эвакуации экссудата
 - б) Оттока крови при капиллярном кровотечении

- в) Контроля за накоплением экссудата в брюшной полости
 - з) **Введения антибиотиков**
 - д) Контроля за состоянием межкшечного анастомоза
69. Переход перитонита во вторую фазу сопровождается:
- а) Нарастающей тахикардией
 - б) Снижением интенсивности болей
 - в) Снижением напряжения мышц передней брюшной стенки
 - г) Олигурией
 - д) **Все ответы правильные**
70. Признаки терминальной стадии перитонита следующие:
- а) Адинамия
 - б) Заостренные черты лица
 - в) Снижение артериального давления
 - г) Тахикардия
 - д) **Все ответы правильные**
71. Нормо- и брадикардия возможна при перитонитах следующего происхождения:
- а) **Перитонит при прободной язве желудка в стадии шока**
 - б) Перитонит в терминальной фазе кишечной непроходимости
 - в) При пельвиоперитоните
 - г) При туберкулезном перитоните
 - д) Нет правильного ответа
72. Судороги у больных с перитонитом являются признаком:
- а) Гипертонуса симпатического отдела ЦНС
 - б) Токсического поражения головного мозга
 - в) Токсического поражения спинного мозга
 - з) **Обезвоживания и нарушения электролитного баланса**
 - д) Капилляротоксикоза
73. Развитию кишечной непроходимости могут способствовать
- а) Врожденные аномалии развития кишечника
 - б) Спайки и сращения в брюшной полости
 - в) Доброкачественные и злокачественные опухоли
 - г) Инородные тела
 - д) **Все перечисленное верно**
74. Непроходимость кишечника подразделяется на следующие основные группы
- а) **Механическую и динамическую**
 - б) Спастическую и спаечную
 - в) Травматическую и операционную
 - г) Опухолевую и динамическую
 - д) Желудочную и кишечную
75. К развитию механической непроходимости кишечника предрасполагают
- а) Панкреатит
 - б) Пиелонефрит
 - в) **Опухоли кишечника**
 - г) Гастрит
 - д) Все перечисленное
76. Развитие механической непроходимости кишечника возможно при:
- а) Забрюшинной гематоме
 - б) **Приеме большого количества грубой пищи**
 - в) Опухоли спинного мозга
 - г) Интоксикации свинцом
 - д) Всем перечисленным
77. Механическая непроходимость кишечника может развиваться при:

- а) Опухолях кишечника
 - б) Инородных телах желудочно-кишечного тракта
 - в) Гельминтозах
 - г) Брюшных грыжах
 - д) **Все перечисленное верно**
78. Механическая непроходимость кишечника подразделяется на:
- а) Паралитическую и спастическую
 - б) **Обтурационную и странгуляционную**
 - в) Травматическую и операционную
 - г) Опухолевую и динамическую
 - д) Желудочную и кишечную
79. Динамическая непроходимость кишечника подразделяется на:
- а) **Паралитическую и спастическую**
 - б) Обтурационную и странгуляционную
 - в) Травматическую и операционную
 - г) Опухолевую и паралитическую
 - д) Желудочную и кишечную
80. Обтурационная непроходимость кишечника развивается при:
- а) Завороте кишечной петли вокруг своей оси
 - б) Образовании узла между петлями кишок
 - в) Ущемлении кишечных петель
 - з) **Закупорке просвета кишки опухолями**
 - д) Стойком парезе кишечника
81. Обтурационная непроходимость кишечника развивается при:
- а) стойком парезе кишечника
 - б) **Закупорке просвета кишки проглоченными инородными телами**
 - в) Завороте кишечной петли вокруг своей оси
 - г) Ущемлении кишечных петель
 - д) Образовании узла между петлями кишок
82. Обтурационная непроходимость кишечника развивается при:
- а) **Сдавлении кишки опухолями соседних органов**
 - б) Стойком парезе кишечника
 - в) Завороте кишечной петли вокруг своей оси
 - г) Ущемлении кишечных петель
 - д) Образовании узла между петлями кишок
83. Обтурационная непроходимость кишечника развивается при:
- а) Стойком парезе кишечника
 - б) **Закупорке кишки на фоне рубцового сужения ее просвета**
 - в) Завороте кишечной петли вокруг своей оси
 - г) Ущемлении кишечных петель
 - д) Образовании узла между петлями кишок
84. Странгуляционная непроходимость кишечника обязательно сопровождается:
- а) Наличием спаек в брюшной полости
 - б) Перфорацией кишки
 - в) Опухолевым поражением кишечника
 - г) Рубцовым сужением просвета кишки
 - д) **Нарушением кровообращения в сосудах брыжейки кишки**
85. Странгуляционная непроходимость кишечника развивается при:
- а) Стойком парезе кишечника
 - б) Закупорке кишки на фоне рубцового сужения ее просвета
 - в) **Завороте кишечной петли вокруг своей оси**
 - г) Рубцовом сужением просвета кишки

- д) Закупорке просвета кишки проглоченными инородными телами
86. Странгуляционная непроходимость кишечника развивается при:
- а) Стойком парезе кишечника
 - б) Закупорке кишки на фоне рубцового сужения ее просвета
 - в) Рубцовом сужением просвета кишки
 - г) **Ущемлении кишечных петель**
 - д) Закупорке просвета кишки проглоченными инородными телами
87. Странгуляционная непроходимость кишечника развивается при:
- а) **Образовании узла между несколькими петлями кишок**
 - б) Закупорке кишки на фоне рубцового сужения ее просвета
 - в) Рубцовом сужением просвета кишки
 - г) Стойком парезе кишечника
 - д) Закупорке просвета кишки проглоченными инородными телами
88. Странгуляционная непроходимость кишечника развивается при:
- а) Закупорке кишки на фоне рубцового сужения ее просвета
 - б) **Ущемлении кишки спайками**
 - в) Рубцовом сужением просвета кишки
 - г) Стойком парезе кишечника
 - д) Закупорке просвета кишки проглоченными инородными телами
89. Острую кишечную непроходимость, развившуюся при сдавлении просвета кишки опухолью, следует расценить как:
- а) Спастическую
 - б) Паралитическую
 - в) **Обтурационную**
 - г) Странгуляционную
 - д) Динамической
90. Острую кишечную непроходимость, развившуюся при закупорке просвета кишки клубками аскарид, следует расценить как
- а) Спастическую
 - б) Паралитическую
 - в) **Обтурационную**
 - г) Странгуляционную
 - д) Динамической
91. Острую кишечную непроходимость, развившуюся при закупорке просвета кишки желчным конкрементом, следует расценить как
- а) Спастическую
 - б) Паралитическую
 - в) **Обтурационную**
 - г) Странгуляционную
 - д) Динамической
92. Острую кишечную непроходимость, развившуюся в результате заворота кишечной петли вокруг своей оси, следует расценить как
- а) Спастическую
 - б) Паралитическую
 - в) Обтурационную
 - г) **Странгуляционную**
 - д) Динамической
93. Острую кишечную непроходимость, развившуюся в результате ущемления кишечной петли, следует расценить как
- а) Спастическую
 - б) Паралитическую
 - в) Обтурационную

- з) **Странгуляционную**
 д) Динамической
94. Острую кишечную непроходимость, развившуюся в результате ущемления кишечной петли с брыжейкой спайками, следует расценить как
- а) Спастическую
 б) Паралитическую
 в) Обтурационную
 з) **Странгуляционную**
 д) Динамической
95. Развитию паралитической динамической кишечной непроходимости способствует:
- а) Наличие наружных брюшных грыж
 б) Рубцовое сужение просвета кишки
 в) Инородное тело кишечника
 г) **Перитонит**
 д) Отравление свинцом
96. Развитию паралитической динамической кишечной непроходимости способствует:
- а) Наличие наружных брюшных грыж
 б) Рубцовое сужение просвета кишки
 в) Инородное тело кишечника
 г) Отравление свинцом
 д) **Операционная травма**
97. Развитию спастической динамической кишечной непроходимости способствует:
- а) Наличие наружных брюшных грыж
 б) Рубцовое сужение просвета кишки
 в) Инородное тело кишечника
 г) Отравление свинцом
 д) **Операционная травма**
98. Нарушения гомеостаза при непроходимости кишечника заключаются в:
- а) **Гиповолемии, гипокалиемии, гипонатриемии, гипохлоремии**
 б) Гиперкалиемии, гиперхлоремии и гиперпротеинемии
 в) Гипернатриемии и гиперхлоремии
 г) Гиповолемии, гиперпротеинемии и гипокалиемии
 д) Анемии, гипокальциемии и гипохлоремии
99. Дегидратация организма при острой непроходимости кишечника развивается в результате:
- а) Потери жидкости с рвотными массами
 б) Выхода и секвестрации жидкости в приводящем отделе кишечника
 в) Выхода и секвестрации жидкости в брюшной полости
 г) Прекращении всасывания выпитой жидкости
 д) **Все перечисленное верно**
100. При развитии острой механической кишечной непроходимости и выраженной дегидратации следует:
- а) Увеличить пероральное поступление жидкости
 б) Оставить обычный рацион перорального принятия жидкости
 в) **Исключить пероральный прием жидкости**
 г) Вводить перорально только солевые растворы
 д) Вводить перорально только белковые растворы
101. При непроходимости кишечника нарушается
- а) Функция печени
 б) Функция почек
 в) Функция надпочечников
 г) Функция легких

- д) Все перечисленное верно
102. Острая кишечная непроходимость приводит к гиповолемии и дегидратации, при этом минутный и ударный объемы сердца:
- а) Уменьшаются
 - б) Увеличиваются
 - в) Изменяются разнонаправлено
 - г) Не изменяются
 - д) Не изучались
103. Патологические изменения в организме быстрее возникают при развитии острой кишечной непроходимости на уровне:
- а) Тощей кишки
 - б) Слепой кишки
 - в) Поперечно-ободочной кишки
 - г) Сигмовидной кишки
 - д) Прямой кишки
104. При острой обтурационной кишечной непроходимости нарушение кровообращения может привести к некрозу слизистой
- а) Приводящего отдела кишечника
 - б) Отводящего отдела кишечника
 - в) Как приводящего, так и отводящего отделов кишечника
 - г) Места странгуляции
 - д) Некроз развиться не может
105. Развитие перитонита при острой обтурационной кишечной непроходимости происходит вследствие проникновения микроорганизмов в брюшную полость
- а) Только гематогенным путем
 - б) Только лимфогенным путем
 - в) При увеличении проницаемости кишечной стенки
 - г) Лишь при оперативном вмешательстве
 - д) Только при перфорации кишки
106. Боли при ранней стадии странгуляционной непроходимости кишечника:
- а) постоянные, тупые
 - б) постоянные, острые, усиливающиеся в период перистальтики
 - в) опоясывающие
 - г) иррадируют в нижние конечности
 - д) мигрируют из эпигастрия в правую подвздошную область
107. Для паралитической непроходимости кишечника характерно:
- а) сильные постоянные боли в животе
 - б) отсутствие перистальтики и стула
 - в) видимая на глаз перистальтика
 - г) неравномерное вздутие живота
 - д) все перечисленное верно
108. Боли в животе могут быть при:
- а) Спастической непроходимости кишечника
 - б) Обтурационной непроходимости кишечника
 - в) Странгуляционной непроходимости кишечника
 - г) При всех перечисленных формах
 - д) Болевой синдром для перечисленных форм кишечной непроходимости не характерен
109. Появление рвоты в более ранние сроки от начала развития острой кишечной непроходимости следует ожидать при обтурации на уровне:
- а) Тощей кишки
 - б) Подвздошной кишки

- в) Слепой кишки
 - г) Ободочной кишки
 - д) Прямой кишки
110. Температура тела при ранней стадии обтурационной непроходимости кишечника
- а) **Нормальная**
 - б) Значительно повышена
 - в) Носит гектической характер
 - г) Интермитирующая
 - д) Лихорадкоподобная
111. Какой из симптомов обтурационной острой кишечной непроходимости следует считать наиболее ранним:
- а) **Схваткообразные боли**
 - б) Рвоту
 - в) Задержку стула и газов
 - г) Вздутие живота
 - д) Все перечисленные симптомы обычно появляются одновременно
112. Наиболее выраженного вздутия живота у больных с острой кишечной непроходимости следует ожидать при обтурации на уровне:
- а) Двенадцатиперстной кишки
 - б) Проксимальных отделов тощей кишки
 - в) Дистальных отделов тощей кишки
 - г) **Сигмовидной кишки**
 - д) Выраженность вздутия не зависит от уровня обтурации
113. Перистальтические шумы при ранней стадии острой обтурационной непроходимости кишечника обычно
- а) Не изменены
 - б) **Усилены**
 - в) Ослаблены
 - г) Отсутствуют
 - д) Не имеют отличительных характеристик
114. О скоплении в петлях кишечника жидкости и газа при кишечной непроходимости свидетельствует
- а) Тимпанит при перкуссии в отлогих местах живота
 - б) Симптом "гробовой тишины"
 - в) **Шум плеска**
 - г) Баллонообразное расширение ампулы прямой кишки
 - д) Усиленная перистальтика
- По этиологическому признаку грыжи классифицируются
- а) на врожденные
 - б) на приобретенные
 - в) на рецидивные
 - г) на травматические
 - д) **на все перечисленные**
115. Наружная грыжа, это -
- а) **выхождение внутренних органов вместе с париетальной брюшиной** в брюшной полости через естественные или искусственные отверстия под кожу
 - б) выход внутренних органов из брюшной полости через поврежденную стенку живота
 - в) внедрение внутренних органов в различные брюшинные карманы
 - г) выход из брюшной полости органа или его части, не покрытой брюшиной, через естественные отверстия

- д) перемещение органов брюшной полости в грудную через естественные или приобретенные отверстия диафрагмы
116. Внутренняя грыжа – это:
- выхождение внутренних органов из брюшной полости через поврежденную (разрыв, ранение) стенку живота
 - перемещение органов брюшной полости в грудную через естественные или приобретенные отверстия и щели диафрагмы**
 - выхождение внутренних органов вместе с париетальной брюшиной из брюшной полости через естественные или искусственные отверстия под кожу
 - выхождение внутренних органов вместе с париетальной брюшиной через щели в мышечно-апоневротическом слое тазового дна при целостности кожных покровов
 - выхождение из брюшной полости органа или его части, не покрытой брюшиной, через естественные отверстия (например, матки через влагалище)
117. К внутренним грыжам относят
- грыжи белой линии живота
 - грыжи спигелевой линии
 - диафрагмальные грыжи**
 - поясничные грыжи
 - прямые паховые грыжи
118. Что не может быть содержимым грыжевого мешка тощей кишки
- сигмовидной кишки
 - сальника
 - прямой кишки**
 - слепой кишки
119. Оперативное лечение грыж не позволяет избежать
- увеличения размеров грыжи
 - ущемления грыжи
 - развития невраправимой грыжи
 - рецидива грыжи**
 - образования сложных грыж
120. Какой фактор нужно учитывать при выборе способа пластики грыжевых ворот?
- вид грыжи**
 - патогенетические условия ее развития
 - состояние тканей брюшной стенки
 - величину грыжевых ворот
 - все перечисленное
121. Что является противопоказанием к оперативному лечению неосложненных грыж является?
- постинфарктный атеросклероз
 - язвенная болезнь в стадии ремиссии**
 - тромбофлебит поверхностных вен конечностей
 - облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей
 - лимфостаз нижних конечностей
122. Наружное отверстие пахового канала образовано:
- расслоением внутренней косой мышцы живота
 - ножками апоневроза наружной косой мышцы живота**
 - кольцом в поперечной фасции
 - краями прямой и внутренней косой мышцы живота
 - овальной ямкой в широкой фасции бедра
123. В образовании пахового канала не принимают участия
- апоневроз наружной косой мышцы живота
 - внутренняя косая мышца живота

- в) **наружный край апоневроза прямой мышцы живота**
 г) поперечная мышца
 д) поперечная фасция
124. Передней стенкой пахового канала является
 а) паховая связка
 б) **апоневроз наружной косой мышцы живота**
 в) внутренняя косая мышца
 г) поперечная мышца
 д) поперечная фасция
125. Задней стенкой пахового канала является
 а) париетальная брюшина
 б) паховая связка
 в) внутренняя косая мышца живота
 г) поперечная мышца
 д) **поперечная фасция**
126. Верхней стенкой пахового канала является
 а) паховая связка
 б) прямая мышца
 в) поперечная фасция
 г) **свободный край внутренней косой и поперечной мышц живота**
 д) апоневроз наружной косой мышцы живота
127. Нижняя стенка пахового канала представлена
 а) прямой мышцей
 б) поперечной фасцией
 в) внутренней косой мышцей живота
 г) **паховой связкой**
 д) горизонтальной ветвью лобковой кости
128. Генетическая предрасположенность к язвенной болезни наследуется через все, кроме:
 а. **пониженной резистентности гастродуоденальной слизистой к повреждающим агентам (по К.М. Быкову и И.Т. Курцину)**
 б. избыточного развития железистого аппарата желудка
 в. 0 (I) группы крови
 г. 0 (I) группы крови в сочетании с отсутствием секреции желудком антигенов АВ0
 д. увеличения массы париетальных клеток
129. Для патогенеза язвенной болезни 12-перстной кишки характерно все, кроме:
 а. генетически детерминированной гиперплазии фундальных желез
 б. интенсивного непрерывного кислотообразования
 в. **выраженного дуоденогастрального рефлюкса**
 г. чрезмерной нагрузки на кислото-нейтрализующую функцию антрального отдела желудка
 д. развитие ацидопептического пилородуоденита
130. К факторам, защищающим гастродуоденальную слизистую, относят все, кроме:
 а. щелочной секреции желудка
 б. **рефлюкса в желудок щелочного дуоденального секрета**
 в. щадящей диеты
 г. нормальной гастродуоденальной моторики
 д. хорошего кровоснабжения гастродуоденальной зоны
131. Снижение резистентности слизистой оболочки желудка обусловлено всем, кроме:
 а. **усиленной выработки панкреатических бикарбонатов**
 б. дуодено-гастрального рефлюкса
 в. воспалительных изменений в ней

- г. нарушения органного кровотока
 - д. дегенеративного изменения в слизистой
132. Наиболее вероятной причиной снижения резистентности слизистой желудка, приводящей к развитию язвы, является:
- а. дефицит необходимых для воспроизводства клеток пластических субстанций и биохимически активных в-тв
 - б. метаболические сдвиги в организме
 - в. локальная ишемия гастродуоденальной слизистой
 - г. хронический гастрит
 - д. гормональные сдвиги в организме
133. Барьер, обеспечивающий сохранность гастродуоденальной слизистой, представлен:
- а. бикарбонатами желудочного сока
 - б. растворимой и нерастворимой слизью
 - в. покровно-эпителиальными клетками (мукоцитами) и слизистыми клетками желёз
 - г. только факторами, а) и б)
 - д. всеми перечисленными факторами
134. «За кислению» луковицы 12-перстной кишки и возможному повреждению слизистой способствует всё, кроме:
- а. избыточной выработки желудком соляной кислоты
 - б. дефицита панкреатических бикарбонатов
 - в. уменьшения продукции антрального гастрина при снижении рН в выходном отделе ниже 2,0
 - г. нескоординированного, с поступлением в 12 п. кишку соляной кислоты, выброса щелочного панкреатического секрета
 - д. ускоренного и неупорядоченного сброса кислоты в 12-перстную кишку
135. Для оценки жомно-клапанной функции кардии не используются:
- а. данные клиники
 - б. внутрижелудочная рН-метрия
 - в. фракционное исследование желудочной секреции
 - г. рентгенологическое исследование
 - д. эндоскопия
136. Для коррекции нарушенной жомно-клапанной функции кардии используются:
- а. консервативная терапия
 - б. эзофагофундопликация по Ниссену
 - в. дренирующие желудок операции
 - г. только б) и в)
 - д. все названные методы лечения
137. Нарушение дуоденальной проходимости вызывает всё, кроме:
- а. врождённых аномалий 12-п. кишки
 - б. ваготомии
 - в. артериомезентериальной компрессии 12-п. кишки
 - г. рубцового перидуоденита
 - д. высокой фиксации дуоденоюнального перехода
138. Истинное первичное нарушение дуоденальной проходимости наблюдается:
- а. при активном язвенном процессе в 12-п. кишке
 - б. при язвенном дуодените и перидуодените
 - в. при эссенциальном дуоденостазе
 - г. при пенетрации дуоденальной язвы
 - д. при стенозе 12-п. кишки при залуковичной язве
139. Клинические нарушения дуоденальной проходимости могут проявляться всем, кроме:
- а. тяжести и болей в подложечной области после еды

- б. более справа от пупка и рвоты с примесью желчи
 - в. аэрофагии, вздутия живота, неустойчивого стула
 - г. похудания, слабости, быстрой утомляемости, головокружения
 - д. ухудшения состояния в положении на правом боку и в коленно-локтевом положении
140. При язвенной болезни с нарушением дуоденальной проходимости применяется:
- а. резекция желудка по Бильрот-1
 - б. селективная проксимальная ваготомия
 - в. стволовая ваготомия с гастродуоденоанастомозом по Джабулею
 - г. резекция желудка по Бильрот-2
 - д. изолированный дуоденоюноанастомоз
141. Основными операциями при язвенной болезни с нарушением дуоденальной проходимости являются:
- а. резекция желудка по Бильрот-1
 - б. резекция желудка с ваготомией по Бильрот-2с дуоденоюноанастомозом
 - в. резекция желудка по Ру
 - г. только б) и в)
 - д. д. все названные операции
142. Лучшим парентеральным стимулятором желудочной секреции является:
- а. гистамин
 - б. пентагастрин
 - в. инсулин
 - г. гисталог
 - д. гастротест
143. При язвенной болезни 12-перстной кишки не имеет место:
- а. гиперсекреция с повышенной кислотностью желудочного сока
 - б. гипергастринемия
 - в. гастродуоденальная дисмоторика
 - г. закисление луковицы 12-перстной кишки
 - д. снижение сопротивляемости слизистой оболочки к-ки
144. Для болевого синдрома при дуоденальной язве не характерно:
- а. дневной ритм
 - б. связь с приёмом пищи
 - в. раннее (спустя 15-30 минут) появление после еды
 - г. ночные боли
 - д. голодные боли
145. Показаниями к плановой эзофаго-гастродуодено-скопии являются все перечисленные, кроме
- а. для установления диагноза
 - б. для оценки эффективности лечения
 - в. для установления локализации процесса
 - г. для определения источников кровотечения
 - д. ля проведения лечебных и опер-вных манипуляций
146. Показаниями к экстренной эзофаго-гастродуодено-скопии являются все перечисленные, кроме
- а. желудочно-кишечных кровотечений
 - б. инородного тела
 - в. перфоративной язвы
 - г. анастомозита
 - д. на операционном столе
147. Абсолютными противопоказаниями к плановой эзофагогастродуоденоскопии являются все перечисленные, кроме

- а. инфаркта миокарда
 - б. гемофилии
 - в. сердечно-сосудистой недостаточности III ст.
 - г. инсульта в острой стадии
 - д. психических заболеваний
148. Абсолютные противопоказания к экстренной гастроскопии
- а. варикозное расширение вен
 - б. инфаркт миокарда
 - в. психические заболевания
 - г. агональное состояние больного
 - д. желудочно-кишечные кровотечения
149. Диагностическая плановая лапароскопия показана при всех перечисленных заболеваниях, исключая
- а. асциты неясного генеза
 - б. дивертикулы 12-перстной кишки
 - в. диффузные заболевания печени
 - г. женское бесплодие
 - д. спленомегалию
150. Экстренная диагностическая лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях за исключением
- а. болей в животе неясного генеза
 - б. подозрения на острый аппендицит
 - в. подозрение на перфорацию полого органа
 - г. подозрение на трофические нарушения в жировых подвесках толстой кишки
 - д. желтухи неясного генеза
151. Лечебная лапароскопия показана при всех перечисленных заболеваниях, исключая
- а. трофические нарушения в жировых подвесках толстой кишки
 - б. хронический активный гепатит
 - в. тубо-перитонеальный фактор женского бесплодия
 - г. лимфаденит брыжейки кишки
 - д. неосложненный острый аппендицит

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ по дисциплине «Хирургические болезни» для студентов стоматологического факультета

Ситуационная задача №1

В приемное отделение больницы обратился больной 62 лет с жалобами на приступы кашля во время приёма жидкой пищи. Два месяца назад ему установлен диагноз – рак верхней трети пищевода. Получил лечебный курс дистанционной гамматерапии.

О каком осложнении может идти речь?

Ответ:

У больного возник пищеводно-трахеальный свищ.

Ситуационная задача №2

У больного 70 лет, который получал лучевую терапию по поводу рака верхней трети пищевода, после пятого сеанса внезапно появилась острая боль за грудиной с иррадиацией в спину, потом повысилась температура до 39 °С, усилилась дисфагия.

Какое осложнение имеет место?

Ответ:

У больного возникла перфорация опухоли пищевода и в дальнейшем – медиастинит.

Ситуационная задача №3

При поступлении в стационар больной предъявляет жалобы на слюнотечение, затруднённое глотание, поперхивание при глотании пищи.

Какой локализации рака пищевода отвечают данные жалобы?

Ответ

Верхняя треть пищевода.

Ситуационная задача №4

К врачу обратилась женщина 52 лет с жалобами на боль за грудиной, затруднение прохождения твердой пищи по пищеводу, повышенное слюнотечение. Назначено 0,1 % раствор атропина перед приемом пищи. Состояние здоровья нормализовалось. Через 3 дня при рентгеноскопии патологии не обнаружено.

Какая последующая тактика врача?

Ответ

Направление на фиброэзофагоскопию.

Ситуационная задача №5

При рентгенологическом исследовании желудка у больного с подозрением на рак рентгенолог обнаружил сужение просвета тела желудка (синдром «песочных часов»).

Какой макроскопической форме роста рака отвечает данная картина?

Ответ

Рентгенологическая картина отвечает инфильтративной форме роста (скир).

Ситуационная задача №6

При лапаротомии у больного раком желудка обнаружена неподвижная опухоль кардиального отдела, которая прорастает в диафрагму и забрюшинное пространство, значительно суживает просвет органа. В печени – множественные метастазы.

Какой оптимальный объём операции в данном случае?

Ответ

Показана симптоматическая операция – гастростомия.

Ситуационная задача №7

Больному выполнена гастрэктомия по поводу рака тела желудка T3N1M0. В программе диспансерного наблюдения запланирован регулярный эндоскопический контроль и определение опухолевого маркера.

Какой опухолюассоциированный антиген избрать для мониторинга?

Ответ

При раке желудка наиболее информативным является раково-эмбрионный антиген (РЕА).

Ситуационная задача №8

При лапаротомии у больного раком желудка обнаружена опухоль антрального отдела, которая перекрывает выход из желудка, прорастает в мезоколон, инфильтрирует печёчно-дуоденальную связку, головку поджелудочной железы. Желудок переполнен жидкостью. В печени – множественные метастазы.

Какой объём операции?

Ответ

Необходимо выполнить симптоматическую операцию – обходную гастроэнтеростомию

Ситуационная задача №9

Больной 59 лет. Жалобы на тупую боль в эпигастрии, не связанную с приёмом пищи, отрыжку воздухом. Считает себя больным в течение 9 лет. Лечился по поводу атрофического гастрита, последний курс лечения прошел месяц назад без эффекта. Объективно: кожа бледная, периферические л/в не увеличены; живот мягкий, болезненный

эпигастрии, печень – около края рёберной дуги. Пальцевое исследование прямой кишки – в пароректальной клетчатке обнаружено плотно-эластичное образование до 3 см в диаметре.

Какой предварительный диагноз?

Ответ

Рак желудка.

Ситуационная задача №10

Больная, 38 лет, жалуется на жидкий стул со слизью и кровью до 6-8 раз в сутки, боли в животе, больше слева в подвздошной области, тенезмы, субфебрильную температуру, снижение веса, слабость. Из анамнеза известно, что страдает данным заболеванием 3 года, заболевание имеет тенденцию к рецидивированию. Объективно: бледность кожных покровов, умеренная тахикардия до 100 уд/мин., болезненность при пальпации живота по ходу нисходящей толстой кишки, которая пальпируется в виде болезненного спазмированного тяжа в диаметре 3 см. В анализе крови: гемоглобин 90 г/л лейкоциты 10,0 СОЭ 30 мм гамма-глобулинов 28,2%. При ирригоскопии - сглаженность рельефа слизистой нисходящего отдела толстой кишки, отсутствие гаустраций. Кишка спазмирована, отмечается контактное кровотечение, осмотр затруднен.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Ответ

1. Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, фаза обострения, средне – тяжелая форма, активность II-IIIc поражением нисходящего отдела толстой кишки. Осложнение: железодефицитная анемия.
2. Стол 4а, преднизолон 40 мг в день в течение недели с дальнейшим снижением, сульфасалазин или салазидин по 2 таблетки 4 раза в день, микроклизмы с преднизолоном (20 мг) или с гидрокортизоном (125 мг), при необходимости гидрокортизон внутривенно (125 мг), препараты железа, лечение сопутствующего дисбактериоза.

Ситуационная задача №11

Больной, 37 лет, жалуется на ректальное кровотечение, небольшие боли внизу живота, слабость, головокружение. Из анамнеза известно, что в 20-летнем возрасте перенес какое-то заболевание, проявившееся кровавым поносом. Затем периодически повторялись кровотечения, которые объясняли геморроем. Не обследовался, месяц назад появились боли в животе. Объективно: состояние больного средней тяжести, отмечается бледность кожных покровов и слизистых, одышка, тахикардия до 100 уд/мин. Язык обложен, влажный. Живот вздут, болезненность при пальпации толстой кишки, сигмовидная кишка пальпируется в виде болезненного шнура. Температура тела 37,4 С.

1. Назовите заболевания, которые дают подобную картину и порядок диагностики.
2. Назначьте лечение.

Ответ .

1. Подобная картина заболевания может быть при язвенном колите, болезни Крона, туберкулезе кишечника, опухоли кишечника, постинфекционном колите, внутреннем геморрое. В плане диагностики необходимо следующее: осмотр хирурга; пальцевое исследование прямой кишки; обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости; УЗИ внутренних органов; колоноскопия (включая ректороманоскопию, биопсия); кал на копрологию, дисбактериоз, гельминты; анализ крови общий и биохимические анализы.
2. Лечение после верификации диагноза.

Ситуационная задача №12

Больной, 38 лет, геолог по профессии, после летнего экспедиционного сезона на фоне

хорошего самочувствия случайно обнаружил кровь в кале. К врачам не обращался. Через 2-3 недели после поднятия тяжести отметил резкое ухудшение в самочувствии - стал утомляться, ухудшился аппетит, появились боли в суставах и болезненные синюшно-розовые узлы на обеих голених возвышающиеся над кожей. Участился стул с болезненными тенезмами до 10-15 раз со слизью и кровью. Объективно: бледен, на голених элементы узловатой эритемы. Температура тела 37,8 С. Пальпаторно отмечается болезненность по ходу толстой кишки, пальпируется болезненная спазмированная сигма. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Тоны сердца ритмичные, тахикардия с ЧСС 89 уд/мин. Дыхание везикулярное. Анализ крови: гемоглобин 108 г/л эритроциты 2,5 тромбоциты 200,0 СОЭ 36 мм. Общий белок 70 г/л, альбумины 60% гамма-глобулины 30%. При микроскопии кала обнаружены слизь, лейкоциты, эритроциты, клетки кишечного эпителия. Ректороманоскопия: слизистая прямой кишки отечна, воспалена, гиперемирована, отмечаются гнойно-геморрагические наложения, контактная кровоточивость, эрозии и изъязвления. Ирригоскопия : сглаженность рельефа слизистой, отсутствие гаустраций, множественные язвы.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план лечения.
4. Определите трудоспособность и прогноз.

Ответ

1. Язвенный колит впервые выявленный, проктосигмоидит, средне – тяжелая форма, активность II-III. Узловатая эритема. Осложнение: железодефицитная анемия.
2. Дифференцировать в первую очередь необходимо с болезнью Крона
3. Стол 4а, преднизолон 40 мг в день с последующим снижением, сульфасалазин или салазодин по 2 – 4 гр в день, микроклизмы с преднизолоном (20мг) или гидрокортизоном (125мг) дважды в день, при необходимости гидрокортизон внутривенно по 125 мг, препараты железа, лечение дисбактериоза при его подтверждении.
4. В момент обострения – нетрудоспособен, в дальнейшем профессию геолога необходимо сменить. Прогноз сомнителен.

Ситуационная задача №13

У больной, 35 лет, периодически появляются схваткообразные боли в животе, частый жидкий стул со слизью и кровью. Объективно: на фоне значительного похудания, слабости и гиповитаминоза тахикардия. При ректороманоскопии слизистая кишки отечна и гиперемирована, кровоточит, множественные язвы. Гемоглобин 75 г/л СОЭ 60 мм.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Ответ

1. Диагноз можно поставить только после обследования. Дифференцировать следует: язвенный колит, болезнь Крона, опухоль кишечника, туберкулез кишечника.
2. Патогенетическое лечение провести после уточнения диагноза. На данный момент лечение симптоматическое: диета 4, противодиарейные препараты (смекта по 3 – 4 пакетика в сутки, имодиум (лоперамид) 4 мг одномоментно, затем по 2 мг после дефекации, регидратационные растворы, препараты железа.

Ситуационная задача №14

У 20-летней больной на фоне длительного стресса появился кровавый понос с частотой за сутки до 20 раз. При эндоскопическом исследовании слизистая в виде «губки» розового цвета, толстая, пористая, поры заполнены кровью, при дотрагивании - контактное кровотечение. Анализ кала на дизгруппу отрицательный.

1. Наиболее вероятный диагноз?

Ответ к задаче № 5.

1. Наиболее вероятен диагноз язвенный колит, острая форма.

Ситуационная задача №15

При рентгенологическом исследовании больного с патологией кишечника обнаружено: потеря гаустраций, сужение просвета, рельеф слизистой «мраморной окраски» - неравномерно контрастируется на всем протяжении, прослеживаются округлые образования в виде дефектов наполнения - псевдополипы.

1. Назовите предварительный диагноз.

Ответ:

1. Язвенный колит, хроническое течение. Тотальное поражение толстой кишки. Осложнение: псевдополипоз.

Ситуационная задача №16

У больного, 26 лет, частый жидкий стул с примесью крови, боли в правой подвздошной области. Здесь же пальпируется плотная кишка. При рентгенографии подвздошная кишка имеет вид «струны». Гемоглобин 96 г/л СОЭ 36 мм.

1. Назовите предварительный диагноз.

Ответ.

1. Предварительный диагноз болезнь Крона, хроническое течение с поражением слепого отдела толстой кишки, активность II степени. Железодефицитная анемия.

Ситуационная задача №17

У больной, 25 лет, 2 года назад во время приступа болей в правой половине живота, сопровождавшегося повышением температуры до 39 С, была проведена аппендэктомия. Через полгода после операции боли в правой половине живота возобновились. Последующие 2 года больная периодически лечилась в стационаре с диагнозом хронический энтероколит с переменным успехом. При очередной госпитализации при пальпации живота - болезненность в правой подвздошной области, там же пальпируется инфильтрат плотно-эластической консистенции. Ирригоскопия: в области баугиниевой заслонки определяется инфильтрат, распространяющийся на слепую кишку и терминальный отдел подвздошной кишки. Отмечается расширение приводящих петель подвздошной кишки, усиление перистальтики, наличие в них небольшого количества газа, что указывает на нарушение проходимости.

1. Ваш диагноз?

2. С какими заболеваниями будете проводить дифференциальную диагностику?

Ответ

1. Болезнь Крона

2. Дифференцировать с опухолью прямой кишки (колоноскопия с биопсией, при необходимости – лапароскопия).

Ситуационная задача №18

В клинику поступила больная, 38 лет, с жалобами на слабость, утомляемость, головокружение, поносы до 5-6 раз в сутки иногда с примесью крови, боли в животе, больше в правой подвздошной области. Больна 8 лет. Объективно: бледность и сухость кожных покровов. Масса тела 45 кг при росте 162 см. Пастозность голеней, хейлит, гингивит. АД 90/60 мм рт.ст. ЧСС 110 уд/мин. При пальпации живота болезненность и напряжение мышц в правом нижнем квадранте. Гемоглобин 90 г/л. Общий белок крови 52 г/л. Снижение уровня сывороточного железа, витаминов С и В12. Колоноскопия: сужение терминального отрезка подвздошной кишки и начального - слепой, резко замедлен пассаж бария. Продолжение колоноскопии затруднено. Гистологически выявлены эпителиоидноклеточные гранулемы с гигантскими клетками Лангханса.

1. Ваш диагноз?
2. Наметьте тактику лечения.

Ответ

1. Болезнь Крона, хроническое течение, фаза обострения, активность Пстепени, терминальный илеит. Осложнения: выраженная мальабсорбция, хейлит, гингивит, снижение массы тела. Железодефицитная анемия. Диета 4а с повышенным содержанием белка, салазопрепараты 2 – 4 гр в сутки (салофальк, асакол): при отсутствии эффекта глюкокортикостероиды внутрь и внутривенно, белковые препараты крови, поливитамины, фолиевая кислота 0,023 – 4 раза, эктеродез по 100 мл 1 – 3 раза в день, консультация хирурга.

Ситуационная задача №19

У больного, 42 лет, в течение года нарушение стула - запоры с задержкой стула до 4-8 дней. В этот период отмечаются тенезмы с выделением крови или кровавой слизи (ложная диарея). Объективно : кожные покровы бледноваты. Живот при пальпации болезнен в левой подвздошной области, пальпируется плотная болезненная сигма. Эндоскопически : слизистая гиперемирована, отмечаются эрозии, некоторые покрыты фибрином. Взята биопсия.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дальнейшая тактика ведения?

Ответ

1. Предварительный диагноз опухоль толстой кишки, болезнь Крона?
2. Тактика будет зависеть от окончательного диагноза.

Ситуационная задача №20

Больная 30 лет, обратилась по поводу постоянных запоров в течение многих лет. Оправляется с трудом 1 раз в 3-4 дня, каловые массы твердые, без примеси слизи и крови. В течение 2 месяцев принимает слабительные (пурген). Объективно: без особенностей, за исключением снижения тонуса брюшных мышц. Пальцевое исследование прямой кишки, ирригография без патологических изменений.

1. Вероятная причина запоров?
2. Ваше мнение о приеме слабительных?
3. Ваши рекомендации по медикаментозному лечению и их обоснование?
4. Ваши советы по диете?
5. Какие другие рекомендации?

Ответ

1. Хронический запор функционального происхождения.
2. Прекратить прием пургена и других раздражающих слабительных (касторовое масло, солевые слабительные, экстракты крушины и др.)
3. Можно рекомендовать периодический прием вазелинового масла во время еды. Пара-финовое масло улучшает кишечный транзит без раздражения кишечника и не препятствует всасыванию жирорастворимых витаминов.
4. Продукты, богатые клетчаткой, при каждой еде: хлеб с отрубями, зеленые овощи, салат, свежие фрукты, сухофрукты, обильное питье.
5. Ежедневные гимнастические упражнения для брюшного пресса; питье холодной воды натощак; дефекация в одно и то же время.

Ситуационная задача №21

Больная 32 лет. В течение нескольких лет беспокоят боли, ощущения вздутия и распираания в животе, чередование запоров с поносами, иногда с выделением слизи. Объективно: язык обложен у корня белым налетом. Живот вздут, при пальпации болезненный в области пупка и по ходу толстого кишечника, плеск и урчание в области слепой кишки. Печень и селезенка

не увеличены. Анализ крови: Hb - 128 г/л, лейкоц. - $6.8 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 12 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Необходимые исследования для подтверждения диагноза?
3. Лечебная тактика?

Ответ

1. Хронический энтероколит. Возможен синдром раздраженного кишечника.
2. Колоноскопия, анализ кала, анализ крови.
3. Диета: стол №4. Спазмолитики.

Ситуационная задача №22

Девушка 18 лет, поступила по поводу отеков на голенях и общую слабость. 3 года назад поносы, находили анемию, назначенное лечение (диета) соблюдала нерегулярно. Отеки появились 3 недели назад. Объективно: пониженного питания (рост - 165 см, масса тела - 46 кг), бледная. Отеки голеней и стоп мягкие, безболезненные, без признаков воспаления. Пульс - 100 в минуту, на верхушке систолический шум без иррадиации. АД - 100/75 мм рт.ст. Анализ крови: Hb - 90 г/л, железо - 6 мкмоль/л, общий белок - 46 г/л, натрий - 144 ммоль/л, калий - 2.8 ммоль/л, кальций - 1.6 ммоль/л. Анализ мочи: норма. ЭКГ: диффузное уплощение зубцов Т. Рентгенография грудной клетки без особенностей.

1. Возможная причина отеков?
2. Какая возможная причина гипопроотеинемии?
3. Как объединить все симптомы? О каком заболевании можно думать?
4. Какие дополнительные исследования требуются?
5. Ваши назначения по лечению

Ответ

1. Отеки означают гипергидратацию и могут происходить от трех основных причин. Тахикардия, систолический шум на верхушке и изменения ЭКГ позволяют думать о возможности заболевания сердца с застойной правожелудочковой недостаточностью. Однако, нормальные размеры сердца, отсутствие гепатомегалии это предположение исключают. Декомпенсированный цирроз печени исключается в силу отсутствия других признаков портальной гипертензии и патологии печени. Нефротический синдром может быть установлен в связи с отсутствием протеинурии.
2. При отсутствии болезни печени, почек и достаточном питании наиболее вероятной причиной гипопроотеинемии может быть заболевание тонкого кишечника с развитием синдрома мальабсорбции. В этой связи следовало бы при сборе анамнеза обратить большее внимание на поносы и их характер.
3. Синдром мальабсорбции, похудание, гипопроотеинемия, отеки. О железодефицитной анемии, дистрофии миокарда.
4. Анализ кала, диастаза мочи, колоноскопии с биопсией слизистой подвздошной кишки (энтерит, целиакия).
5. Больной требуется коррекция нарушенного метаболизма: внутривенное введение глюкозы, хлорида калия, глюконата кальция, витаминов группы В. Показано переливание смеси аминокислот, парентеральное введение препаратов железа. В последующем - подбор диеты, заместительные ферментативные препараты.

Ситуационная задача №23

В клинику поступил больной 62 лет. Из анамнеза выявлено, что в течении ряда лет больной страдает запорами, а в последнее время появились кровотечения из прямой кишки при дефекации. Они непостоянные и необильные. Кровь темная, иногда с примесью слизи. Признаков кишечного дискомфорта и болей внизу живота нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для его уточнения?

Ответ

1. Предварительный диагноз опухоль толстой кишки, геморрой
2. Ректороманоскопия, колоноскопия с биопсией, ирригоскопия, рентгеноскопия кишечника, кал на копрологию и дисбактериоз, анализы крови общий и биохимические.

Ситуационная задача №24

У больной 25 лет появились проблемы со стулом: частый, жидкий стул в течении нескольких последних недель периодически сменяется запором. Предпринятая медикаментозная терапия неэффективна. Похудела, стала уставать. Случайно обнаружила повышение температуры. Объективно: кожные покровы бледноваты, сухие. Тахикардия 85 уд/мин, систолический шум на верхушке. Живот при пальпации слегка напряжен и болезнен в области пупка.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Назначьте план исследований?

Ответ

1. Синдром раздраженной кишки с поносами и запорами
2. Анализы крови общий и биохимические, кал на копрологию, сахар крови, ЭКГ, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия, УЗИ органов брюшной полости, кал на дисбактериоз, ЭхоКГ, консультация невропатолога.

Ситуационная задача №25

У больного 65 лет на фоне достаточно удовлетворительного состояния возникла резкая боль в животе, преимущественно слева, вздутие, метеоризм, была неоднократная рвота, не приносящая облегчение. Объективно: бледен, живот напряжен, отмечается урчание, шум «плеска». Локально при пальпации живота пальпируется малоподвижное образование в левой подвздошной области. В анализе крови: НЬ 80 г/л СОЭ 50 мм.

1. Ваш предварительный диагноз и тактика ведения больного?

Ответ

1. Предварительный диагноз – опухоль толстой кишки, осложнившаяся острой кишечной непроходимостью. Необходима обзорная рентгеноскопия брюшной полости и срочная консультация хирурга.

Ситуационная задача №26

У больного 50 лет после акта дефекации появилась алая кровь, в большом количестве, боль в прямой кишке, слабость. В течении года неоднократно наблюдал небольшое количество крови в кале, отметил снижение трудоспособности.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования больного.

Ответ

1. Предварительный диагноз – опухоль прямой кишки? Внутренний геморрой?
2. Пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия с биопсией, ирригоскопия.

Ситуационная задача №27

У больной 60 лет на фоне немотивированной слабости стали появляться боли в суставах, их припухлость. При обследовании в крови: НЬ 70 г/л, СОЭ 52 мм/ч. В роду по материнской линии отмечаются раковые заболевания.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования больного?

Ответ

1. Предварительный диагноз – опухоль неуточненной локализации.
2. Необходимо углубленное обследование внутренних органов, в том числе –

гинекологическое для поиска неоплазмы.

Ситуационная задача №28

Больной 38 лет поступил в приемное отделение с диагнозом острого аппендицита. Жаловался на резкие схваткообразные боли в правой подвздошной области, тошноту, рвоту. Заболел накануне вечером. Объективно: больной мечется от болей схваткообразного характера. В правой подвздошной области напряжение мышц и резкая болезненность. При глубокой пальпации здесь пальпируется больших размеров инфильтрат.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения больного?

Ответ.

1. Инвагинация слепой кишки.
2. Ирригоскопия, консультация хирурга.

Ситуационная задача №29

Больная 28 лет жалуется на увеличение живота, чувство распирания его в верхнем отделе, тянущие боли по всему животу, неустойчивый стул, слабость, похудание, постоянный субфебрилитет. Считает себя больной около 1,5 месяца. Объективно: состояние тяжелое, истощена. Живот резко увеличен в объеме, в брюшной полости свободная жидкость.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Тактика ведения, лечения

Ответ к задаче № 20.

1. Опухоль брюшной полости.
2. ФГС, ирригоскопия, колоноскопия, УЗИ внутренних органов, лапароскопия

Ситуационная задача №30

Больная 39 лет поступила в клинику по поводу хронического гастрита. В последние 3 года неоднократно подвергалась рентгенологическому исследованию желудка, ДПК и толстого кишечника. изменений обнаружено не было. При поступлении при рентгеноскопии кишечника эвакуация бария началась своевременно. Пассаж по ДПК замедлен. Контрастная масса задерживается в её нисходящем и горизонтальном отделах, выполняя их отдельными скоплениями. Спустя 5 часов видны туго заполненные и расширенные петли верхнего отдела тонкой кишки, ниже на уровне тазового кольца, определяется скопление контрастной массы в виде отдельных комочков. Еще через 3 часа контрастная масса по-прежнему тугозаполняет расширенные петли верхнего отдела тонкой кишки.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дальнейшая тактика?

Ответ к задаче № 21.

1. Предварительный диагноз – опухоль илеоцекального угла (слепой кишки).
2. Колоноскопия, ирригоскопия, лапароскопия, общеклиническое обследование.

Ситуационная задача №31

Больной 56 лет поступил с жалобами на боли в левой половине живота, ежедневная многократная рвота жидкой массой. Болеет 6 месяцев. В области левой половины нижней губы типичная карциноидная опухоль. Живот мягкий, болезненный. Слева в околоушной области определяется плотная колбасовидная опухоль. Реакция Грегерсена резко положительная. При рентгеновском исследовании обнаружен стеноз тонкой кишки.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваша дальнейшая тактика?

Ответ к задаче № 22.

1. Предварительный диагноз – рак желудка 4 ст. с метастазами в лимфоузлы (вирховская железа). Не исключается мультицентрический рак нижней губы.
2. Биопсия или мазок с карциноидной опухоли. Пункция вирховской железы. ФГС с

биопсией. Консультация онколога.

Ситуационная задача №32

У мужчины 40 лет появился ахоличный стул и темная моча, а через несколько дней – желтушное окрашивание кожи и склер. Из анамнеза известно, что шесть месяцев назад пациенту произведен остеосинтез в связи с переломом бедра.

Объективно: живот обычной формы, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья, печень увеличена на 3-4 см ниже реберной дуги. Симптом Ортнера слабо положительный, симптом Щеткина-Блюмберга, Курвуазье отрицательные. Отмечается желтушное окрашивание кожи и склер.

Лабораторные показатели: общий билирубин 68,4 мкмоль/л; прямой билирубин 51,3 мкмоль/л; АлТ 75 МЕ/л; амилаза крови 32 МЕ/л; АТ к НBS-Ag отрицательный.

УЗИ: холедох расширен до 1 см, умеренное растяжение желчного пузыря, содержащего осадок. Печень увеличена, с явлениями гепатоза, незначительно расширенными внутриспеченочными протоками. Головка поджелудочной железы обычных размеров.

Ваш предварительный диагноз?

Дифференциальная диагностика.

Нужны ли дополнительные методы исследования? Если да, то какие?

Тактика и план лечения?

Ответ:

У больного не исключается механическая желтуха. Необходима дифференциальная диагностика с гепатитом, с опухолью панкреато-дуоденальной зоны. В плане уточнения диагноза и причины механической желтухи необходимо ЭРПХГ или чрезкожная, чрезпупочная холеграфия. При наличии механической желтухи показано срочное хирургическое лечение (холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха или эндоскопическая папиелотомия, удаление конкрементов, вторым этапом – холецистэктомия; при опухоли панкреато-дуоденальной зоны – билидигестивный анастомоз).

Ситуационная задача №33

Больная 59 лет поступила в клинику с умеренно выраженными болями в области правого подреберья. Из анамнеза известно, что заболела 3 дня назад, когда внезапно появились сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, тошнота, рвота. Приступ болей продолжался около 3 часов, его удалось купировать введением спазмолитиков. После приступа сохранялись ноющие боли в области правого подреберья. Ранее у больной отмечались подобные приступы болей, но они были менее продолжительными.

Объективно: кожа и склеры глаз обычной окраски, температура тела 36,70С, пульс 76 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 150/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, напряжения брюшной стенки не отмечается, в области правого подреберья определяется умеренно болезненное опухолевидное образование размерами 11х5 см с четкими контурами, эластичной консистенции, смещаемость его ограничена. Симптомы Ортнера, Мерфи выражены слабо, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Анализ крови и мочи без отклонений от нормы.

УЗИ: печень не увеличена, желчный пузырь размерами 12х5 см, контуры его четкие, толщина стенки 4 мм, полость гомогенная, в области шейки определяется акустическая тень (конкремент) 0,8х0,9 см.

Какие причины могут привести к появлению опухолевидного образования в правом подреберье?

Ваш предполагаемый диагноз?

План лечения?

Ответ:

К появлению опухолевидного образования в правом подреберье привели обструктивный

холецистит, далее возникла водянка желчного пузыря. Больной показано оперативное лечение – холецистэктомия.

Ситуационная задача №34

Больная 55 лет поступила в клинику с жалобами на желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд, чувство тяжести в правом подреберье и подложечной области, общую слабость, потемнение мочи.

Заболела 3 дня назад, когда впервые внезапно появились сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие в правое надплечье. Приступ продолжался около 2 часов, купировался после внутривенного введения спазмолитиков. Подобный приступ повторился сутки назад. Отмечались тошнота, рвота, повышение температуры тела до 38,0С. Приступ продолжался около 8 часов. На следующий день появилось желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд; был обесцвеченный кал.

Объективно: кожа и склеры глаз желтушной окраски. Пульс 78 в минуту удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень и желчный пузырь не пальпируются. Симптомы Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Щеткина-Блюмберга отрицательные.

Лабораторные показатели: общий билирубин 149 мкмоль/л, прямой билирубин 97 мкмоль/л, непрямой билирубин 52 мкмоль/л; АлАТ 415,3 ед. акт./л, АсАТ 162,2 ед. акт./л; щелочная фосфатаза 109,6 ед. акт./л.

УЗИ: малоинформативно.

Предполагаемая причина желтухи?

Дифференциальная диагностика?

Как уточнить диагноз?

Ответ:

Предварительный диагноз: механическая желтуха. причина – желчнокаменная болезнь.

Дифференциальная диагностика: гепатит, рак панкреато-дуоденальной зоны. Уточнить диагноз можно методом ЭРХПГ.

Ситуационная задача №35

Больной 78 лет поступил в клинику на 6 сутки от начала заболевания с жалобами на боли в области правого подреберья, рвоту, общую слабость.

Заболевание началось с приступа сильных болей в области правого подреберья, затем появились тошнота, рвота. Через несколько часов интенсивность болей уменьшилась, появилась общая слабость, повышение температуры тела до 38,0С. Из анамнеза известно, что больной страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом.

Объективно: общее состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура тела 38,00С. Пульс 90 в мин. удовлетворительных качеств. АД 180/100 мм рт. ст. Язык суховат, обложен сероватым налетом. Живот обычной формы, при пальпации выраженная болезненность в области правого подреберья, здесь же напряжение брюшной стенки. В области правого подреберья пальпаторно определяется болезненное опухолевидное образование 6х5 см, плотной консистенции, с четкими контурами. Симптомы Ортнера, Мерфи, Щеткина-Блюмберга положительные.

Анализ крови: лейкоцитов 14,5х10⁹/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 30 мм/ч.

УЗИ: печень не увеличена, желчный пузырь размерами 12х5 см, толщина его стенки 8 мм, в просвете его множественные конкременты размерами от 0,5х0,7 см до 0,2х0,2 см.

Ваш диагноз?

Какую тактику следует избрать врачу?

Назначьте лечение (если консервативное, то какими препаратами; если оперативное, то какая операция более целесообразна).

Ответ:

Острый калькулезный холецистит, эмпиема желчного пузыря. Больному, после

предоперационной подготовки показана холецистэктомия, дренирование брюшной полости.

Ситуационная задача №36

Домохозяйка 50 лет доставлена в хирургическую клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту и многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела.

Болеет сутки, приступ начался постепенно, через 2 часа после приема жирной пищи. Ранее у больной дважды были аналогичные приступы.

Объективно: больная повышенного питания, частота дыхания 20 в мин., АД 130/80 мм рт. ст., пульс 100 уд. в минуту, ритмичный; температура тела 37,80С. Кожа и слизистые оболочки обычного цвета. Легкие – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье, здесь же определяется опухолевидное образование 5x7 см, резко болезненное. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

УЗИ: желчный пузырь увеличен в размерах, толщина стенки 0,4 см, в просвете множественные конкременты 0,3-0,5 см в диаметре. Холедох – 1 см. Печень и поджелудочная железа не изменены.

Анализ крови: лейкоцитов 10,5x10⁹/л, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 25мм/час, гемоглобин и эритроциты в пределах нормы. Анализ мочи без отклонений от нормы. Содержание трансаминаз в сыворотке крови в пределах нормы.

Какие причины могут привести к появлению опухолевидного образования в правом подреберье?

Ваш предполагаемый диагноз?

Какую лечебную тактику следует избрать хирургу?

Назначьте лечение (если консервативное, то какими препаратами; если оперативное, то какая операция показана).

Ответ:

К появлению опухолевидного образования в правом подреберье привел обструктивный калькулезный холецистит. Больному показано оперативное лечение в экстренном порядке – холецистэктомия.

Ситуационная задача №37

Женщина 45 лет перенесла обычную холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Из холедоха было удалено 2 конкремента, в общий желчный проток был установлен Т-образный дренаж. На 7-й день после операции содержание билирубина в сыворотке крови повышено, был приступ спастических болей в области правого подреберья, иррадиирующих в спину. По дренажу оттекает до 800 мл обычного цвета желчи в сутки.

Какова причина болей, возникших на 7-й день после операции?

Каков следующий шаг в ведении больной?

Ответ

Причина появления болей, возникших на 7 день после операции препятствие в холедохе (конкремент), ниже места нахождения дренажа. Необходимо произвести фистулохолангиографию, которая выявит препятствие в холедохе. Можно произвести попытку удаления конкремента через дренаж, если она неудачна, то показано оперативное лечение – релапаротомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха.

Ситуационная задача №38

Женщина 30 лет перенесла лапароскопическую холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Через 72 часа после операции у нее появились боли по всему животу, тошнота, многократная рвота с желчью, слабость.

При осмотре общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, АД 100/60 мм рт. ст., пульс 110 в мин., температура тела 38,20С. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительные. Перистальтика не выслушивается, газы не отходят. Повязка в области дренажа промокла светлой желчью.

О каких послеоперационных осложнениях можно подумать?

Нужны ли дополнительные методы обследования?

Ваш диагноз?

Тактика и лечение?

Ответ:

Можно думать о послеоперационном желчном перитоните. Больному после кратковременной предоперационной подготовки в экстренном порядке показана релапаротомия, ревизия брюшной полости, поиск источника желчеистечения (ранение протоков, прорезывание лигатуры с культи пузырного протока).

Ситуационная задача №39

Больная 68 лет поступила в клинику с жалобами на сильные боли в правой половине живота, больше в правом подреберье, рвоту, общую слабость.

Заболела 20 часов назад, когда после приема жирной пищи возникли боли в области правого подреберья, тошнота, рвота съеденной пищей. Через 4 часа боли несколько стихли, но полностью не прошли. Через 18 часов от начала заболевания наступило ухудшение: появились резкие боли в правой половине живота, озноб, повторная рвота.

Объективно: больная заторможена, отмечается цианоз кожных покровов и губ. Температура тела 38,40С. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца расширены влево. Пульс 102 в мин., ритмичный, слабого наполнения, АД 100/50 мм рт. ст. Язык сухой, обложен серовато-белым налетом. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации мягкий, отмечается ригидность брюшной стенки справа на всем протяжении, выраженная болезненность в правых отделах живота, более выраженная в области правого подреберья. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Симптомы Мерфи, Ортнера выражены. Кишечная перистальтика ослаблена. При ректальном исследовании: выраженная болезненность тазовой брюшины.

Анализ крови: лейкоцитов $18 \times 10^9/\text{л}$, выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Ваш предполагаемый диагноз?

Какую тактику следует избрать хирургу?

План лечения?

Ответ:

Предоперационный диагноз: острый холецистит, осложненный разлитым перитонитом. После предоперационной подготовки показана экстренная операция лапаротомия, холецистэктомия, санация брюшной полости и ее дренирование.

Ситуационная задача №40

У мужчины 40 лет появился ахоличный стул и темная моча, а через несколько дней

– желтушное окрашивание кожи и склер. Из анамнеза известно, что шесть месяцев назад пациенту произведен остеосинтез в связи с переломом бедра.

Объективно: живот обычной формы, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья, печень увеличена на 3-4 см ниже реберной дуги. Симптом Ортнера слабо положительный, симптом Щеткина-Блюмберга, Курвуазье отрицательные. Отмечается желтушное окрашивание кожи и склер.

Лабораторные показатели: общий билирубин 68,4 мкмоль/л; прямой билирубин 51,3 мкмоль/л; АлТ 75 МЕ/л; амилаза крови 32 МЕ/л; АТ к НБС-Аг отрицательный.

УЗИ: холедох расширен до 1 см, умеренное растяжение желчного пузыря, содержащего осадок. Печень увеличена, с явлениями гепатоза, незначительно расширенными внутрипеченочными протоками. Головка поджелудочной железы обычных размеров.

Ваш предварительный диагноз?

Дифференциальная диагностика.

Нужны ли дополнительные методы исследования? Если да, то какие?

Тактика и план лечения?

Ответ:

У больного не исключается механическая желтуха. Необходима дифференциальная диагностика с гепатитом, с опухолью панкреато-дуоденальной зоны. В плане уточнения диагноза и причины механической желтухи необходимо ЭРПХГ или чрезкожная, чрезпупочная холеграфия. При наличии механической желтухи показано срочное хирургическое лечение (холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха или эндоскопическая папиелотомия, удаление конкрементов, вторым этапом – холецистэктомия; при опухоли панкреато-дуоденальной зоны – билидигестивный анастомоз).

Ситуационная задача №41

Больная 59 лет поступила в клинику с умеренно выраженными болями в области правого подреберья. Из анамнеза известно, что заболела 3 дня назад, когда внезапно появились сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, тошнота, рвота. Приступ болей продолжался около 3 часов, его удалось купировать введением спазмолитиков. После приступа сохранялись ноющие боли в области правого подреберья. Ранее у больной отмечались подобные приступы болей, но они были менее продолжительными.

Объективно: кожа и склеры глаз обычной окраски, температура тела 36,70С, пульс 76 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 150/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, напряжения брюшной стенки не отмечается, в области правого подреберья определяется умеренно болезненное опухолевидное образование размерами 11х5 см с четкими контурами, эластичной консистенции, смещаемость его ограничена. Симптомы Ортнера, Мерфи выражены слабо, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Анализ крови и мочи без отклонений от нормы.

УЗИ: печень не увеличена, желчный пузырь размерами 12х5 см, контуры его четкие, толщина стенки 4 мм, полость гомогенная, в области шейки определяется акустическая тень (конкремент) 0,8х0,9 см.

Какие причины могут привести к появлению опухолевидного образования в правом подреберье?

Ваш предполагаемый диагноз?

План лечения?

Ответ:

К появлению опухолевидного образования в правом подреберье привели обструктивный холецистит, далее возникла водянка желчного пузыря. Больной показано оперативное лечение – холецистэктомия.

Ситуационная задача №42

Больная 55 лет поступила в клинику с жалобами на желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд, чувство тяжести в правом подреберье и подложечной области, общую слабость, потемнение мочи.

Заболела 3 дня назад, когда впервые внезапно появились сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие в правое надплечье. Приступ продолжался около 2 часов, купировался после внутривенного введения спазмолитиков. Подобный приступ повторился сутки назад. Отмечались тошнота, рвота, повышение температуры тела до 38,0С. Приступ продолжался около 8 часов. На следующий день появилось желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд; был обесцвеченный кал.

Объективно: кожа и склеры глаз желтушной окраски. Пульс 78 в минуту удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот при пальпации

мягкий безболезненный. Печень и желчный пузырь не пальпируются. Симптомы Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Щеткина-Блюмберга отрицательные.

Лабораторные показатели: общий билирубин 149 мкмоль/л, прямой билирубин 97 мкмоль/л, непрямой билирубин 52 мкмоль/л; АлАТ 415,3 ед. акт./л, АсАТ 162,2 ед. акт./л; щелочная фосфатаза 109,6 ед. акт./л.

УЗИ: малоинформативно.

Предполагаемая причина желтухи?

Дифференциальная диагностика?

Как уточнить диагноз?

Ответ:

Предварительный диагноз: механическая желтуха. причина – желчнокаменная болезнь.

Дифференциальная диагностика: гепатит, рак панкреато-дуоденальной зоны. Уточнить диагноз можно методом ЭРХПГ.

Ситуационная задача №43

Больной 78 лет поступил в клинику на 6 сутки от начала заболевания с жалобами на боли в области правого подреберья, рвоту, общую слабость.

Заболевание началось с приступа сильных болей в области правого подреберья, затем появились тошнота, рвота. Через несколько часов интенсивность болей уменьшилась, появилась общая слабость, повышение температуры тела до 38,0С. Из анамнеза известно, что больной страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом.

Объективно: общее состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура тела 38,00С. Пульс 90 в мин. удовлетворительных качеств. АД 180/100 мм рт. ст. Язык суховат, обложен сероватым налетом. Живот обычной формы, при пальпации выраженная болезненность в области правого подреберья, здесь же напряжение брюшной стенки. В области правого подреберья пальпаторно определяется болезненное опухолевидное образование 6х5 см, плотной консистенции, с четкими контурами. Симптомы Ортнера, Мерфи, Щеткина-Блюмберга положительные.

Анализ крови: лейкоцитов 14,5х10⁹/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 30 мм/ч.

УЗИ: печень не увеличена, желчный пузырь размерами 12х5 см, толщина его стенки 8 мм, в просвете его множественные конкременты размерами от 0,5х0,7 см до 0,2х0,2 см.

Ваш диагноз?

Какую тактику следует избрать врачу?

Назначьте лечение (если консервативное, то какими препаратами; если оперативное, то какая операция более целесообразна).

Ответ:

Острый калькулезный холецистит, эмпиема желчного пузыря. Больному, после предоперационной подготовки показана холецистэктомия, дренирование брюшной полости.

Ситуационная задача №44

Домохозяйка 50 лет доставлена в хирургическую клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту и многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела.

Болеет сутки, приступ начался постепенно, через 2 часа после приема жирной пищи.

Ранее у больной дважды были аналогичные приступы.

Объективно: больная повышенного питания, частота дыхания 20 в мин., АД 130/80 мм рт. ст., пульс 100 уд. в минуту, ритмичный; температура тела 37,80С. Кожа и слизистые оболочки обычного цвета. Легкие – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье, здесь же

определяется опухолевидное образование 5x7 см, резко болезненное. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

УЗИ: желчный пузырь увеличен в размерах, толщина стенки 0,4 см, в просвете множественные конкременты 0,3-0,5 см в диаметре. Холедох – 1 см. Печень и поджелудочная железа не изменены.

Анализ крови: лейкоцитов 10,5x10⁹/л, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 25 мм/час, гемоглобин и эритроциты в пределах нормы. Анализ мочи без отклонений от нормы. Содержание трансаминаз в сыворотке крови в пределах нормы.

Какие причины могут привести к появлению опухолевидного образования в правом подреберье?

Ваш предполагаемый диагноз?

Какую лечебную тактику следует избрать хирургу?

Назначьте лечение (если консервативное, то какими препаратами; если оперативное, то какая операция показана).

Ответ:

К появлению опухолевидного образования в правом подреберье привел обструктивный калькулезный холецистит. Больному показано оперативное лечение в экстренном порядке – холецистэктомия.

Ситуационная задача №45

Женщина 45 лет перенесла обычную холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Из холедоха было удалено 2 конкремента, в общий желчный проток был установлен Т-образный дренаж. На 7-й день после операции содержание билирубина в сыворотке крови повышено, был приступ спастических болей в области правого подреберья, иррадиирующих в спину. По дренажу оттекает до 800 мл обычного цвета желчи в сутки.

Какова причина болей, возникших на 7-й день после операции?

Каков следующий шаг в ведении больной?

Ответ.

Причина появления болей, возникших на 7 день после операции препятствие в холедохе (конкремент), ниже места нахождения дренажа. Необходимо произвести фистулохолангиографию, которая выявит препятствие в холедохе. Можно произвести попытку удаления конкремента через дренаж, если она неудачна, то показано оперативное лечение – релапаротомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха.

Ситуационная задача №46

Женщина 30 лет перенесла лапароскопическую холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Через 72 часа после операции у нее появились боли по всему животу, тошнота, многократная рвота с желчью, слабость.

При осмотре общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, АД 100/60 мм рт. ст., пульс 110 в мин., температура тела 38,20С. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительные. Перистальтика не выслушивается, газы не отходят. Повязка в области дренажа промокла светлой желчью.

О каких послеоперационных осложнениях можно подумать?

Нужны ли дополнительные методы обследования?

Ваш диагноз?

Тактика и лечение?

Ответ:

Можно думать о послеоперационном желчном перитоните. Больному после кратковременной предоперационной подготовки в экстренном порядке показана

релапаротомия, ревизия брюшной полости, поиск источника желчеистечения (ранение протоков, прорезывание лигатуры с культи пузырного протока).

Ситуационная задача №47

Больная 68 лет поступила в клинику с жалобами на сильные боли в правой половине живота, больше в правом подреберье, рвоту, общую слабость.

Заболела 20 часов назад, когда после приема жирной пищи возникли боли в области правого подреберья, тошнота, рвота съеденной пищей. Через 4 часа боли несколько стихли, но полностью не прошли. Через 18 часов от начала заболевания наступило ухудшение: появились резкие боли в правой половине живота, озноб, повторная рвота.

Объективно: больная заторможена, отмечается цианоз кожных покровов и губ. Температура тела 38,40С. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца расширены влево. Пульс 102 в мин., ритмичный, слабого наполнения, АД 100/50 мм рт. ст. Язык сухой, обложен серовато-белым налетом. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации мягкий, отмечается ригидность брюшной стенки справа на всем протяжении, выраженная болезненность в правых отделах живота, более выраженная в области правого подреберья. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Симптом Мерфи, Ортнера выражены. Кишечная перистальтика ослаблена. При ректальном исследовании: выраженная болезненность тазовой брюшины.

Анализ крови: лейкоцитов $18 \times 10^9/\text{л}$, выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Ваш предполагаемый диагноз?

Какую тактику следует избрать хирургу? План лечения?

Ответ:

Предоперационный диагноз: острый холецистит, осложненный разлитым перитонитом. После предоперационной подготовки показана экстренная операция лапаротомия, холецистэктомия, санация брюшной полости и ее дренирование.

Ситуационная задача №48

Больной 42 лет экстренно госпитализирован в клинику с жалобами на резкие опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту.

Заболел 24 часа назад, когда после употребления алкоголя появились сильные боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, тошноту, рвоту содержимым желудка, а затем желчью. Боли несколько стихли, а затем возобновились с новой силой.

Объективно: пульс 92 в мин. удовлетворительных качеств, АД 130/80 мм рт. ст. Язык сухой. Живот умеренно вздут, напряжен и болезнен в подложечной области и правом подреберье. Симптом Воскресенского, Мейо-Робсона, Керте положительные. Перитонеальных симптомов нет. Кишечная перистальтика прослушивается.

Анализ крови: лейкоцитов $11,2 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцитопения. Амилаза мочи 512 ед. Вольгемота. Ваш предполагаемый диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза? Тактика и план лечения?

Ответ:

Предполагаемый диагноз: острый панкреатит (отечная форма). Необходимо дифференцировать с прободной язвой желудка и ДПК, острым холециститом, острой кишечной непроходимостью. Дополнительные исследования: УЗИ печени и желчных путей, поджелудочной железы. Лечение консервативное: голод, холод на область эпигастрии, новокаиновые блокады (паранефральная, по Благовидову), сандостатин, спазмолитики, введение электролитных растворов.

Ситуационная задача №50

Больная 62 года экстренно госпитализирована в клинику с жалобами на боль в верхней

половине живота, тошноту, многократную рвоту, общую слабость.

Заболела 30 часов назад, когда внезапно через час после приема обильной жирной пищи возникла сильная боль в эпигастрии и области левого подреберья. Вскоре боль усилилась, стала почти нестерпимой, присоединилась многократная рвота первоначально желудочным, а затем дуоденальным содержимым. Стул был двое суток назад, газы последние 24 часа не отходили.

Объективно: больная стонет, просит о помощи. Кожные покровы бледные, влажные. Число дыханий в минуту 25. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс 110 в мин., ритмичный слабого наполнения. АД 100/75 мм рт. ст. Тоны сердца глухие.

Язык сухой обложен серовато-белым налетом. Живот умеренно вздут в эпигастрии, в акте дыхания участвует ограничено. При пальпации наибольшая болезненность отмечается в подложечной области, здесь же при попытке более глубокой пальпации определяется защитное напряжение брюшной стенки. В других отделах живот мягкий, умеренно болезненный. Симптом Щеткина слабо положительный. Симптом Воскресенского отрицательный, симптом Мейо-Робсона положительный. Кишечная перистальтика едва прослушивается. При перкуссии в верхних отделах живота равномерный тимпанит, укорочение перкуторного звука в правых отделах живота.

При ректальном исследовании тонус сфинктера сохранен, ампула не раздута, болезненности не отмечается.

Анализ крови: лейкоцитов 17×10^9 /л, формула в пределах нормы, СОЭ 10 мм/час. Мочевина крови 17 ммоль/л, кальций плазмы крови 1,9 ммоль/л. При рентгенологическом исследовании обнаружено небольшое количество жидкости в левом плевральном синусе и изолированное вздутие поперечно-ободочной кишки.

Ваш предполагаемый диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Тактика и план лечения?

Ответ:

Предполагаемый диагноз: острый панкреатит (жировой панкреонекроз). Нужно проводить дифференциальную диагностику с острым холециститом, прободной язвой желудка и ДПК, острой кишечной непроходимостью. Лечение начинается с проведения консервативных мероприятий: голод, холод на область эпигастрии, новокаиновая блокада, сандостатин, спазмолитики, введение электролитных растворов, гемодез, ингибиторы протеаз, антибиотикотерапия. В случае нарастания симптомов перитонита показано хирургическое лечение

Контрольные вопросы и задания для проведения промежуточного контроля по курсу «Хирургические болезни» для студентов специальности «Стоматология»

Примерный перечень вопросов к итоговому экзамену по дисциплине «Хирургические болезни»

1. Зоб и тиреотоксикоз. Осложнения вовремя и после операции. Клиника осложнений, их лечение и профилактика.
2. Тиреоидиты и струмиты. Определение. Понятия. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное и хирургическое лечение. Тиреоидит Хашимото и Риделя.
3. Рак щитовидной железы. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Типы операций. Комбинированное лечение.
4. Острый мастит. Классификация. Клиника различных форм. Диагностика. Консервативное лечение. Показания к операции, методы операции. Профилактика

- маститы у беременных и родильниц.
5. Дисгормональные заболевания молочной железы. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение консервативное и хирургическое.
 6. Доброкачественные опухоли молочной железы. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
 7. Рак молочной железы. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций.
 8. Пневмоторакс. Классификация. Причины. Клиника. Диагностика. Первая помощь. Лечение. Спонтанный пневмоторакс. Причины. Лечение.
 9. Острый абсцесс легкого. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативные методы лечения. Показания к операции в остром периоде. Виды операций. Осложнения.
 10. Хронический абсцесс легкого. Причины перехода острого абсцесса в хронический. Клиника. Диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение.
 11. Гангрена легкого. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Стафилококковая деструкция легких. Понятие. Клиника. Диагностика. Лечение.
 12. Острая эмпиема плевры. Определение понятия. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Показания к дренированию плевральной полости. Виды дренирования.
 13. Хроническая эмпиема плевры. Понятие. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Клиника. Диагностика. Лечение. Открытые и закрытые методы лечения.
 14. Аневризмы брюшной аорты. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Расслаивающаяся аневризма и ее клиника. Лечение.
 15. Артериальные тромбозы и эмболии. Понятие, отличие. Этиология. Клиника. Степени ишемии конечностей. Диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения.
 16. Облитерирующий атеросклероз периферических артерий. Клиническая картина по стадиям. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Консервативное лечение. Показание к оперативному лечению. Виды операций. Показания к ампутациям. Синдром Лериша.
 17. Облитерирующий эндартериит периферических артерий. Клиническая картина по стадиям. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению. Виды операций. Показания к ампутациям. Болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит).
 18. Ампутация и экзартикуляция. Принципы ампутации и протезирования верхних и нижних конечностей.
 19. Болезнь Рейно. Клиника. Диагностика. Лечение.
 20. Варикозное расширение вен нижних конечностей (Варикозной). Первичный и вторичный варикоз. Клиника. Функциональные пробы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания и противопоказания к традиционным и эндохирургическим операциям. Виды операций. Склерозирующая терапия.
 21. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Течение заболевания. Осложнения, их клиника и лечение. Правила эластического бинтования нижних конечностей. Причины рецидива варикозной болезни.
 22. Флеботромбозы и тромбозы глубоких вен нижних конечностей. Клиника в зависимости от локализации и протяженности тромбоза. Диагностика. Консервативное и оперативное лечение. Виды операций.
 23. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное и оперативное лечение.

- Профилактика.
24. Синдром Педжета – Шреттера. Определение понятия. Причины острого тромбоза подключичной вены. Клиника. Диагностика. Лечение.
 25. Грыжи живота. Определение. Элементы грыжи живота. Классификация грыж живота по происхождению и локализации. Общая симптоматика грыж. Редкие формы грыж живота.
 26. Показания и противопоказания к грыже сечению. Основные этапы операции грыже сечения. Принципы надежной пластики грыжевых ворот.
 27. Косая паховая грыжа. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций. Врожденная паховая грыжа.
 28. Прямая и косая паховые грыжи (анатомические и клинические различия). Причины рецидива грыж. Методы операций.
 29. Прямая паховая грыжа. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций. Скользящая грыжа: особенности строения и хирургической техники.
 30. Паховые грыжи. Грыже сечение по Кукуджанову. Отношение связки Купера к пупартовой. Грыже сечение по Мартынову.
 31. Бедренные грыжи. Анатомия бедренного канала. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций.
 32. Пупочные грыжи. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций. Особенности лечения пупочных грыж в детском возрасте.
 33. Диастаз прямых мышц живота. Определение понятия. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
 34. Грыжи белой линии живота: клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, методы операций.
 35. Послеоперационные грыжи живота (вентральные). Причины, клиника, диагностика. Осложнения. Методы операций. Ущемление в грыжевом мешке.
 36. Осложнения грыж живота: воспаление, невправимость, копростаз, ущемление, травма. Определение понятия. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
 37. Ущемленная грыжа. Определение понятия. Виды ущемления. Патологоанатомические и патофизиологические изменения в различных участках (отделах) ущемленного органа. Клиника ущемления. Дифференциальный диагноз.
 38. Особенности оперативной техники при ущемленной грыже живота. Критерии для определения жизнеспособности ущемленной петли кишки. Лечебная тактика при: сомнительном диагнозе ущемленной грыжи живота; при самопроизвольном вправлении ущемлённой грыжи; при ложном ущемлении.
 39. Мнимое вправление ущемленной грыжи живота. Показания и принципы резекции кишечника. Тактика при сомнительной жизнеспособности практически всей ущемленной тонкой кишки. Хирургическая тактика при флегмоне грыжевого мешка.
 40. Грыжи пищевода отверстия диафрагмы. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Осложнения. Принципы консервативного лечения. Показания к оперативному лечению. Методы операций.
 41. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к оперативному лечению. Методы операций. Грыжи Ларрея и Бохдалека.
 42. Медиастинит. Классификация. Клиника переднего и заднего медиастинита. Диагностика. Виды операций. Доступы.
 43. Дивертикулы пищевода. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
 44. Химические ожоги пищевода. Патогенез и патофизиология заболевания. Первая помощь при ожогах. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.

- Осложнения. Консервативное лечение в остром и мета ожоговом периоде. Место лечения в остром периоде. Раннее и позднее бужирование.
45. Рубцовые сужения пищевода после химического ожога. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Локализация и формы сужения. Методы бужирования. Показания к хирургическому вмешательству. Оперативное лечение: подготовка, доступы, анестезия, виды операций. Органы для эзофагопластики. Пути проведения трансплантата по отношению к грудной клетке и плевральной полости.
 46. Кардиоспазм (ахалазиякардии). Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Кардиодилатация. Показания к операции и виды вмешательств.
 47. Недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит. Клиника. Диагностика. Осложнения. Дифференциальный диагноз. Показания к оперативному лечению. Виды операций.
 48. Доброкачественные опухоли и кисты пищевода. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
 49. Рак пищевода. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Подготовка, доступы, анестезия, виды операций. Органы для эзофагопластики. Пути проведения трансплантата по отношению к грудной клетке и плевральной полости.
 50. Язвенная болезнь желудка. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Классификация Джонсона. Осложнения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методы операций.
 51. Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Виды операций (виды резекций и ваготомий).
 52. Каллезная и пенетрирующая язвы. Клиника. Диагностика. Лечение.
 53. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Метод Тейлора. Виды операций.
 54. Кровоточащая язва желудка и 12 перстной кишки. Клиника. Диагностика. Классификация по степени тяжести кровопотери. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Хирургическая тактика.
 55. Кровоточащая язва желудка и 12 перстной кишки. Классификация Форреста (Forrest). Консервативное и оперативное лечение. Методы операций. Эндоскопические методы остановки кровотечения.
 56. Стеноз привратника язвенной этиологии. Клиника. Стадии стеноза. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Предоперационная подготовка больных с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом. Показания (абсолютные и относительные) к операциям. Виды операций.
 57. Симптоматические острые язвы: стрессовые, гормональные, лекарственные. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Хирургическая тактика. Показания и особенности хирургического лечения. Синдром Золлингера-Эллисона.
 58. Рак желудка. TNM классификация. Пути метастазирования, признаки иноперабельности. Стадии заболевания. Виды расширенной лимфаденэктомии. Химиотерапия и лучевая терапия при раке желудка.
 59. Рак желудка. Осложнения: кровотечения, прободение, стеноз. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
 60. Рак кардиального отдела желудка. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания и противопоказания к радикальным и паллиативным операциям. Основные этапы проксимальной резекции желудка и гастрэктомии.
 61. Рак тела желудка. Клиника. Диагностика, дифференциальный диагноз. Принципы

- хирургического лечения. Комбинированные операции.
62. Рак пилорического отдела желудка. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Подготовка к операции. Показания и противопоказания к радикальным и паллиативным операциям. Отличие дистальной резекции желудка при раке и язвенной болезни.
 63. Кишечная непроходимость. Классификация. Патогенетические и патофизиологические изменения в кишечнике и организме при разных видах непроходимости кишечника. Коррекция гомеостаза в послеоперационном периоде.
 64. Динамическая кишечная непроходимость. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
 65. Механическая кишечная непроходимость. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Предоперационная подготовка.
 66. Обтурационная кишечная непроходимость. Определение. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Борьба с интоксикацией, парезом кишечника.
 67. Странгуляционная кишечная непроходимость. Понятие. Классификация. Клиника различных видов странгуляционной непроходимости. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Показания к резекции кишечника.
 68. Спаечная непроходимость кишечника. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное и хирургическое лечение.
 69. Свищи тонкой кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания к операции и ее сроки. Виды операций. Доступы.
 70. Острый аппендицит. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Хирургическая тактика. Методы операций. Доступы.
 71. Острый аппендицит. Особенности клиники в зависимости от варианта положения червеобразного отростка. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания и противопоказания к аппендэктомии. Доступы. Анестезия.
 72. Острый аппендицит у беременных, детей и стариков. Перитонит как осложнение острого аппендицита. Особенности оперативного вмешательства в зависимости от распространенности перитонита. Подготовка к операции и ведение послеоперационного периода.
 73. Осложнения острого аппендицита. Классификация. Аппендикулярный инфильтрат. Причины возникновения. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Исходы. Консервативное лечение.
 74. Аппендикулярный абсцесс. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы оперативных вмешательств в зависимости от локализации абсцесса.
 75. Дивертикулы ободочной кишки. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
 76. Полипы и полипоз ободочной кишки. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения.
 77. Рак ободочной кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Виды операций при неосложненном и осложненном раке ободочной кишки.
 78. Рак правой и левой половины ободочной кишки. Особенности клиники. Диагностика. Особенности хирургического лечения при непроходимости одной из половин толстой кишки. Паллиативные и радикальные операции. Виды расширенной лимфаденэктомии.
 79. Геморрой. Определение понятия. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания к хирургическому лечению. Методы консервативного лечения.
 80. Геморрой. Осложнения. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды

- консервативного и оперативного лечения.
81. Расширение геморроидальных вен как симптом ряда заболеваний. Дифференциальный диагноз. Методы лечения.
 82. Острый парапроктит. Классификация. Пути инфицирования. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Доступы. Анестезия.
 83. Трещина заднего прохода: классификация, клиника, диагностика, лечение.
 84. Рак прямой кишки. Классификации. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Лучевая и химиотерапия.
 85. Рак прямой кишки. Клиника в зависимости от анатомической формы и локализации рака. Радикальные и паллиативные операции. Виды расширенной лимфаденэктомии.
 86. Желчнокаменная болезнь (камне носительство). Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к хирургическому лечению. Методы лечения. Осложнения.
 87. Острый холецистит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
 88. Острый холецистит. Хирургическая тактика. Показания к хирургическому вмешательству. Виды операций по срочности выполнения. Доступы. Анестезия.
 89. Желчнокаменная болезнь, осложненная механической желтухой. Очередность диагностической программы. Диаметр холедоха по данным УЗИ, рентгенологического и визуального исследования. Виды холедохотомий, холедохостомий, билиодигестивных анастомозов. Эндоскопические методы лечения, их плюсы и минусы. Мини-лапаротомный доступ.
 90. Желчнокаменная болезнь. Клиника в зависимости от локализации камня. Осложнения: водянка, эмпиема, сморщенный желчный пузырь. Синдром Мириizzi. Холангит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
 91. Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС). Определение понятия. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
 92. Острый панкреатит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное лечение.
 93. Острый панкреатит. Классификации. Показания к хирургическому лечению. Виды операций.
 94. Осложнения острого панкреатита. Хирургическая тактика. Виды операций.
 95. Рак поджелудочной железы. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды радикальных и паллиативных операций.
 96. Псевдокисты и свищи поджелудочной железы. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций.
 97. Перитониты. Классификация. Клиническая картина при различных стадиях. Принципы комплексного лечения.
 98. Острый гнойный перитонит. Клиника. Диагностика, Дифференциальный диагноз. Особенности оперативного вмешательства. Показания к дренированию брюшной полости, программируемым санациям (реоперациям).
 99. Перитониты. Борьба с нарушениями гемодинамики и микроциркуляции, гидроионными нарушениями, парезом кишечника, интоксикацией. Принципы инфузионной терапии и парентерального питания.
 100. Отграниченные перитониты (под диафрагмальный, под печеночный, межкишечный, прямокишечно-маточный и прямокишечно-пузырный). Причины возникновения. Клиника, диагностика, лечение. Роль чрескожного дренирования под контролем УЗИ.

7.4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений и навыков, и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Примерный перечень оценочных средств, их краткая характеристика и шкала оценивания

Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Шкала оценивания
Текущий контроль успеваемости			
Реферат	<p>Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение содержания и результатов индивидуальной учебно-исследовательской деятельности. Автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.</p> <p>Реферат должен быть структурирован (по главам, разделам, параграфам) и включать разделы: введение, основную часть, заключение, список использованной литературы. В зависимости от тематики реферата к нему могут быть оформлены приложения, содержащие документы, иллюстрации, таблицы, схемы и т.д.</p>	Темы рефератов	Двухбалльная/четырёхбалльная шкала
Тест	<p>Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.</p> <p>В тестовых заданиях используются четыре типа вопросов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - закрытая форма - наиболее распространенная форма и предлагает несколько альтернативных ответов на поставленный вопрос. Например, обучающемуся задается вопрос, требующий альтернативного ответа «да» или «нет», «является» или «не является», «относится» или «не относится» и т.п. Тестовое задание, содержащее вопрос в закрытой форме, включает в себя один или несколько правильных ответов и иногда называется выборочным заданием. Закрытая форма вопросов используется также в тестах-задачах с выборочными ответами. В тестовом задании в этом случае сформулированы условие задачи и все необходимые исходные данные, а в ответах представлены несколько вариантов результата решения в числовом или буквенном виде. Обучающийся должен решить задачу и показать, какой из представленных ответов он получил; - открытая форма - вопрос в открытой форме представляет собой утверждение, которое необходимо дополнить. Данная форма может 	Фонд тестовых заданий	

	<p>быть представлена в тестовом задании, например, в виде словесного текста, формулы (уравнения), графика, в которых пропущены существенные составляющие - части слова или буквы, условные обозначения, линии или изображения элементов схемы и графика. Обучающийся должен по памяти вставить соответствующие элементы в указанные места («пропуски»);</p> <ul style="list-style-type: none"> - установление соответствия - в данном случае обучающемуся предлагают два списка, между элементами которых следует установить соответствие; - установление последовательности - предполагает необходимость установить правильную последовательность предлагаемого списка слов или фраз. 		
Промежуточная аттестация			
<p>Экзамен</p>	<p>Служит для проверки результатов обучения в целом и в полной мере позволяет оценить совокупность приобретенных обучающимся универсальных и профессиональных компетенций. Государственный экзамен по своему содержанию может быть реализован в виде: полидисциплинарного экзамена по направлению (специальности), в котором каждое из заданных экзаменуемому заданий (вопросов) опирается лишь на одну дисциплину, но среди самих заданий (вопросов) могут быть относящиеся к различным дисциплинам; междисциплинарного экзамена по направлению (специальности), в котором ответ на задание (вопрос) требует знание из различных дисциплин; итогового экзамена по отдельной дисциплине. Полидисциплинарный или междисциплинарный экзамен по направлению подготовки (специальности) должен наряду с оценкой уровня освоения содержания отдельных профильных дисциплин оценить также знания и навыки, вытекающие из общих требований к уровню подготовки выпускника, предусмотренных соответствующим образовательным стандартом по направлению подготовки (специальности). Итоговый экзамен по отдельной дисциплине должен определять уровень освоения обучающимся материала, предусмотренного учебной программой, и охватывать минимальное содержание данной дисциплины, установленное образовательным стандартом.</p>	<p>Вопросы к государственному экзамену</p>	<p>Четырехбалльная шкала</p>

Требования к написанию реферата.

Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение содержания и результатов индивидуальной учебно-исследовательской деятельности. Автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.

Реферат должен быть структурирован (по главам, разделам, параграфам) и включать разделы: введение, основную часть, заключение, список использованной литературы. Объем реферата 15-20 стр. печатного текста. В зависимости от тематики реферата к нему могут быть оформлены приложения, содержащие документы, иллюстрации, таблицы, схемы и т.д.

Его задачами являются:

1. Формирование умений самостоятельной работы с источниками литературы, их систематизация.
2. Развитие навыков логического мышления.
3. Углубление теоретических знаний по проблеме исследования.

При оценке реферата используются следующие критерии:

- ✓ Новизна текста;
- ✓ Обоснованность выбора источника;
- ✓ Степень раскрытия сущности вопроса;
- ✓ Соблюдение требований к оформлению.

Критерии оценивания реферата:

«отлично»	Выполнены все требования к написанию и защите реферата, обозначена проблема и обоснована ее актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объем, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
«хорошо»	Основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
«удовлетворительно»	Имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.
«неудовлетворительно»	Тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Требования к выполнению тестового задания.

Тестирование является одним из основных средств формального контроля качества обучения, это система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.

В тестовых заданиях используются четыре типа вопросов:

- закрытая форма - наиболее распространенная форма и предлагает несколько альтернативных ответов на поставленный вопрос. Например, обучающемуся задается вопрос, требующий альтернативного ответа «да» или «нет», «является» или «не является», «относится» или «не относится» и т.п. Тестовое задание, содержащее вопрос в закрытой форме, включает в себя один или несколько правильных ответов и иногда называется выборочным заданием. Закрытая форма вопросов используется также в тестах-задачах с выборочными ответами. В тестовом задании в этом случае сформулированы условие задачи и все необходимые исходные данные, а в ответах представлены несколько вариантов результата решения в числовом или буквенном виде. Обучающийся должен решить задачу и показать, какой из представленных ответов он получил;
- открытая форма - вопрос в открытой форме представляет собой утверждение, которое необходимо дополнить. Данная форма может быть представлена в тестовом задании, например, в виде словесного текста, формулы (уравнения), графика, в которых пропущены существенные составляющие - части слова или буквы, условные обозначения, линии или изображения элементов схемы и графика. Обучающийся должен по памяти вставить соответствующие элементы в указанные места («пропуски»);
- установление соответствия - в данном случае обучающемуся предлагают два списка, между элементами которых следует установить соответствие;
- установление последовательности - предполагает необходимость установить правильную последовательность предлагаемого списка слов или фраз.

Критерии оценки знаний при проведении тестирования

«отлично»	Выставляется при условии правильного ответа 85-100% тестовых заданий
«хорошо»	Выставляется при условии правильного ответа 70-84% тестовых заданий
«удовлетворительно»	Выставляется при условии правильного ответа 50-69% тестовых заданий
«неудовлетворительно»	Выставляется при условии правильного ответа менее 50% и меньше правильных ответов тестовых заданий

Критерии оценки знаний при проведении экзамена

Экзамен по дисциплине (модулю) служит для оценки работы обучающегося в течение семестра (семестров) и призван выявить уровень, прочность и систематичность полученных им теоретических и практических знаний, приобретения навыков самостоятельной работы, развития творческого мышления, умение синтезировать полученные знания и применять их в решении профессиональных задач.

Экзамен проводится в форме устного опроса по билетам или без билетов, с предварительной подготовкой или без подготовки по усмотрению преподавателя. Экзаменатор вправе задавать вопросы сверх билета, в так же помимо теоретических вопросов, давать ситуационные задачи по программе данного курса.

Экзаменационные билеты (вопросы) утверждаются на заседании кафедры и подписываются заведующим кафедрой. Комплект экзаменационных билетов должен содержать не менее 25-и билетов. Экзаменатор может проставить экзамен без опроса или собеседования студентам, которые активно участвовали в практических занятиях.

Отметка **«отлично»** - студент глубоко и прочно усвоил весь программный материал, исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно его излагает, тесно увязывает теорию с практикой. Студент не затрудняется с ответом при видеоизменении задания, свободно справляется с ситуационными задачами и другими

видами заданий, правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических навыков, обнаруживает умение самостоятельно обобщать и излагать материал, не допуская ошибок.

Отметка «хорошо» - студент твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допускает существенных неточностей в ответе на вопрос, может правильно применять теоретические знания, владеет необходимыми навыками выполнения практических манипуляций.

Отметка «удовлетворительно» - студент усвоил только основной материал, знает положения отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, последовательность в изложении программного материала, и испытывает затруднения в выполнении практических заданий.

Отметка «неудовлетворительно» - студент не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, с большим затруднением выполняет практические работы.

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

8.1 Основная литература

1. **Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 992 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439845.html>

8.2 Дополнительная литература

1. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440421.html>
2. Нурмаков, Д.А. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Д. А. Нурмаков - М.: Литтерра, 2017. - 640 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423502409.html>
3. Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 1 [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 720 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439982.html>
4. Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 2 [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 688 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439999.html>
5. Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 1 [Электронный ресурс]: учебник / Н.В. Мерзликин и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 400 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434567.html>
6. Нутритивная поддержка больных в хирургической практике [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов, врачей-интернов и клинических ординаторов / [сост.: Гурмиков Б.Н., Болоков М.С.]. - Майкоп: Коблева М.Х., 2017. - 96 с. - Режим доступа: <http://lib.mk.gtu.ru:8002/libdata.php?id=2100018870>
7. Хирургические болезни. В 2-х т. Т. 2 [Электронный ресурс]: учебник / Н.В. Мерзликин и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 600 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434574.html>
8. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433713.html>
9. Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 440 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424346.html>

8.3. Информационно-телекоммуникационные ресурсы сети «Интернет»

1. Образовательный портал ФГБОУ ВО «МГТУ» [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://mkgtu.ru/>
2. Официальный сайт Правительства Российской Федерации. [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.government.ru>
3. Информационно-правовой портал «Гарант» [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.garant.ru/>
4. Научная электронная библиотека www.eLIBRARY.RU – Режим доступа: <http://elibrary.ru/>
5. Электронный каталог библиотеки – Режим доступа: // <http://lib.mkgtu.ru:8004/catalog/foI2;>
6. Единое окно доступа к образовательным ресурсам: Режим доступа: <http://window.edu.ru/>
7. Федеральная электронная медицинская библиотека Режим доступа: <http://www.femb.ru/>
8. Медицинский образовательный сайт социальная сеть для врачей: Режим доступа: <https://vrachivmeste.ru/>
9. Лучшие медицинские сайты: Режим доступа: <https://links-med.narod.ru/>

9. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Учебно-методические материалы по изучению лекционного курса по дисциплине «Хирургические болезни» для студентов

I. План проведения занятия (темы, часы)

Номер занятия п/п	Раздел, тема учебного курса, содержание лекции	Объем часов
1.	Тема: <i>Острый аппендицит, осложнения острого аппендицита.</i>	2/0,05
2.	Тема: <i>Грыжи живота. Осложнения грыж живота</i>	2/0,05
3.	Тема: <i>Осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (перфорация, кровотечения, стеноз, пенетрация)</i>	2/0,05
4.	Тема: <i>Острый холецистит. ПХЭС.</i>	2/0,05
5.	Тема: <i>Заболевания щитовидной железы.</i>	2/0,05
6.	Тема: <i>Варикозная болезнь. Осложнения. Антикоагулянтная терапия в хирургии.</i>	2/0,05
7.	Тема: <i>Заболевания молочной железы.</i>	2/0,05
ИТОГО:		14/0,5

Учебно-методические материалы по подготовке к практическим занятиям по дисциплине «Хирургические болезни» для студентов

Перечень тем теоретического курса, предварительное изучение которых необходимо для выполнения практических работ

Номер занятия п/п	Наименование темы практического занятия	Раздел (тема) лекции	Объем часов
1.	Знакомство с кафедрой. Диагностика, как научная дисциплина. Виды диагноза. Острый аппендицит. Осложнения острого	Тема: Заболевания органов пищеварения.	4/0,1

Номер занятия п/п	Наименование темы практического занятия	Раздел (тема) лекции	Объем часов
	аппендицита.		
2.	Грыжи живота. Осложнения грыж живота	Тема: Заболевания органов пищеварения.	4/0,1
3.	ЖКБ, осложненная острым холециститом. ЖКБ, осложненная механической желтухой	Тема: Заболевания органов пищеварения.	4/0,1
4.	Острый панкреатит.	Тема: Заболевания органов пищеварения.	4/0,1
5.	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, осложнённая стенозом, пенетрацией и перфорацией	Тема: Заболевания органов пищеварения.	4/0,1
6.	Острая кишечная непроходимость. Классификация, этиология, патогенез, клиника, лечения.	Тема: Заболевания органов пищеварения.	4/0,11
7.	Варикозная болезнь. Облитерирующие заболевания нижних конечностей.	Тема: Заболевания органов системы кровообращения. Заболевания сосудов	4/0,11
8.	Малая проктология, (Геморрой, ЭКХ, свищи и т.д.)	Тема: Заболевания органов пищеварения.	4/0,11
9.	Заболевания молочной железы	Тема: Заболевания молочной железы	2/0,05
	ИТОГО		34/0,9

**Учебно-методические материалы по самостоятельной работе студентов
План самостоятельной работы студентов**

№ п/п	Разделы и темы рабочей программы самостоятельного изучения	Перечень домашних заданий и других вопросов для самостоятельного изучения	Сроки выполнения	Объем в часах / трудоемкость в з.е.
1.	Тема: Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.	* конспектирование доп. учебной литературы, * оформление историй болезни; * курация больных	6 сем.	7/0,1
2.	Тема: Язвенная болезнь желудка	* конспектирование доп. учебной литературы, * курация больных	6 сем.	6/0,1
3.	Тема: Кисты поджелудочной железы	* конспектирование доп. учебной литературы, * курация больных	6 сем.	5/0,1
4.	Тема: Эхинококкоз и альвеококкоз печени.	* конспектирование доп. учебной литературы, * курация больных	6 сем.	5/0,1

№ п/п	Разделы и темы рабочей программы самостоятельного изучения	Перечень домашних заданий и других вопросов для самостоятельного изучения	Сроки выполнения	Объем в часах / трудоемкость в з.е.
5.	Тема: Болезнь Крона. Дивертикулы кишечника.	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	5/0,1
6.	Тема: Симптоматические язвы. Тонкокишечные свищи. Синдром Меллори-Вейса.	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	5/0,1
7.	Тема: Ахалазия кардии.	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	5/0,1
8.	Тема: Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (окклюзия позвоночной артерии, ветвей брюшной аорты, синдром Лериша, окклюзия бедренной и подколенной артерий).	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	6/0,1
9.	Тема: Кишечные свищи. Хирургические заболевания печени и их осложнения.	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	5/0,1
10.	Тема: Аневризмы грудной и брюшной аорты. Диабетическая микро- и макроангиопатия	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	6/0,1
11.	Тема: Медиастинит. Рак легкого	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	6/0,1
12.	Тема: Тиреоидины и струмиты	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	6/0,1
13.	Тема: Срединные и боковые кисты и свищи шеи. Абсцессы и флегмоны шеи	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	5/0,1
14.	Тема: Повреждения и заболевания шеи, дыхательного горла и пищевода. Ранение сосудов шеи	* конспектирование учебной литературы, доп. * курация больных	6 сем.	6/0,1
	ИТОГО			78/2,2

10. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.

Информационные технологии, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, позволяют:

- ✓ Организовать процесс образования путем визуализации изучаемой информации посредством использования презентаций, учебных фильмов;
- ✓ Контролировать результаты обучения на основе компьютерного тестирования;
- ✓ Автоматизировать расчеты аналитических показателей, предусмотренные программой научно-исследовательской работы;
- ✓ Автоматизировать поиск информации посредством использования справочных систем.

10.1 Перечень необходимого программного обеспечения

Для осуществления учебного процесса используется свободно распространяемое (бесплатное не требующее лицензирования) программное обеспечение:

1. Операционная система «Windows», договор 0376100002715000045-0018439-01 от 19.06.2015;
2. Свободно распространяемое (бесплатное не требующее лицензирования) программное обеспечение:
 - а. Программа для воспроизведения аудио и видео файлов «VLC media player»
 - б. Графический пакет Gimp;
 - в. Программа для воспроизведения аудио и видео файлов «K-lite codec»;
 - г. Офисный пакет «WPS office»;
 - д. Программа для работы с архивами «7zip»;
 - е. Программа для работы с документами формата .pdf «Adobe reader»;

10.2 Перечень необходимых информационных справочных систем:

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к электронно-библиотечным системам:

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента». Коллекции: Медицина. Здравоохранение (ВПО), ГЭОТАР-Медиа. Премиум комплект <http://www.studentlibrary.ru/>
2. Электронная библиотечная система «ZNANIUM.COM» <http://www.znanium.com>
3. Электронно-библиотечная система IPR BOOKS <http://www.iprbookshop.ru>
4. Электронно-библиотечная система «Консультант врача» <http://www.studentlibrary.ru/>

11. Описание материально-технической базы необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

Наименования специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
<i>Специальные помещения</i>		
<p>Методический аттестационно-аккредитационный центр медицинского института ФГБОУ ВО «МГТУ», корпус 6, помещения 2-3 этажей, ул. Комсомольская 222.</p>	<p>Станция 1. «Базовая сердечно – легочная реанимация»:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. система для отработки навыков родовспоможения и оказания приемов неотложной медицинской помощи в акушерской практике; б. манекен взрослого человека для обучения сердечно – легочной реанимации с компьютерной регистрацией результатов. <p>Станция 2. «Экстренная медицинская помощь»:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. медицинский образовательный робот – симулятор У1 уровня реалистичности; б. набор муляжей травм по обучению оказания медицинской помощи при различных травмах; в. манекен ребенка первого года жизни для сердечно – легочной реанимации; г. дефибриллятор ShiLLLR д. мод. EasiTrainer с принадлежностями. <p>Станция 3. «Неотложная медицинская помощь»:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. фантом руки для венепункции и венесекции; б. тренажер для отработки базовых хирургических навыков с набором тканей; в. симулятор для промывания желудка; г. фантом для обработки парентеральных инъекций. <p>Станция 4. «Физикальное исследование пациента»:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Манекен для диагностики сердечно – сосудистых заболеваний; б. манекен для аускультации и пальпации грудной клетки. <p>Станция 5. «Диспансеризация»:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. манекен для брюшной пальпации и аускультации; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Microsoft Office Word 2015. 2. 0376100002715000045-0018439-01 от 19.06.2015. 3. Adobe Reader 9. Бесплатно, бессрочный. 4. K-Lite Codec Pack, Codec Guide. Бесплатно, бессрочный. 5. ОСWindows7, Microsoft Corp. № 00371-838-5849405-85257, 23.01.2012, бессрочный. 6. 7-zip.org. GNU LGPL. 7. 6. Офисный пакет WPSOffice. Свободно распространяемое ПО.

<p>Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа: Лекционный зал АРКБ № адрес: ул. Жуковского, Д. 4</p> <p>Аудитория для занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации: Отделения АРКБ: Нейрохирургии; Анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии; Общей хирургии; Сосудистой хирургии; Травматологии и ортопедии; специальная литература; компьютер, оргтехника, аудио-, видеотехника; лабораторное и лечебно-диагностическое оборудование больницы находится в совместном пользовании в соответствии с договором; Оснащенный операционный блок, перевязочная, аппарат для</p>	<p>б. манекен для определения величины артериального давления.</p> <p>Мультимедийное оборудование. Мебель для аудиторий. Аудиторная доска.</p> <p>Переносное мультимедийное оборудование. Мебель для аудиторий. Аудиторная доска.</p>	
--	---	--

<p>искусственной вентиляции легких РО-3, эндоскопический кабинет, гастроскоп, колоноскопы, кабинет УЗИ диагностики, стационарная ультра-звуковая универсальная установка; микроскопы «Биолам Р-12», микроскоп МБС-9</p> <p>Аудитория для занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации: для проведения кураций – хирургическое отделение АРКБ, перевязочные №1, №2, операционная.</p> <p>Аудитория для занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации: <i>АРКБ, учебный корпус хирургического отделения, аудитории 2,1,4,5,6 ул. Жуковского 4;</i></p>	<p>Переносное мультимедийное оборудование. Мебель для аудиторий. Аудиторная доска.</p>	
Помещения для самостоятельной работы		
<p>Учебные аудитории для самостоятельной работы:</p>	<p>Мебель для аудиторий. Библиотечный фонд специальной литературы.</p>	<p>1. Microsoft Office Word 2015. 0376100002715000045-0018439-01 от 19.06.2015.</p>

<p>1. Читальный зал научной библиотеки ФГБОУ ВО «МГТУ»: корпус 1, 3 этаж, ул. Первомайская, 191.</p> <p>2. Компьютерный класс, читального зала научной библиотеки ФГБОУ ВО «МГТУ»: корпус 1, 3 этаж, ул. Первомайская, 191.</p> <p>3. Методический аттестационно-аккредитационный центр медицинского института ФГБОУ ВО «МГТУ», корпус 6, 2 и 3 этажи, ул. Комсомольская, 222.</p>	<p>Компьютерный класс на 30 посадочных мест, оснащенный компьютерами «msi» с выходом в Интернет.</p> <p>Фантомы, манекены, тренажеры, роботы – симуляторы, системы для отработки навыков оказания медицинской помощи и т.д.</p>	<p>2. Adobe Reader 9. Бесплатно, бессрочный.</p> <p>3. K-Lite Codec Pack, Codec Guide. Бесплатно, бессрочный.</p> <p>4. ОС Windows 7, Microsoft Corp. № 00371-838-5849405-85257, 23.01.2012, бессрочный.</p> <p>5. 7-zip.org. GNU LGPL.</p> <p>6. Офисный пакет WPSOffice Свободно распространяемое ПО.</p>
--	---	---

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

На 2022 /2023 учебный год
 В рабочую программу Б1.Б.26.02 Хирургические болезни
 для направления (специальности) 31.05.03 Стоматология вносятся следующие
 (код, наименование)

дополнения и изменения:

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

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

5.3. Содержание разделов дисциплины «Хирургические болезни»
 Лекционный курс

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
1.	Раздел 1. Вводная лекция Деонтологические принципы в подго-	2/0,05	Особенности изучения дисциплины. Основные направления учебной и научной деятельности кафедры. Деонтология – как	ПК-1; ПК-5; ПК-8	Знать: ✓ основные принципы управления и организации медицинской помощи населению;	Лекция-беседа

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
	<i>товке врача как клинициста и исследователя</i>		наука о долге перед обществом и морали. Медицинская деонтология - совокупность этических норм при выполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей, а также принципов поведения, профессиональных приемов психологического общения. Дифференциальный диагноз и тактика хирурга при острых заболеваниях живота.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях; ✓ современную классификацию заболеваний; ✓ клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп. 	

2. Добавлен пункт 5.8

5.8. Календарный план воспитательной работы по дисциплине

Модуль 3. Учебно-исследовательская и научно-исследовательская деятельность

Дата, место проведения	Название мероприятия	Форма проведения мероприятия	Ответственный	Достижения обучающихся
февраль 2023, Лекционный зал АРКБ	Лекция «Деонтологические принципы в подготовке врача как клинициста и исследователя»	групповая	Болоков М.С.	Сформированность ПК-1; ПК-5; ПК-8

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

Дополнения и изменения рассмотрены и одобрены на заседании кафедры

« 08 » 09 2021 г

Заведующий кафедрой Болоков М.С.