

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 15.06.2021 14:16:48
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
«Сургутский государственный университет»**

УТВЕРЖДАЮ
Проректор
по учебно-методической работе
Е.В. Коновалова
«_____» _____ 2021 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА МОДУЛЯ

«Дисциплина/дисциплины (модули), в том числе направленные на подготовку к сдаче кандидатских экзаменов»

Направление подготовки:
31.06.01 Клиническая медицина

Направленность программы:
Хирургия

Отрасль науки:
Медицинские науки

Квалификация:
Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения:
Очная

Сургут, 2021 г.

Рабочая программа составлена в соответствии с требованиями:

1) Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению 31.06.01 Клиническая медицина (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 03 сентября 2014 г. № 1200.

2) Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 30 апреля 2015 г. №464 «О внесении изменений в федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации)».

3) Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 28 марта 2014 г. №247 «Об утверждении Порядка прикрепления лиц для сдачи кандидатских экзаменов, сдачи кандидатских экзаменов и их перечня».

Авторы программы:

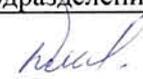
Дарвин В.В., д.м.н., профессор



Ильканич А.Я., д.м.н., профессор



Согласование рабочей программы:

Подразделение (кафедра/ библиотека)	Дата согласования	Ф.И.О., подпись нач. подразделения
Отдел комплектования и научной обработки документов	15.03.2021	Дмитриева И.И. 

Программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры хирургических болезней
« 15 » 03 2021 г. года, протокол № 9 .

Заведующий кафедрой



д.м.н., профессор В.В. Дарвин

Программа рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Медицинского
института « 23 » 04 2021 года, протокол 6 .

Председатель УМС



к.м.н., доцент Ж.Н. Лапацкая

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Целями освоения модуля дисциплин, направленных на подготовку к сдаче кандидатского экзамена, является формирование у обучающихся универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки 31.06.01 Клиническая медицина; системное освоение основных теоретических положений специальности Хирургия и смежных дисциплин; глубокая специализированная подготовка в выбранном направлении, владения навыками современных методов исследования; подготовка аспирантов к сдаче кандидатского экзамена, что дает системное представление о комплексе имеющихся методов и методик для обеспечения соответствующего теоретического уровня научной специальности; подготовка к научно-педагогической работе в высших учебных заведениях; формирование у обучающихся умение находить и анализировать современную научную информацию в области медицины.

2. МЕСТО МОДУЛЯ ДИСЦИПЛИН В СТРУКТУРЕ ОПОП ВО

«Дисциплина/дисциплины (модули), в том числе направленные на подготовку к сдаче кандидатских экзаменов» относятся к обязательным дисциплинам и дисциплинам по выбору вариативной части ОПОП ВО аспирантуры; модуль включает следующие обязательные дисциплины: «Хирургия», «Гепатобилиарная хирургия»; модуль включает следующие дисциплины по выбору аспиранта: «Колопроктология», «Эндоскопическая хирургия».

Преподавание дисциплин модуля осуществляется на 2 году обучения, в 3 семестре.

Изучение дисциплин модуля происходит на основе и в единстве:

- при изучении дисциплин базовой части «История и философия науки», «Иностранный язык», «Научно-исследовательский семинар «Организация научных исследований в области биологии и медицины»;
- при изучении обязательных дисциплин вариативной части «Методология диссертационного исследования и подготовки научных публикаций», «Педагогика и психология высшей школы», «Основы доказательной медицины»;
- при изучении факультативных дисциплин «Математические методы обработки клинических данных», «Английский язык в профессиональной деятельности»;
- при прохождении практики по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (педагогическая практика);
- в процессе научно-исследовательской деятельности и подготовке научно-квалификационной работы (диссертации) на соискание ученой степени кандидата наук.

Последующими к изучению дисциплин модуля являются знания, умения и навыки, используемые аспирантами:

- при проведении научных исследований и подготовке научно-квалификационной работы (диссертации) на соискание ученой степени кандидата медицинских наук;
- при прохождении практики по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (научно-исследовательская практика);
- при подготовке к сдаче и сдаче государственного экзамена, представлении научного доклада об основных результатах подготовленной научно-квалификационной работы (диссертации).

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ МОДУЛЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций и обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы:

Общепрофессиональные:

ОПК-3 способностью и готовностью к анализу, обобщению и публичному представлению результатов выполненных научных исследований		
Знания	Умения	Навыки (опыт деятельности)
- способов анализа, обобщения и публичного представления результатов выполненных научных исследований; - методов поиска литературных источников по разрабатываемой теме с целью их использования при выполнении научных исследований; - требований к оформлению результатов научных исследований.	определять и публично представлять медицинские и социальные аспекты своих научных изысканий, анализировать роль и место научных изысканий, связанных с профессиональной деятельностью в системе человеческого знания	поиска и обработки научной информации, навыками подготовки сообщений по проблемам своего диссертационного исследования

ОПК-4 готовностью к внедрению разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан		
Знания	Умения	Навыки (опыт деятельности)
концепции, стратегии и технологии внедрения методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан	строить и разрабатывать концепцию, стратегию и технологии внедрения методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан	технологий внедрения методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан

Универсальные:

ПК-2 способностью осуществлять научно-исследовательскую деятельность в области хирургии с использованием современных методов кровавого и бескровного оперативного вмешательства		
Знания	Умения	Навыки (опыт деятельности)
методов кровавого и бескровного оперативного вмешательства.	осуществлять научно-исследовательскую деятельность в области хирургии с использованием современных методов кровавого и бескровного оперативного вмешательства	способностью осуществлять научно-исследовательскую деятельность в области хирургии с использованием современных методов кровавого и бескровного оперативного вмешательства

ПК-3 способностью и готовностью к созданию новой хирургической техники, разработке новых оперативных вмешательств и новых хирургических технологий		
Знания	Умения	Навыки (опыт деятельности)
способов создания новой хирургической техники, разработке новых оперативных вмешательств и новых хирургических технологий.	создавать новую хирургическую технику, разрабатывать новые оперативные вмешательства и новые хирургические технологии	способностью и готовностью к созданию новой хирургической техники, разработке новых оперативных вмешательств и новых хирургических технологий.

ПК-4 способностью и готовностью к совершенствованию методов профилактики, ранней диагностики и лечения хирургических болезней, которые будут способствовать сохранению здоровья населения, сокращению сроков временной нетрудоспособности и восстановлению трудоспособности

Знания	Умения	Навыки (опыт деятельности)
<ul style="list-style-type: none"> - методов профилактики, ранней диагностики и лечения хирургических болезней; - клинических проявлений основных синдромов в хирургии; - дифференциальную диагностику наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний. 	совершенствовать методы профилактики, ранней диагностики и лечения хирургических болезней, которые будут способствовать сохранению здоровья населения, сокращению сроков временной нетрудоспособности и восстановлению трудоспособности.	способностью и готовностью к совершенствованию методов профилактики, ранней диагностики и лечения хирургических болезней, которые будут способствовать сохранению здоровья населения, сокращению сроков временной нетрудоспособности и восстановлению трудоспособности.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ МОДУЛЯ ДИСЦИПЛИН

4.1. Общая трудоемкость модуля дисциплин составляет 8 зачетных единицы, 288 часа.

4.2. Содержание разделов.

№ п/п	Разделы (или темы) дисциплины	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу студентов и трудоемкость (в часах)				Коды компетенций	Формы текущего контроля успеваемости. Форма промежуточной аттестации
		Лек.	Практ. раб.	Лаб. раб.	Сам. раб.		
Дисциплина 1 «Хирургия»							
1	Общая хирургия	8	8		11	ПК-2, ПК-3, ПК-4	Устный опрос, подготовка рефератов, контроль самостоятельной работы
2	Частная хирургия	8	8		11	ПК-2, ПК-3, ПК-4	Устный опрос, тестирование, контроль самостоятельной работы
3	Травматология	8	8		11	ПК-2, ПК-3, ПК-4	Устный опрос, решение ситуационных задач, контроль самостоятельной работы.
4	Военно-полевая хирургия	8	8		11	ПК-2, ПК-3, ПК-4	Устный опрос, решение ситуационных задач, контроль самостоятельной работы.
	Итого:	32	32		44		Контрольная работа
Дисциплина 2 «Гепатобилиарная хирургия»							
1	Хирургические аспекты лечения цирроза печени и	2	2		6	ОПК-4, ПК-2	Устный опрос, тестирование, задания

	синдрома портальной гипертензии						для самостоятельной работы
2	Первичные и метастатические опухоли печени	2	2		6	ОПК-3, ПК – 2	Устный опрос, тестирование, задания для самостоятельной работы
3	Трансплантация печени	3	3		6	ОПК-3, ОПК-4 ПК – 2	Устный опрос, тестирование, задания для самостоятельной работы
4	Очаговые поражения печени доброкачественной этиологии	2	2		6	ОПК-3, ОПК-4, ПК – 2	Устный опрос, тестирование, задания для самостоятельной работы
5	Холедохолитиаз.	2	2		6	ОПК-3, ОПК-4, ПК-2	Устный опрос, тестирование, задания для самостоятельной работы
6	Стриктуры внепеченочных желчных протоков.	2	2		4	ОПК-3, ОПК-4, ПК – 2	Устный опрос, тестирование, задания для самостоятельной работы
7	Опухоли внепеченочных желчных протоков.	3	3		6	ОПК-3, ОПК-4, ПК – 2	Устный опрос, тестирование, задания для самостоятельной работы
	Итого:	16	16		40		Контрольная работа.

Дисциплина 3 «Колопроктология»

1.	Неопухолевые заболевания анального канала и прямой кишки.	2	2		5	ПК-2, ПК-3, ПК-4.	Устный опрос, тестирование, задания для самостоятельной работы
2.	Воспалительные и функциональные заболевания толстой кишки.	2	2		5	ПК-2, ПК-3, ПК-4.	Устный опрос, тестирование, задания для самостоятельной работы
3.	Современные хирургические технологии в колопроктологии.	2			6	ПК-2, ПК-3, ПК-4.	Устный опрос, задания для самостоятельной работы
4.	Клиническая анатомия и физиология толстой кишки, таза и промежности.	2			6	ПК-2, ПК-3, ПК-4.	Устный опрос, задания для самостоятельной работы
5.	Неотложная колопроктология.	2			6	ПК-2, ПК-3, ПК-4.	Устный опрос, задания для самостоятельной работы
6.	Свищи тонкой и толстой кишок.	4	6		6	ПК-2, ПК-3, ПК-4.	Устный опрос, тестирование, задания для самостоятельной работы
7.	Хирургия тазового пролапса.	2	6		6	ПК-2, ПК-3, ПК-4.	Устный опрос, тестирование, задания для самостоятельной работы

	Итого:	16	16		40		Контрольная работа.
Дисциплина 4 «Эндоскопическая хирургия»							
1.	Организация эндоскопической службы и эндоскопической помощи населению	1			4	ПК-2, ПК-3, ПК-4.	Устный опрос, задания для самостоятельной работы.
2.	Клиническая, топографическая и эндоскопическая анатомия	1	4		3	ПК-2, ПК-3, ПК-4.	Устный опрос, тестирование, задания для самостоятельной работы
3.	Методика эндоскопических исследований	2			4	ПК-2, ПК-3, ПК-4.	Устный опрос, задания для самостоятельной работы
4.	Экстренная лечебно-диагностическая фибробронхоскопия при неотложных состояниях	1			4	ПК-2, ПК-3, ПК-4.	Устный опрос, задания для самостоятельной работы
5.	Общие вопросы эндоскопии	1	3		3	ПК-2, ПК-3, ПК-4.	Устный опрос, тестирование, задания для самостоятельной работы
6.	Торакоскопия. Медиастиноскопия	2	3		4	ПК-2, ПК-3, ПК-4.	Устный опрос, тестирование, задания для самостоятельной работы
7.	Эзофагоскопия. ЭГДС	1	3		3	ПК-2, ПК-3, ПК-4.	Устный опрос, тестирование, задания для самостоятельной работы
8.	ЭРПХГ	2	3		3	ПК-2, ПК-3, ПК-4.	Устный опрос, решение ситуационных задач, задания для самостоятельной работы
9.	Ректосигмоскопия. Колоноскопия	2			4	ПК-2, ПК-3, ПК-4.	Устный опрос, задания для самостоятельной работы
10.	Бронхоскопия. Лапароскопия	2			4	ПК-2, ПК-3, ПК-4	Устный опрос, задания для самостоятельной работы
11.	Работа в поликлинике	1			4	ПК-2, ПК-3, ПК-4	Устный опрос, задания для самостоятельной работы
	Итого:	16	16		40		Контрольная работа.
	Всего:	64	64		124		Кандидатский экзамен (контроль 36 часов)

5. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ, ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ МОДУЛЯ ДИСЦИПЛИН

(Приложение к рабочей программе по дисциплине: Оценочные средства).

6. МЕТОДЫ И СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ

Методы обучения: дискуссия, беседа (аудиторные опросы), индивидуальные доклады, участие в научно-исследовательской работе, тестирование, ситуационные задачи.

Средства обучения: электронно-библиотечные системы, электронная информационно-образовательная среда Университета, материально-техническое обеспечение, доступ к профессиональным базам данных, лицензионное программное обеспечение.

7. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Диалоговые технологии, тренинговые, компьютерные образовательные, симуляционные технологии, дистанционные образовательные технологии.

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МОДУЛЯ ДИСЦИПЛИН

Основная литература

Дисциплина 1 «Хирургия»

1. Хирургические болезни [Текст]: учебник для вузов: в 2 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2. Хирургические болезни [Текст]: учебник для студентов медицинских вузов / [М. И. Кузин, Н. М. Кузин, П. С. Ветшев и др.]; под ред. М. И. Кузина. — Изд. 3-е, перераб. и доп. — М.: Медицина, 2006.— 778, [1] с.: ил.;
3. Хирургические болезни: Гриф Минобрнауки России. / Кириенко А.И.; Шулутко А.М. ; Семиков В.И. — Moscow : ГЭОТАР-Медиа, 2011 .— Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Кириенко А.И., Шулутко А.М., Семиков В.И. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. URL:<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420393.html>

Дополнительная литература

1. Амбулаторная хирургия: Методические рекомендации / Сургутский государственный университет, Кафедра хирургии; [Сост.: Ждановский В. В., Афанасьев А. Н.]. — Сургут: Издательство Сургутского университета, 2003.— 23 с.
2. Хирургические болезни и травмы [Текст] : [учебное пособие для системы последиplomного профессионального образования врачей общей практики] / Б. С. Суковатых, С. А. Сумин, Н. К. Горшунова .— М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008 .— 612 с. : ил. ; 27 .— (Библиотека врача-специалиста, Общая врачебная практика) .— Библиогр.: с. 602-612 (208 назв.) .— ISBN 978-5-9704-0879-7, 3000.
3. Амбулаторная хирургия (хирургия одного дня) [Текст] : учебное пособие / В. В. Ждановский, В. В. Дарвин, В. Г. Шалыпин ; Департамент образования и науки Ханты-Мансийского автономного округа - ЮГРЫ, Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа, Кафедра госпитальной хирургии .— Сургут : Издательство СурГУ, 2007 .— 241 с. : ил.
4. Хирургические болезни: Гриф Минобрнауки России. / Черноусов А.Ф.; Ветшев С.П.; Егоров А.В. — Moscow : ГЭОТАР-Медиа, 2010 .— Хирургические болезни [Электронный ресурс] / Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. / Под ред. А.Ф. Черноусова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. URL:<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970412787.html>
5. Хирургические болезни [Текст]: учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.65 "Лечебное дело" по дисциплине "Хирургические болезни" / под ред. А. Ф. Черноусова. — Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012.— 663 с.

Дисциплина 2 «Гепатобилиарная хирургия»

Основная литература

1. Хирургические болезни [Текст]: учебник для вузов: в 2 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009
2. Хирургические болезни [Текст] : учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.65 "Лечебное дело" по дисциплине "Хирургические болезни" / под ред. А. Ф. Черноусова .— Москва : Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012 .— 663 с.
3. Хирургическое лечение больных с травмами и стриктурами желчных протоков / Белоконов, Владимир Иванович Учебное пособие .— 1 .— Москва ; Москва : Издательство "ФОРУМ" : ООО "Научно-издательский центр ИНФРА-М", 2016. 64 с. URL:<http://znanium.com/go.php?id=529372>

Дополнительная литература

1. Эхинококкоз печени [Текст] : учебное пособие / Департамент образования и молодежной политики Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, БУ ВО "Сургутский государственный университет", Кафедра госпитальной хирургии ; [сост.: В. В. Дарвин и др.] .— Сургут : Издательский центр СурГУ, 2017 .— 33 с. : ил., цв. ил., табл. — Библиография: с. 30-33.
2. Хирургические болезни [Текст]: учебник для студентов медицинских вузов / [М. И. Кузин, Н. М. Кузин, П. С. Ветшев и др.]; под ред. М. И. Кузина. — Изд. 3-е, перераб. и доп. — М.: Медицина, 2006.— 778, [1] с.: ил.
3. Медицинская паразитология. Т. 1. Протистология и гельминтология / Н. Н. Ильинских, А. И. Венгеровский, А. В. Лепехин и др.; Отв. ред. Н. Н. Ильинских; Сиб. гос. мед. ун-т, Сургут. гос. ун-т .— Томск : Печатная мануфактура, 2001 .— 335с. — ISBN 5-94476-003-6.
4. Медицинская паразитология [Текст] : учебное пособие : рекомендовано ФГАУ "Федеральный институт развития образования" в качестве учебного пособия для использования в учебном процессе образовательных учреждений, реализующих программы высшего образования по специальностям 31.05.01 "Лечебное дело", 31.05.03 "Стоматология", 33.05.01 "Фармация" / [М. М. Азова и др.] ; под ред. М. М. Азовой ; Министерство образования и науки РФ .— Москва : Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2017 .— 301, [2] с. : ил., цв. ил. ; 22 .— Библиография в конце книги (8 назв.) .— ISBN 978-5-9704-4215-9.

Дисциплина 3 «Колопроктология»

Основная литература

1. Амбулаторная колопроктология / Риквин В.Л. — Moscow: ГЭОТАР-Медиа, 2009.— Амбулаторная колопроктология [Электронный ресурс] / Риквин В.Л. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. URL:<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970413630.html>
2. Хирургические болезни [Текст]: учебник для студентов медицинских вузов / [М. И. Кузин, Н. М. Кузин, П. С. Ветшев и др.]; под ред. М. И. Кузина. — Изд. 3-е, перераб. и доп. — М.: Медицина, 2006.— 778, [1] с.: ил.;
3. Хирургические болезни [Текст]: учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.65 "Лечебное дело" по дисциплине "Хирургические болезни" / под ред. А. Ф. Черноусова. — Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012.— 663

Дополнительная литература

1. Хронический геморрой [Текст] : учебное пособие : [для студентов, аспирантов медицинских вузов, клинических ординаторов] / А. Я. Ильканич, В. В. Дарвин, Ж. Н. Лопатская ; Департамент образования и молодежной политики Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, БУ ВО "Сургутский государственный университет", Кафедра госпитальной хирургии .— Сургут : Издательский центр СурГУ, 2018 .— 48 с. : ил., цв. ил., табл. — Библиография: с. 46-48.

2. Алгоритмы диагностики заболеваний толстой кишки [Текст] : учебно-методическое пособие / Н. В. Климова, А. Я. Ильканич ; Департамент образования и науки Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа, Кафедра госпитальной хирургии .— Сургут : Издательство СурГУ, 2007 .— 37 с. : ил. — Библиогр.: с. 25, 27.

3. Рак толстой кишки [Текст] : учебно-методическое пособие / Департамент образования и молодежной политики Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, ГБОУ ВПО "Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа - Югры", Кафедра факультетской хирургии ; [сост.: А. М. Парсаданян и др.] .— Сургут : Издательский центр СурГУ, 2013 .— 68 с. : ил. — Библиогр.: с. 68.

4. Колопроктология: руководство для врачей / Ривкин В.Л.; Капуллер Л.Л.; Белоусова Е.А. — Moscow: ГЭОТАР-Медиа, 2011.— Колопроктология: руководство для врачей [Электронный ресурс] / Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л., Белоусова Е.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. URL:<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970419717.html>

5. Хирургические болезни [Текст]: учебник для вузов: в 2 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

Дисциплина 4 «Эндоскопическая хирургия»

Основная литература

1. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / Блащенко С.А. — Moscow: ГЭОТАР-Медиа, 2009.— "Эндоскопия желудочно-кишечного тракта [Электронный ресурс]: руководство / Под ред. С.А. Блащенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. URL:<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970410363.html>

2. Хирургические болезни [Текст]: учебник для вузов: в 2 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 (20 экз.)

3. Хирургические болезни [Текст]: учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.65 "Лечебное дело" по дисциплине "Хирургические болезни" / под ред. А. Ф. Черноусова. — Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012.— 663 с.

Дополнительная литература

1. Эндоскопия [Текст] : базовый курс лекций : рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для системы послевузовского профессионального образования врачей / В. В. Хрячков [и др.] .— Москва : Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014 .— 153 с., [8] л. цв. ил. : ил., портр. ; 21 .— (Библиотека врача-специалиста, Эндоскопия. Инструментальная диагностика). — Библиография: с. 143-153. — ISBN 978-5-9704-2888-7, 1000

2. Амбулаторная хирургия: Методические рекомендации / Сургутский государственный университет, Кафедра хирургии; [Сост.: Ждановский В. В., Афанасьев А. Н.]. — Сургут: Издательство Сургутского университета, 2003. — 23 с.

3. Диагностическая и лечебная эндоскопия верхних дыхательных путей у детей / Гарашенко Т.И.; Денисова О.А. — Moscow: ГЭОТАР-Медиа, 2011. url:<http://www.studentlibrary.ru/book/970408476v0009.html>

4. Эндоскопия. Базовый курс лекций / Хрячков В.В.; Федосов Ю.Н.; Давыдов А.И.; Шумилов В.Г.; Федько Р.В. — Moscow: ГЭОТАР-Медиа, 2014. URL:<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428887.html>

5. Хирургические болезни [Текст]: учебник для студентов медицинских вузов / [М. И. Кузин, Н. М. Кузин, П. С. Ветшев и др.]; под ред. М. И. Кузина. — Изд. 3-е, перераб. и доп. — М.: Медицина, 2006.— 778, [1] с.: ил.

Лицензионное программное обеспечение

1. Microsoft Office

Современные профессиональные базы данных

1. Электронные книги Springer Nature <https://link.springer.com/> Правообладатель: ФГБУ ГПНТБ России/ компания Springer Customer Service Center GmbH.
2. Nature Journals (<http://www.nature.com/siteindex/index.html>)
3. Электронные книги Springer Nature (<https://link.springer.com/>)
Правообладатель: ФГБУ ГПНТБ России/ компания Springer Customer Service Center GmbH.
Доступные коллекции: Humanities & Social Sciences Collections:
 - Business and Management
 - Economics and Finance
 - Education
 - History
 - Law and Criminology
 - Literature, Cultural and Media Studies
 - Political Science and International Studies
 - Philosophy and Religion
 - Social Sciences
4. Архив научных журналов (NEICON) (<http://archive.neicon.ru>)
Правообладатель: НП "НЭИКОН". Письмо Исх. № 2014-01/29. Коллекции в архиве:
 - Архив издательства American Association for the Advancement of Science. Пакет «Science Classic» 1880-1996
 - Архив издательства Annual Reviews. Пакет «Full Collection» 1932-2005
 - Архив издательства Nature Publishing Group. Пакет «Nature» с первого выпуска первого номера по 2010, 1869-2010
 - Архив издательства Oxford University Press. Пакет «Archive Complete» с первого выпуска каждого журнала по 1995, 1849-1995
 - Архив издательства Sage. Пакет «2010 SAGE Deep Backfile Package» с первого выпуска каждого журнала по 1998, 1890-1998
 - Архив издательства Taylor & Francis. Full Online Journal Archives с первого выпуска каждого журнала по 1997, 1798-1997
 - Архив издательства Cambridge University Press. Пакет «Cambridge Journals Digital Archive (CJDA)» с первого выпуска каждого журнала по 2011, 1827-2011
5. Научная электронная библиотека (РИНЦ)
Правообладатель: ООО «Научная электронная библиотека». Договор № СИО-641/2019/Д-314 от 22.07.2019 г., доступ предоставлен с 28.07.2019 г. до 27.07.2020 г.
6. Евразийская патентная информационная система (ЕАПАТИС) <http://www.eapatiss.com>
Правообладатель: ФС по интеллектуальной собственности ФГБУ "ФИПС".
7. «Национальная электронная библиотека» нэб.рф
Правообладатель: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российская государственная библиотека».
8. Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU (<http://www.elibrary.ru>)
Правообладатель: ООО «Научная электронная библиотека».

электронно-библиотечные системы:

1. Электронно-библиотечная система Znanium. (Базовая коллекция). www.znaniyum.com -
Правообладатель: ООО «Знаниум».
2. Электронно-библиотечная система издательства «Лань». <http://e.lanbook.com/>
Правообладатель: ООО «ЭБС Лань».
3. Электронно-библиотечная система IPRbooks (Базовая коллекция). <http://iprbookshop.ru>
Правообладатель: ООО «Ай Пи Эр Медиа».
4. Консультант студента. «Консультант студента для медицинского вуза»
<http://www.studmedlib.ru>
Правообладатель: ООО «Институт проблем управления здравоохранением» (ИПУЗ)»

5. Электронная библиотечная система «Юрайт» <https://biblio-online.ru/>
Правообладатель: ООО «Электронное издательство ЮРАЙТ».

Международные реферативные базы данных научных изданий:

1. Web of Science Core Collection <http://webofknowledge.com> (WoS)
Правообладатель: НП «НЭИКОН»
2. «Scopus» <http://www.scopus.com>. Правообладатель: ООО «Эко-вектор Ай - Пи».

Информационные справочные системы

Гарант. Правообладатель: ООО "Гарант - ПРОНет".

КонсультантПлюс. Правообладатель: ООО "Информационное агентство "Информбюро".

Интернет-ресурсы

1. Официальный сайт Министерства науки и высшего образования Российской Федерации. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://minobrnauki.gov.ru/>
2. Официальный сайт Высшей аттестационной комиссии при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vak.ed.gov.ru/>
3. Официальный сайт российского фонда фундаментальных исследований. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rfbr.ru/rffi/ru/>
4. Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.obrnadzor.gov.ru/ru/>
5. Федеральный портал «Российское образование» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.edu.ru>
6. Информационно-правовой портал «Гарант» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.garant.ru>
7. Федеральный справочник «Образование в России» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://federalbook.ru/projects/fso/fso.html>
8. Российский общеобразовательный портал [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.school.edu.ru>
9. Портал Федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fgosvo.ru>
10. Российская национальная библиотека (http://primo.nl.ru/primo_library/libweb/action/search.do?menuitem=2&catalog=true)
11. УИС РОССИЯ (<http://uisrussia.msu.ru>)
12. Электронная библиотека диссертаций (<https://dvs.rsl.ru>). Правообладатель: ФГБУ «Российская государственная библиотека».
13. Электронные коллекции на портале Президентской библиотеки им. Б. Н. Ельцина (<http://www.prlib.ru/collections>)
14. ВИНТИ (<http://www.viniti.ru>)
15. Грамота.ру (<http://www.gramota.ru/>)
16. Единое окно доступа к образовательным ресурсам - информационная система (<http://window.edu.ru/>)
17. КиберЛенинка - научная электронная библиотека (<http://cyberleninka.ru/>)
18. Научная педагогическая электронная библиотека (НПЭБ) (<http://elib.gnpbu.ru>)
19. Полнотекстовый журнал (FREE MEDICAL JOURNALS) <http://www.freemedicaljournals.com/>, доступ свободный
20. Elsevier - Open Archives (<https://www.elsevier.com/about/open-science/open-access/open-archive>)
21. SpringerOpen (<http://www.springeropen.com>)
22. Directory of open access journals (<https://doaj.org/>)
23. New England Journal of Medicine (<http://www.nejm.org/>)
24. Pediatric Neurology Briefs - электронный журнал (<http://www.pediatricneurologybriefs.com/>)

25. Free medical journals (<http://www.freemedicaljournals.com/>)
26. MDPI - Multidisciplinary Digital Publishing Institute (Basel, Switzerland) (<http://www.mdpi.com/>)
27. PUBMED CENTRAL (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>)
28. BioMed Central (<http://www.biomedcentral.com/journals>)
29. Библиотека электронных журналов в г. Регенсбург (Германия) (<http://www.bibliothek.uni-regensburg.de/ezeit/>).

Методические материалы

Дисциплина «Хирургия»

1. Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний [[Текст]] : вып. 5 : [в 7 т.] : сборник инструктивно-методических документов : [официальное руководство] / Министерство здравоохранения Республики Беларусь ; [редкол.: Л. А. Постоляко и др.] .— Минск : Республиканская научная медицинская библиотека, 2004-2005 .— ISBN 985-6063-54-X
2. Эхинококкоз печени [Текст] : учебное пособие / Департамент образования и молодежной политики Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, БУ ВО "Сургутский государственный университет", Кафедра госпитальной хирургии ; [сост.: В. В. Дарвин и др.]. Сургут : Издательский центр СурГУ, 2017. 33 с. : ил., цв. ил., табл.

Дисциплина «Гепатобилиарная хирургия»

1. Методические указания по выполнению контрольных работ, самостоятельной работы, подготовки к семинарским занятиям, к практическим занятиям. Гостищев, В.К. Общая хирургия / Гостищев В.К. — Moscow : ГЭОТАР-Медиа, 2015 .— Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. .— ISBN ISBN 978-5-9704-3214-3 .— <URL:<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432143.html>>.
2. Острые хирургические заболевания: пошаговая диагностика [Текст] : учебно-методическое пособие / [В. В. Дарвин и др.] ; Департамент образования и молодежной политики Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, ГОУ ВПО "Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа - Югры", Кафедра госпитальной хирургии .— Сургут : Издательский центр СурГУ, 2011 .

Дисциплина «Колопроктология»

1. Эпителиальный копчиковый ход : учебное пособие : для студентов, аспирантов медицинских вузов, клинических ординаторов / А. Я. Ильканич, В. В. Дарвин, Е. А. Краснов, Ж. Н. Лопатская ; Департамент образования и молодежной политики Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, БУ ВО "Сургутский государственный университет", Кафедра хирургических болезней. Сургут : Издательский центр СурГУ, 2019. 42 с. : ил., цв. ил.
2. Клиническая оперативная колопроктология : Руководство для врачей / Под ред. В. Д. Федорова, Г. И. Воробьева, В. Л. Ривкина .— М. : ГНЦ проктологии, 1994 .— 432с. : ил. .— ISBN 5-900783-01-4
3. Ильканич, Андрей Яношевич (доктор медицинских наук; 1966-). Хронический геморрой [Текст] : учебное пособие : [для студентов, аспирантов медицинских вузов, клинических ординаторов] / А. Я. Ильканич, В. В. Дарвин, Ж. Н. Лопатская ; Департамент образования и молодежной политики Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, БУ ВО "Сургутский государственный университет", Кафедра госпитальной хирургии. Сургут : Издательский центр СурГУ, 2018. 48 с. : ил., цв. ил., табл.

Дисциплина «Эндоскопическая хирургия»

1. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Т. 5. Оперативная гинекология : [Электрон.ресурс] / Центр абдоминал. эндоскоп. хирургии МЗ РФ и др. — М. : Кордиас & Медиа, 1999 .— 2элэtron.опт.диска(CD-ROM) .— Техн. требования: PC-совместимый компьютер, Windows '95/98/NT, процессор Pentium -133,8-х скорост. CD-ROM, память 16Мб, 5Мб на жест. диске, SVGA-монитор 800x600x Hig Color, мышь, Windows-совместимая звуковая карта .— 908-33.

2. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Т. 4. Хирургия толстой кишки, операции при паховых грыжах : [Электрон.ресурс] / Центр абдоминал. эндоскоп. хирургии МЗ РФ и др. — М. : Кордиас & Медиа, 1999 .— 2 элэtron.опт.диска(CD-ROM) .— Техн. требования: PC-совместимый компьютер, Windows' 95/98/NT, процессор Pentium-133, 8-х скорост. CD-ROM, память 16Мб, 5Мб на жест. диске, SVGA-монитор 800x600x Hig Color, мышь, Windows-совместимая звуковая карта .— 908-33.

9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МОДУЛЯ ДИСЦИПЛИН

а) для проведения занятий лекционного типа

Дисциплина 1 «Хирургия»

Лекционная аудитория университета оснащена специализированной мебелью и техническими средствами обучения: меловая доска, мобильный проекционный экран, портативный проектор, ноутбук, точка доступа Wi-Fi

Дисциплина 2 «Гепатобилиарная хирургия»

Лекционная аудитория университета оснащена специализированной мебелью и техническими средствами обучения: меловая доска, мобильный проекционный экран, портативный проектор, ноутбук, точка доступа Wi-Fi.

Дисциплина 3 «Колопроктология»

Лекционная аудитория университета оснащена специализированной мебелью и техническими средствами обучения: меловая доска, мобильный проекционный экран, портативный проектор, ноутбук, точка доступа Wi-Fi.

Дисциплина 4 «Эндоскопическая хирургия»

Лекционная аудитория университета оснащена специализированной мебелью и техническими средствами обучения: меловая доска, мобильный проекционный экран, портативный проектор, ноутбук, точка доступа Wi-Fi.

б) для проведения занятий семинарского типа

Дисциплина 1 «Хирургия»

Лекционная аудитория университета оснащена специализированной мебелью и техническими средствами обучения: меловая доска, мобильный проекционный экран, портативный проектор, ноутбук, точка доступа Wi-Fi

Дисциплина 2 «Гепатобилиарная хирургия»

Лекционная аудитория университета оснащена специализированной мебелью и техническими средствами обучения: меловая доска, мобильный проекционный экран, портативный проектор, ноутбук, точка доступа Wi-Fi.

Дисциплина 3 «Колопроктология»

Лекционная аудитория университета оснащена специализированной мебелью и техническими средствами обучения: меловая доска, мобильный проекционный экран, портативный проектор, ноутбук, точка доступа Wi-Fi.

Дисциплина 4 «Эндоскопическая хирургия»

Лекционная аудитория университета оснащена специализированной мебелью и техническими средствами обучения: меловая доска, мобильный проекционный экран, портативный проектор, ноутбук, точка доступа Wi-Fi.

в) для проведения групповых и индивидуальных консультаций

Лекционная аудитория университета оснащена специализированной мебелью и техническими средствами обучения: меловая доска, мобильный проекционный экран, портативный проектор, ноутбук, точка доступа Wi-Fi.

г) для текущего контроля и промежуточной аттестации

Лекционная аудитория университета оснащена специализированной мебелью и техническими средствами обучения: меловая доска, мобильный проекционный экран, портативный проектор, ноутбук, точка доступа Wi-Fi.

д) для самостоятельной работы

Помещения для самостоятельной работы оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационную образовательную среду СурГУ:

№ п/п	Местонахождение	Название зала
1.	539, 541, 542	Зал медико-биологической литературы и литературы по физической культуре и спорту
2.	442	Зал естественно-научной и технической литературы
3.	441	Зал иностранной литературы

е) для хранения и профилактического обслуживания оборудования

Аудитория 210 по адресу г. Сургут, ул. Энергетиков, 22.

Аудитории 528, 529 по адресу г. Сургут, пр. Ленина, д. 1.

10. ОСОБЕННОСТИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) АСПИРАНТАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В соответствии с ч.4 «Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре) (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. № 1259), для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья предлагается адаптированная программа аспирантуры, которая осуществляется с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся. Для обучающихся-инвалидов программа адаптируется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Специальные условия для получения высшего образования по программе аспирантуры обучающимися с ограниченными возможностями здоровья включают:

- использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, включая наличие альтернативной версии официального сайта организации в сети «Интернет» для слабовидящих;
- использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания,
- использование специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов,
- использование специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования,
- предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь,
- проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий,
- обеспечение доступа в здания организаций и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение программы аспирантуры.

В целях доступности получения высшего образования по программам аспирантуры инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья обеспечивается:

- 1) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:
 - наличие альтернативной версии официального сайта организации в сети "Интернет" для слабовидящих;
 - размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий (информация должна быть выполнена крупным рельефно-контрастным шрифтом (на белом или желтом фоне) и продублирована шрифтом Брайля);
 - присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
 - обеспечение выпуска альтернативных форматов печатных материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);
 - обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию организации;
- 2) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:
 - дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров (мониторы, их размеры и количество необходимо определять с учетом размеров помещения));
 - обеспечение надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации;
- 3) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, материально-технические условия обеспечивают возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, столовые, туалетные и другие помещения организации, а также пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, локальное понижение стоек-барьеров; наличие специальных кресел и других приспособлений).

При получении высшего образования по программам аспирантуры обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература, а также услуги сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков..

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
«Сургутский государственный университет»**

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Приложение к рабочей программе по модулю дисциплин

**Дисциплина/дисциплины (модули), в том числе направленные на подготовку к
сдаче кандидатских экзаменов**

Направление подготовки:

31.06.01 Клиническая медицина

Направленность программы:

Хирургия

Отрасль науки:

Медицинские науки

Квалификация:

Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения:

Очная

Сургут, 2021 г.

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

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине

Дисциплина 1 «Хирургия»

Тема № 1. Общая хирургия.

Перечень вопросов для устного опроса:

1. Организация работы хирургического отделения, операционного блока, и послеоперационного отделения. Принципы организации переливания крови в Российской Федерации.
2. Принципы организации онкологической помощи в системе российского здравоохранения.
3. Асептика и антисептика.
4. Методы обработки шовного материала, подготовка рук хирурга. Методы стерилизации инструментария, операционного белья, перевязочного материала. Биологические методы антисептики
5. Классификация возбудителей гной инфекции. Пути внедрения и распространения. Общая и местная реакция организма. Особенности воспалительных заболеваний на лице и шее. Применение протеолитических ферментов в гнойной хирургии.

Тематика рефератов:

1. Основные этапы истории отечественной и мировой хирургии. Основоположники отечественной хирургии и их роль в развитии хирургии.
2. Принципы организации помощи при ожогах.
3. Классификация антибиотиков. Показания и противопоказания к применению. Осложнения при их применении, методы профилактики и лечения.
4. Гнойные заболевания костей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина остеомиелита. Принципы оперативного лечения.
5. Хирургический сепсис. Определение понятия. Причины развития. Патогенез. Возбудители. Принципы диагностики, оценочные шкалы степени тяжести и прогноза заболевания. Антибактериальная терапия, дезинтоксикация. Экстракорпоральные методы детоксикации.
6. Актиномикоз. Локализация, частота, особенности клиники, диагностика, лечение
7. Столбняк. Возбудитель. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение профилактика.

Контроль самостоятельной работы по вопросам:

1. Принципы лечения: антибактериальная, иммунная, дезинтоксикационная, стимулирующая, общеукрепляющая терапия, местное лечение. Особенности течения гнойной инфекции у больных сахарным диабетом.
2. Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Фурункул, карбункул, гидраденит. Этиология, клиника.
3. Гнойные заболевания лимфатических сосудов и узлов — лимфангит, лимфангоит, лимфаденит.
4. Гнойные заболевания суставов и синовиальных сумок – гнойный артрит, гнойный бурсит.
5. Гнойные процессы в клетчаточных пространствах. Флегмоны и абсцессы. Определение понятий. Различия.
6. Гнойные заболевания пальцев кисти – панариций, гнойный тендовагинит, флегмона кисти. Этиология, патогенез, клиническая картина. Лечение.
7. Специфическая хирургическая инфекция. Столбняк, анаэробная инфекция. Классификация, этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения, профилактика.

8. Рожистое воспаление. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения. Значение гипербарической оксигенации в лечении гнойных осложнений.
9. Ожоги. Классификация, клинические фазы и стадии ожоговой болезни, патогенез, современные принципы лечения.

Вывод: устный опрос, подготовка рефератов, контроль самостоятельной работы по данному разделу позволяют оценить сформированность следующих компетенций: ПК-2 (знания, умения); ПК-3 (знания, умения); ПК-4 (знания, умения).

Тема № 2. Частная хирургия.

Перечень вопросов для устного опроса:

1. Анатомические сведения о шеи. Пороки развития. Кривошея. Определение понятия. Классификация, этиология, лечение. Срединные и боковые кисты и свищи шеи. Определение понятия, клиника, диагностика, лечение. Повреждения органов шеи. Клиника, диагностика, первая помощь, лечение. Особенности послеоперационного лечения. Абсцессы и флегмоны шеи. Этиология, клиника, диагностика, осложнения, лечение.
2. Классификация заболеваний щитовидной железы. Методы исследования больных. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных с заболеваниями щитовидной железы.
3. Эндемический и спорадический зоб. Определение, этиология, патогенез, признаки зобной эндемии. Классификация по степени увеличения щитовидной железы, форме. Клиника, диагностика. Лечение. Показания к операции. Профилактика.
4. Тиреотоксический зоб. Определение, патогенез. Классификация по степени тяжести и стадии развития. Клиника диффузного и узловых форм тиреотоксического зоба, диагностика, лечение. Показания и противопоказания к операции. Предоперационная подготовка в зависимости от стадии тиреотоксикоза (плазмаферез), методы операций.
5. Осложнения. Профилактика и лечение тиреотоксического криза и острой сердечно-сосудистой недостаточности после операции у больных тиреотоксикозом.
6. Тиреоидиты и струмиты. Определение понятия. Тиреоидит Хашимото. Этиологии, патогенез. Клиника, диагностика. Показания к медикаментозному и хирургическому лечению. Тиреоидит Риделя. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение. Ближайшие и отдаленные результаты. Хронические специфические тиреоидиты (актиномикоз, туберкулез, сифилис).
7. Рак щитовидной железы. Классификация клиническая и гистологическая. Клиника, диагностика, лечение. Объем оперативного вмешательства. Комбинированное лечение – лучевое, химиотерапевтическое, гормонотерапия, лечение радиоактивным йодом. Исходы и отдаленные результаты. Прогноз. Профилактика.
8. Опухоли паращитовидных желез. Клиника, диагностика, лечение. Гипопаратиреоз, тетания. Патогенез, клиника, диагностика, прогноз, лечение. Пути профилактики паратиреоидной недостаточности при операциях на щитовидной железе.

Тестовый контроль:

Вариант № 1.

1. Какие из перечисленных клинических признаков не характерны для неспецифического язвенного колита:

- а. Постепенное начало заболевания
- б. Кровь, слизь, гной в кале
- в. Потеря веса
- г. Лихорадка
- д. Желтушное окрашивание кожи и склер

2. К числу опасных осложнений болезни Крона не относятся:

- а. Перфорация толстой кишки
- б. Массивные кишечные кровотечения
- в. Тромбэмболия легочной артерии

г. Острая токсическая дилатация толстой кишки

д. Раковое перерождение

3. Какие из перечисленных изменений крови не встречаются при неспецифическом язвенном колите?

а. Ускорение РОЭ

б. Замедление РОЭ

в. Нейтрофильный лейкоцитоз

г. Гипохромная анемия

4. Какие из перечисленных клинических признаков характерны для ишемического колита?

а. Боль в животе после дефекации

б. Боль в животе, не связанная с дефекацией

в. Боль в животе сразу после еды

г. Поносы

д. Кишечные кровотечения

5. К особенностям клинического течения рака толстой кишки не относятся:

а. Быстрый рост опухоли

б. Медленный рост опухоли

в. Кишечное кровотечение

г. Более частое поражение левой половины кишки

6. Какие из перечисленных внекишечных проявлений не характерны для неспецифического язвенного колита:

а. Признаки интоксикации

б. Поражение кожи и слизистых оболочек рта

в. Полиартралгии и полиартриты

г. Склерозирующий холангит

д. Поражение печени

е. Патология глаз

7. Какой из перечисленных факторов риска не характерен для развития рака толстой кишки:

а. Первичный склерозирующий холангит

б. Поздний возраст начала заболевания

в. Наличие рака толстой кишки в семейном анамнезе

г. Дефицит фолиевой кислоты

8. Наиболее частыми осложнениями дивертикулярной болезни толстого кишечника являются:

а. Снижение массы тела

б. Психическая депрессия

в. Перфорация, профузное кровотечение, малигнизация

г. Истощение, токсическая дилатация

д. Учащение стула

9. Преимущества энтероклизмы перед другими методами рентгенологического исследования тонкой кишки состоят в том, что она позволяет

а) изучить функциональные нарушения

б) оценить сроки пассажа взвеси бария по кишке

в) выявить участки сужения, их протяженность, сократить продолжительность исследования

г) все перечисленное

10. К факторам риска развития рака толстой кишки относятся:

1. хронические воспалительные процессы в кишке

2. наследственная предрасположенность к опухолевым процессам

3. полипы толстой кишки

4. алиментарный фактор

5. профессиональный фактор

Выбрать правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3 в) если правильны ответы 2 и 4

б) если правильны ответы 1 и 2 г) если правильный ответ 4 д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

Вариант № 2.

1. В каких случаях следует назначать преднизолон при болезни Крона?

- а) при выраженной анемии
- б) при кахексии
- в) при тяжелых системных поражениях
- г) при высокой активности воспалительного процесса
- д) во всех указанных случаях

2. Какие отклонения биохимического анализа крови могут выявляться при болезни Крона?

- а) гипопропротеинемия
- б) гипергаммаглобулинемия
- в) сниженный уровень сывороточного железа
- г) электролитные расстройства
- д) все перечисленные

3. Какие отклонения не характерны для общего анализа крови при болезни Крона?

- а) гипохромная анемия
- б) гиперхромная, мегалобластная анемия
- в) увеличенная СОЭ
- г) нейтрофильный лейкоцитоз
- д) эозинофилия

4. Какая суставная патология характерна для хронической формы болезни Крона?

- а) артралгии
- б) артриты крупных суставов
- в) анкилозирующий спондилоартрит
- г) все характерно
- д) все не характерно

5. Какие симптомы не характерны для начала острой формы болезни Крона?

- а) внезапное появление резких болей в правой подвздошной области
- б) понос с примесью крови
- в) лихорадка с ознобом
- г) зуд кожных покровов
- д) пальпаторно определяется болезненность, утолщение, уплотнение терминального отрезка подвздошной кишки

6. В каких случаях больным неспецифическим язвенным колитом не назначаются глюкокортикоидные гормоны?

- а) больным с тяжелым течением заболевания,
- б) при формировании аутоиммунной гемолитической анемии
- в) при формировании нефротического синдрома (амилоидоз почек)
- г) при отсутствии эффекта от других методов лечения
- д) гормоны назначаются при всех упомянутых обстоятельствах

7. Какие препараты используются для базисного противовоспалительного лечения больных с неспецифическим язвенным колитом?

- а) сульфасалазин
- б) салофалк (тидокол, месалазин)
- в) салазопиридазин
- г) салазодиметоксин
- д) любой из перечисленных

8. Какие особенности клинической картины типичны для хронической формы неспецифического язвенного колита?

- а) постепенное начало
- б) непрерывно прогрессирующее течение

в) выраженные системные проявления

г) все типичны

д) все не типичны

9. Что относится к патогенезу неспецифического язвенного колита?

а) фиксация в стенке кишки иммунных комплексов

б) нейтрофильная инфильтрация, отек стенки толстой кишки

в) изъязвления, микроабсцессы, перфорация стенки толстой кишки

г) фиброз слизистой, подслизистого слоя, псевдополипоз

д) все относится

10. Какие средства могут способствовать нормализации микрофлоры кишечника у больных хроническим колитом?

а) бактисубтил 0,2 - по 1 капсуле 3 раза в день перед едой

б) лактобактерин по 3-6 доз 3 раза в день

в) бифидумбактерин по 5 доз 3 раза в день во время еды

г) все могут

д) все не могут

Вариант № 3.

1. Иммунные механизмы играют роль в патогенезе

а) первичного билиарного цирроза печени

б) неспецифического язвенного колита

в) глютеновой болезни

г) всех перечисленных заболеваний

д) верно а) и б)

2. Реакция кала на скрытую кровь может быть положительной

а) при микрокровотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника

б) при микрокровотечениях из опухолей желудочно-кишечного тракта

в) при неспецифическом язвенном колите

г) при употреблении мяса в пищу

д) при всем перечисленном

3. Колоноскопия позволяет выявить

а) неспецифический язвенный колит

б) рак толстой кишки

в) болезнь Крона

г) болезнь Уиппла

д) все перечисленное

4. Обострение неспецифического язвенного колита может быть связано

а) с прекращением поддерживающей терапии сульфасалазином

б) с беременностью

в) с нарушением диеты

г) с интеркуррентной инфекцией

д) со всем перечисленным

5. При неспецифическом язвенном колите диагностическое значение имеют следующие рентгенологические признаки

а) увеличение диаметра кишки

б) множественные гаустрации

в) картина "бульжной мостовой"

г) мешковидные выпячивания по контуру кишки

д) изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки

6. Эндоскопическими критериями поражения толстой кишки при неспецифическом язвенном колите являются

а) гиперемия и отек слизистой оболочки

- б) контактная кровоточивость
- в) сужение просвета кишки и ее ригидность
- г) поверхностные дефекты слизистой оболочки
- д) все перечисленные

7. При неспецифическом язвенном колите средней степени тяжести медикаментозным средством выбора является

- а) кортикостероиды
- б) фталазол
- в) левомицетин
- г) сульфасалазин
- д) ампициллин

8. Показаниями к оперативному лечению при неспецифическом язвенном колите является все перечисленное, кроме

- а) перфорации кишки
- б) неэффективности консервативного лечения
- в) рака на фоне заболевания
- г) тотального поражения толстой кишки

9. Рентгенологическое исследование пищеварительного тракта через 12 часов после приема бариевой взвеси позволяет оценить все перечисленное, кроме

- а) состояния толстой кишки
- б) состояния илеоцекальной области
- в) сроков пассажа бариевой взвеси по пищеварительному тракту
- г) состояния тонкой кишки

10. Какие критерии можно использовать для дифференциальной диагностики хронического колита и неспецифического язвенного колита в пользу хронического колита?

- а) боли в животе
- б) расстройства стула
- в) отсутствие системных поражений
- г) можно все использовать
- д) нельзя использовать ни один из упомянутых признаков

Вариант № 4.

1. Реакция кала на скрытую кровь может быть положительной

- а) при микрокровотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника
- б) при микрокровотечениях из опухолей желудочно-кишечного тракта
- в) при неспецифическом язвенном колите
- г) при употреблении мяса в пищу
- д) при всем перечисленном

2. Биопсия слизистой оболочки тонкой кишки является ценным диагностическим методом

- а) при болезни Уиппла
- б) при глютеновой болезни
- в) при склеродермии
- г) при болезни Крона
- д) при всем перечисленном

3. Основными клиническими симптомами неспецифического язвенного колита являются все перечисленные, кроме

- а) кишечных кровотечений
- б) болей в животе
- в) поносов
- г) перианальных абсцессов

4. Внешнекишечными проявлениями неспецифического язвенного колита

являются

- а) артрит
- б) поражение кожи
- в) поражение печени
- г) тромбоз
- д) все перечисленные

5. В диагностике неспецифического язвенного колита ведущее значение имеет

- а) физикальное обследование
- б) анализ кала на скрытую кровь
- в) ирригоскопия
- г) колоноскопия
- д) верно в) и г)

6. В профилактике рецидивов неспецифического язвенного колита достоверное значение имеет

- а) щадящая диета
- б) прием сульфасалазина в дозе 1-2 г в сутки
- в) ограничение физической нагрузки
- г) прием седативных средств
- д) ничего из перечисленного

7. При обострении неспецифического язвенного колита рекомендуется

- а) диета с исключением молока
- б) безбелковая диета
- в) протертая пища
- г) диета с исключением моносахаридов
- д) диета с пониженным количеством жира

8. Стероидные гормоны при неспецифическом язвенном колите применяются

- а) для лечения прогрессирующих форм заболевания
- б) для ускорения клинической ремиссии
- в) при угрожающих жизни состояниях
- г) при тяжелых формах с целью подготовки больного к операции
- д) во всех перечисленных случаях

9. Больной НЯК получает бификол. В связи с повышением температуры больному назначают тетрациклин. Под влиянием антибиотика биологическая активность бификола

- а) повысится
- б) снизится
- в) не изменится
- г) действие препаратов взаимно усилятся

10. Абсолютными противопоказаниями к колоноскопии являются:

- 1) тяжелая форма неспецифического язвенного колита и болезни Крона
- 2) декомпенсированная сердечная и легочная недостаточность
- 3) гемофилия
- 4) острый парапроктит
- 5) кровоточащий геморрой

Контроль для самостоятельной работы:

1. Пневмоторакс. Буллезная эмфизема легких. Причины. Тотальный и ограниченный пневмоторакс. Спонтанный, открытый, клапанный и напряженный пневмоторакс Особенности их развития и клинического течения. Диагностика. Первая помощь, лечение. Гемоторакс – этиология, классификация, осложнения, лечение.
2. Острые и хронические нагноительные заболевания легких. Определение. Классификация. Острый абсцесс легкого. Патогенез. Клиника острого абсцесса, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения. Показания к операции и виды оперативных вмешательств. Осложнения. Хронический абсцесс легкого. Клиника, диагностика, лечение.

Причины перехода острого абсцесса в хронический. Медикаментозное и хирургическое лечение. Гангрена легкого. Причины развития, клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Стафилококковая деструкция легких. Понятие. Клиника, диагностика, лечение. Результаты лечения острого абсцесса и гангрены легкого. Бронхоэктатическая болезнь. Определение понятия. Классификация по формам заболевания и стадиям развития процесса. Этиология, патогенез, клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению. Методы предоперационной подготовки. Виды операций, ведение послеоперационного периода. Острый гнойный плеврит. Определение понятия. Классификация. Пути проникновения инфекции в плевральную полость. Клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение. Показания к дренированию плевральной полости. Хроническая эмпиема плевры. Определение понятия. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Клиника, диагностика, лечение. Открытые, закрытые методы лечения. Плеврэктомиа, плевроробэктомия, плевропульмонэктомия. Торакопластика.

3. Рак легкого. Этиология, факторы и группы риска. Патологическая анатомия. Закономерности метастазирования. Клинико-анатомическая классификация. Раннее выявление рака легкого, значение флюорографии.
4. Клиническая картина центрального и периферического рака в зависимости от характера роста и локализации опухоли. Рентгенологическая картина форм рака легкого, значение томографии, компьютерной томографии и бронхоскопии. Показания к различным методам исследования при различных формах рака легкого. Показания к хирургическому лечению, признаки неоперабельности. Принципы комбинированного лечения.
5. Доброкачественные опухоли легких. Классификация. Центральные и периферические доброкачественные опухоли (клиническая картина). Методы диагностики и дифференциальной диагностики. Принципы хирургического лечения, эндохирургические вмешательства, выбор метода лечения, результаты.
6. Эхинококкоз легкого. Клиника, диагностика. Сочетанный эхинококкоз. Роль серологических методов. Хирургическое лечение. Профилактика.
7. Легочное кровотечение. Причины, клиника, диагностика, современная тактика лечения больных.
8. Острый аппендицит. Классификация. Патологоанатомические формы. Этиология, патогенез. Клиника и диагностика. Лечение. Осложнения острого аппендицита: аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс, межкишечный, поддиафрагмальный и тазовый абсцесс, пилефлебит. Клиника различных осложнений; их диагностика (УЗИ, КТ и др.) и лечение (хирургическое, пункция абсцессов по УЗИ-наведением). Перитонит как осложнение острого аппендицита. Хронический аппендицит. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Показания и противопоказания к оперативному лечению.
9. Опухоли и кисты средостения. Классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Специальные методы исследования. Показания к операции. Медиастинит. Этиология, клиника переднего и заднего медиастинита. Диагностика, лечение.

Вывод: устный опрос, тестирование, контроль самостоятельной работы по данному разделу позволяют оценить сформированность следующих компетенций: ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)); ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)); ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 3. Травматология.

Вопросы для устного опроса:

1. История развития отечественной травматологии.
2. Организация травматологической помощи. Основы реабилитации травматологических больных. Современные принципы лечения переломов. Консервативные методы – репозиция отломков, вправление вывихов, редрессация. Скелетное вытяжение, гипсовые повязки.

3. Оперативные методы лечения: первичная хирургическая обработка, открытое вправление вывихов, остеосинтез – виды, показания.
4. Причины замедленной консолидации переломов. Длительное несращение переломов, ложные суставы. Диагностика, лечение.
5. Переломы костей таза. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
6. Переломы ребер и их лечение. Особенности лечения «окончатых» переломов ребер.
7. Повреждения надплечья. Надакромиальный вывих ключицы.
8. Травматический вывих плеча. Диагностика, лечение. Привычный вывих плеча. Показания и техника оперативного и консервативного лечения.

Решение ситуационных задач:

Задача № 1

Больная 52 лет, поступила с жалобами на сильные боли, опоясывающего характера в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, сухость во рту, резкую слабость. Боли появились накануне вечером после приёма обильной, жирной пищи. Давность заболевания 12 часов.

При поступлении состояние больной средней тяжести. Рост 162 см, вес 86 кг., t -36,7. Пульс 110 уд/мин, А/Д 120/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложен серо-коричневым налётом. Живот умеренно вздут за счёт верхних отделов, слабо участвует в акте дыхания. При пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, в правом и левом подреберье. Положительный симптом Керте, Мейо-Робсона. Симптомов раздражения брюшины нет.

Диастаза мочи 512 ед. Крови 256 ед.

Какое заболевание у больного? Какова должна быть тактика врача, лечение?

Задача № 2

Больной 53 лет, поступил из терапевтического отделения через 23 часа от начала заболевания с диагнозом: кишечная непроходимость, с жалобами на интенсивные опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошноту, рвоту, не приносящую облегчения, одышку, резкую слабость.

Состояние при поступлении тяжёлое. Акроцианоз. Температура 35,5. Пульс 110 уд/мин, дыхание поверхностное с частотой 30 в мин, А/Д 90/60 мм рт. ст. В лёгких дыхание ослаблено слева, хрипов нет. Перкуторный звук притуплен над задненижними отделами левого лёгкого. Язык сухой обложен белым налётом, живот вздут в дыхании участвует, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области, в правом и левом подреберье. В брюшной полости определяется свободная жидкость, перистальтика ослаблена, газы не отходят, стула не было. На рентгенограмме брюшной полости определяется раздутая поперечно-ободочная кишка, положительный симптом Пчелиной. Симптомов раздражения брюшины нет.

Какое заболевание у больного? Какова должна быть тактика врача, лечение?

Задача № 3

Во время операции в брюшной полости обнаружен геморрагический выпот, пятна стеаринового некроза на сальнике и париетальной брюшине. Поджелудочная железа темно-красного цвета, отёчна, уплотнена дольчатый рисунок стёрт. Забрюшинная клетчатка, корень брыжейки поперечно-ободочной кишки пропитана кровянистой жидкостью. Печень не изменена. Желчный пузырь не напряжён, при пальпации не опорожняется, конкрементов в нем нет.

Какое заболевание у больного? Какова должна быть тактика врача, лечение?

Задача № 4

Во время операции в брюшной полости обнаружен мутный с нитями фибрина выпот, петли кишечника гиперемированны, в мелкоклеточных кровоизлияниях, покрыты плёнками фибрина. На сальнике и париетальной брюшине имеются пятна стеаринового некроза. При вскрытии сальниковой сумки в ней обнаружен аналогичный выпот, забрюшинная клетчатка, брыжейка поперечно-ободочной кишки отёчны. Головка поджелудочной железы темно-красного цвета, на

всем остальном протяжении железа тёмно-красного цвета отечна, дольчатый рисунок не прослеживается.

Какое заболевание у больного? Какова должна быть тактика врача, лечение?

Задача № 5

Больная 49 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, постоянного характера, тошноту, рвоту, сухость во рту, резкую слабость. Заболела остро, 4 суток назад, после приёма жирной пищи.

При поступлении состояние больной тяжёлое. Кожа бледная, выраженный акроцианоз. Пульс 120 уд. В мин, АД 70/30 мм.рт.ст., t-37,4. Дыхание поверхностное с частотой 28 в мин. Язык сухой, обложен серым налётом. Живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий болезненный во всех отделах, с преимущественной локализацией в эпигастриальной области, в правом и левом подреберье. При перкуссии отмечается притупление притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости. Положительный симптом Щёткина-Блюмберга во всех отделах живота. Кишечные шумы вялые паретичные. Газы не отходят. Положительный симптом Керте, Мейо-Робсона.

Какое заболевание у больного? Какова должна быть тактика врача, лечение?

Задача № 6

Больной взят на операцию с подозрением на перфоративную гастродуоденальную язву. По вскрытии брюшной полости выявлено, что выпота в брюшной полости нет, желудок, тонкая и толстая кишка не изменены. Сальник, желудочно-ободочная связка, брыжейка желудочно-ободочной кишки отёчны. Вскрыта сальниковая сумка. В ней имеется до 100 мл. светлого выпота без запаха. Поджелудочная железа отёчна, гиперемированна, дольчатость её сглажена, отёк распространяется на забрюшинную клетчатку. Желчный пузырь 10 на 6 см. напряжён, плохо опорожняется, в нем пальпируются мелкие конкременты. Какое заболевание у больного? Какова должна быть тактика врача, лечение?

Контроль для самостоятельной работы по вопросам:

1. Переломы плечевой кости. Диагностика, лечение.
2. Переломы предплечья. Перелом луча в типичном месте. Диагностика, лечение.
3. Повреждение сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев кисти. Диагностика, лечение. Методы наложения сухожильного шва.
4. Травматический вывих бедра. Диагностика, лечение.
5. Медиальные и латеральные переломы шейки бедра. Диагностика, методов лечения. Диафизарные переломы бедра. Особенности диагностики и лечение переломов нижней трети бедра.
6. Внутрисуставные переломы: мыщелков большеберцовой кости, переломы надколенника.
7. Повреждения менисков. Болезнь Гоффа. Повреждение крестообразных связок.
8. Диагностика и лечение диафизарных переломов костей голени и переломов лодыжек.
9. Врожденный вывих бедра. Клиника диагностика в раннем возрасте, методы лечения.

Вывод: устный опрос, решение ситуационных задач, контроль самостоятельной работы по данному разделу позволяют оценить сформированность следующих компетенций: ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)); ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)); ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 4. Военно-полевая хирургия.

Вопросы для устного опроса:

1. Н.И. Пирогов – основоположник ВПХ. Структура санитарных потерь хирургического профиля в современной войне.
2. Организация хирургической помощи при массовых поражениях.

3. Медицинская сортировка раненных и обожженных; ее значение в организации хирургической помощи на этапах медицинской эвакуации.
4. Огнестрельные раны. Понятие о ране как болезни. Первичная хирургическая обработка ран. Показания, техника, выполнения. Виды швов и показания к их наложению. Антибиотики их значение в лечении огнестрельных ран. Закрытые повреждения. Понятие об общей контузии, ее последствиях.
5. Ранение крупных сосудов. Кровотечения, кровопотеря, оказание медицинской помощи. Диагностика ранений магистральных сосудов конечностей. Лечение на этапах медицинской эвакуации. Способы временной и окончательной остановки кровотечения на этапах медицинской помощи. Пульсирующая гематома. Диагностика, лечение. Травматические аневризмы, клиника, диагностика, лечение. Вторичные кровотечения.
6. Травматический шок. Частота и тяжесть шока при болевых повреждениях различной локализации. Объем противошоковых мероприятий при оказании врачебной помощи. Показания и противопоказания к хирургическому вмешательству при травматическом шоке.

Решение ситуационных задач:

Задача № 1

Больная 46 лет, доставлена в приёмный покой на 4 сутки от начала заболевания с жалобами на боль в левом подреберье, в левой половине грудной клетки, отдающие в левое надплечье, в левую руку, на тошноту, периодически возникающую рвоту, сухость во рту, одышку, резкую слабость, озноб с повышением температуры до 38 градусов. Заболевание началось после переохлаждения. Состояние при поступлении тяжёлое. Кожа бледная, выраженный акрацианоз. Пульс 120 в мин, А/Д 90/60 мм рт.ст. Дыхание поверхностное с частотой 32 в минуту. Отмечается притупление перкуторного звука в нижних отделах левого лёгкого. Дыхание слева резко ослаблено, имеются влажные хрипы. Язык сухой, обложен серым налётом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается ригидность мышц передней брюшной стенки в эпигастральной области, в левом подреберье. Пульсация брюшного отдела аорты отсутствует. Положительный симптом Мейо-Робсона. Симптом Щётки-на-Блюмберга отрицательный. На рентгенограмме грудной и брюшной полости имеется: выпот в плевральной полости слева, затемнение нижней доли левого лёгкого, раздутая поперечно-ободочная кишка. Положительный симптом Пчелиной.

Задача № 2

Больной 39 лет, направлен в хирургическое отделение из районной больницы, где находился на лечении по поводу острого панкреатита. Из анамнеза известно, что 3 недели назад после погрешностей в диете появились опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошнота рвота, слабость. В тяжёлом состоянии госпитализирован в районную больницу. Острый болевой синдром удалось купировать на 6 сутки, однако продолжали беспокоить тупые боли эпигастральной области, отдающие в поясничную область. Трое суток назад боли усилились, появился озноб с повышением температуры до 40 градусов.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожа бледная. Пульс 112 в мин., А/Д – 130/80 мм рт. ст. Живот умеренно напряжённый в эпигастральной области, в левом подреберье, здесь же пальпируется плотно-эластическое образование 17 на 12 см., без чётких контуров, болезненное, не смещаемое. В остальных отделах живот мягкий безболезненный.

Какое заболевание у больного? Какие дополнительные методы исследования необходимо произвести для уточнения диагноза? Какова должна быть тактика врача, лечение?

Задача № 3

Больная 62 лет, взята на операцию с диагнозом панкреанекроз, гнойный парапанкреатит на 16 сутки от начала заболевания.

При ревизии сальниковой сумки обнаружено 200 мл густого сливкообразного гноя без запаха, в области тела поджелудочной железы имеется 2 участка 4 на 3 и 3 на 3 см. чёрного цвета, чётко отграничены от здоровой ткани поджелудочной железы. Опишите дальнейший ход операции.

Задача № 4

Больная 45 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на резкие боли, опоясывающего характера в верхних отделах живота, тошноту, рвоту, повышение температуры до 38 градусов, сухость во рту. В течении 3 лет страдает калькулёзным холециститом. Последний приступ начался 12 часов назад.

При поступлении состояние средней тяжести, кожа, склеры, желтушной окраски. Пульс – 96 в мин., А/Д 130/80 мм рт. ст.

Язык сухой, обложен коричневым налётом. Живот вздут за счёт верхних отделов, участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки в правом подреберье, эпигастральной области, здесь же положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Положительные симптомы: Ортнера, Кера, Мерфи, Керта, Мейо-Робсона. Лейкоцитов 14 тыс. В лейкоцитарной формуле палочкоядерный сдвиг. Амилаза мочи 1024 ЕД, билирубин 86-64-22 мкмоль/л. Какое заболевание у больного? Какова должна быть тактика врача, лечение?

Задача № 5

Больная 56 лет, взята на операцию в экстренном порядке с подозрением на деструктивную форму холецистита. По вскрытии в брюшной полости выявлено, что в брюшной полости выпота нет. Желчный пузырь 8 на 5 на 5 см. опорожняется, конкрементов в нем нет. Гепатодуоденальная связка не изменена, холедох 0,6. Вскрыта сальниковая сумка. Поджелудочная железа гиперемированна, отёчна, дольковая структура сглажена. Забрюшинная клетчатка отёчна.

Отек распространяется на корень брыжейки поперечно-ободочной кишки.

Ваша дальнейшая тактика? Чем вы закончите операцию?

Задача № 6

Больная 65 лет, находится в терапевтическом отделении по поводу ишемической болезни сердца, стенокардии покоя. 6 часов назад у больной внезапно появились боли в левом подреберье, в левой половине грудной клетки отдающие в левое плечо, тошнота, сухость во рту, слабость. Состояние на момент осмотра средней тяжести. Кожа бледная, акроцианоз, пульс-88 в мин., аритмичный. А/Д 110/90 мм рт. ст.

В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны глухие, единичные экстрасистолы, шумов нет. Язык влажный, обложен у корня серым налётом. Живот умеренно вздут за счёт верхних отделов, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, в левом подреберье, симптомов раздражения брюшины нет. Кишечные шумы вялые, газы отходят с трудом. Лейкоцитоз 12 тыс., в лейкоформуле имеется палочкоядерный сдвиг до 7 %. На ЭКГ выявлена ишемия задней стенки левого желудочка. Диастаза мочи 256 ед.

Между какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику? Каким образом можно уточнить диагноз?

Контроль самостоятельной работы по вопросам:

1. Синдром длительного раздавливания. Патогенез клиника, первая помощь и лечение на этапах медицинской эвакуации в разные периоды болезни.
2. Особенности термических повреждений в современной войне.
3. Отморожение: виды, периоды, степени. Особенности оказания помощи на этапах медицинской эвакуации.
4. Раневая инфекция. Виды. Местные и общие осложнения ранений. Комбинированные поражения. Заражение радиоактивными веществами. Анаэробная инфекция как осложнение боевых повреждений, клиника, диагностика, методы профилактики, лечение на этапах эвакуации.
5. Столбняк, ранняя диагностика, профилактика, этапное лечение.
6. Научные исследования в клинической медицине и информационные источники в практической деятельности врача: научные публикации, монографии

7. Научные исследования в клинической медицине и информационные источники в практической деятельности врача: Национальные руководства, клинические рекомендации, стандарты и клинические протоколы
8. Внедрение в практику и педагогический процесс результатов клинических научных исследований

Вывод: устный опрос, контроль самостоятельной работы по данному разделу позволяют оценить сформированность следующих компетенций: ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)); ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)); ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Контрольная работа выполняется в виде вопросов:

1. Принципы организации онкологической помощи в системе российского здравоохранения.
2. Принципы организации помощи при ожогах.
3. Асептика и антисептика.
4. Методы обработки шовного материала, подготовка рук хирурга. Методы стерилизации инструментария, операционного белья, перевязочного материала. Биологические методы антисептики
5. Классификация антибиотиков. Показания и противопоказания к применению. Осложнения при их применении, методы профилактики и лечения.
6. Классификация возбудителей гнойной инфекции. Пути внедрения и распространения. Общая и местная реакция организма. Особенности воспалительных заболеваний на лице и шее. Применение протеолитических ферментов в гнойной хирургии.
7. Принципы лечения: антибактериальная, иммунная, дезинтоксикационная, стимулирующая, общеукрепляющая терапия, местное лечение. Особенности течения гнойной инфекции у больных сахарным диабетом.
8. Гнойные заболевания лимфатических сосудов и узлов — лимфангит, лимфангоит, лимфаденит.
9. Хирургический сепсис. Определение понятия. Причины развития. Патогенез. Возбудители. Принципы диагностики, оценочные шкалы степени тяжести и прогноза заболевания. Антибактериальная терапия, дезинтоксикация. Экстракорпоральные методы детоксикации.
10. Осложнения. Профилактика и лечение тиреотоксического криза и острой сердечно-сосудистой недостаточности после операции у больных тиреотоксикозом.
11. Тиреоидиты и струмиты. Определение понятия. Тиреоидит Хашимото. Этиологии, патогенез. Клиника, диагностика. Показания к медикаментозному и хирургическому лечению. Тиреоидит Риделя. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение. Ближайшие и отдаленные результаты. Хронические специфические тиреоидиты (актиномикоз, туберкулез, сифилис).
12. Доброкачественные опухоли. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
13. Рак легкого. Этиология, факторы и группы риска. Патологическая анатомия. Закономерности метастазирования. Клинико-анатомическая классификация. Раннее выявление рака легкого, значение флюорографии.
14. Клиническая картина центрального и периферического рака в зависимости от характера роста и локализации опухоли. Рентгенологическая картина форм рака легкого, значение томографии, компьютерной томографии и бронхоскопии. Показания к различным методам исследования при различных формах рака легкого. Показания к хирургическому лечению, признаки неоперабельности. Принципы комбинированного лечения.
15. Доброкачественные опухоли легких. Классификация. Центральные и периферические доброкачественные опухоли (клиническая картина). Методы диагностики и дифференциальной диагностики. Принципы хирургического лечения, эндохирургические вмешательства, выбор метода лечения, результаты.
16. Эхинококкоз легкого. Клиника, диагностика. Сочетанный эхинококкоз. Роль серологических методов. Хирургическое лечение. Профилактика.

17. Легочное кровотечение Причины, клиника, диагностика, современная тактика лечения больных.
18. Опухоли и кисты средостения. Классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Специальные методы исследования. Показания к операции. Медиастинит. Этиология, клиника переднего и заднего медиастинита. Диагностика, лечение.
19. Клиника, диагностика закрытых и открытых травм груди. Сочетанные травмы. Ушибы, сотрясения, сдавление грудной клетки. Проникающие и непроникающие ранения грудной клетки, осложнения Показания к хирургическому лечению, обычные и видеоторакоскопические операции. Комбинированные повреждения. Ведение больных в послеоперационном периоде.
20. Тромбоз легочной артерии. Причины развития, клиника и диагностика (рентгенография легких, радиоизотопное сканирование, ангиопульмонография в сочетании с регистрацией в правых отделах сердца, ретроградная илиокавография). Лечение. Показания к эмболэктомии. Профилактика.
21. Посттромбофлебитическая болезнь нижних конечностей. Патогенез. Классификация. Клиника различных форм заболевания. Специальные методы диагностики. Консервативное лечение. Показания к операции и виды оперативных вмешательств.
22. Недостаточность лимфатической системы. Классификация лимфостаза. Клиника, методы диагностики, хирургическое лечение. Создание лимфовенозных анастомозов с помощью микрохирургической техники. Слоновость.
23. Классификация заболеваний пищевода. Методы исследования. Врожденные пороки развития. Классификация, диагностика, лечение.
24. Инородные тела пищевода. Клиника, диагностика, лечение. Перфорация пищевода. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения.
25. Рак пищевода. Заболеваемость. Патологическая анатомия. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Подготовка к операции. Послеоперационные осложнения. Комбинированное лечение (химиотерапии, лучевой терапии). Результаты хирургического и комбинированного лечения. Лазерные технологии в хирургии пищевода.
26. Классификация заболеваний желудка. Методика обследования больных с заболеваниями желудка.
27. Неэпителиальные опухоли желудка. Классификация. Клиника и диагностика. Хирургическое лечение.
28. Болезни оперированного желудка. Классификация. Незажившие и рецидивные язвы, пептические язвы тощей кишки, синдром приводящей петли и демпинг-синдром. Рефлюкс-гастрит и рефлюкс-эзофагит. Причины возникновения. Клиника и диагностика. Показания к хирургическому лечению, методы реконструктивных операций.
29. Послеоперационные осложнения: Кровотечения, парез желудка и кишечника, анастомозит, несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки и желудочно-кишечных анастомозов. Клиническая картина, диагностика, лечение.
30. Классификация заболеваний кишечника. Методы обследования.
31. Дивертикулы. Классификация, диагностика, осложнения. Хирургическое лечение. Дивертикул Меккеля. Диагностика, лечение. Опухоли тонкой кишки. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Болезнь Крона. Определение понятия, клиника, диагностика, лечение. Осложнения, их диагностика и лечение. Тонкокишечные свищи. Классификация, диагностика, лечение.
32. Острый аппендицит. Классификация. Патологоанатомические формы. Этиология, патогенез. Клиника и диагностика. Лечение. Осложнения острого аппендицита: аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс, межкишечный, поддиафрагмальный и тазовый абсцесс, пилефлебит. Клиника различных осложнений; их диагностика (УЗИ, КТ и др.) и лечение (хирургическое, пункция абсцессов по УЗ-наведением). Перитонит как осложнение

- острого аппендицита. Хронический аппендицит. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Показания и противопоказания к оперативному лечению.
33. Кишечная непроходимость. Классификация. Методы исследования больных. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода у больных с острой кишечной непроходимостью. Борьба с интоксикацией, парезом кишечника, водно-электролитными нарушениями.
 34. Геморрой. Классификация. Этиология. Патогенез. Вторичный геморрой. Клиника геморроя и его осложнений. Консервативное и оперативное лечение геморроя, выбор метода лечения. Предоперационная подготовка, ведение послеоперационного периода.
 35. Трещина прямой кишки. Причины возникновения. Клиника, диагностика, лечение. Полипы прямой кишки. Клиника, диагностика, лечение.
 36. Травматические повреждения селезенки. Клиника, диагностика, лечение.
 37. Классификация заболеваний поджелудочной железы. Методы обследования больных с заболеваниями поджелудочной железы.
 38. Хронический панкреатит, кисты поджелудочной железы. Этиология и патогенез хронического панкреатита. Классификация. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Специальные методы диагностики. Лечение: консервативное и хирургическое. Кисты поджелудочной железы: истинные и ложные. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение: операции наружного и внутреннего дренирования кист. Чрескожное дренирование кист.
 39. Послеоперационные грыжи. Причины развития. Клиника, диагностика. Методы операций. Причины рецидива послеоперационных грыж. Хирургическое лечение.
 40. Организация хирургической помощи при массовых поражениях.
 41. Медицинская сортировка раненных и обожженных; ее значение в организации хирургической помощи на этапах медицинской эвакуации.
 42. Огнестрельные раны. Понятие о ране как болезни. Первичная хирургическая обработка ран. Показания, техника, выполнения. Виды швов и показания к их наложению. Антибиотики их значение в лечении огнестрельных ран. Закрытые повреждения. Понятие об общей контузии, ее последствиях.
 43. Ранение крупных сосудов. Кровотечения, кровопотеря, оказание медицинской помощи. Диагностика ранений магистральных сосудов конечностей. Лечение на этапах медицинской эвакуации. Способы временной и окончательной остановки кровотечения на этапах медицинской помощи. Пульсирующая гематома. Диагностика, лечение. Травматические аневризмы, клиника, диагностика, лечение. Вторичные кровотечения.

Дисциплина 2 «Гепатобилиарная хирургия»

Тема №1 «Хирургические аспекты лечения цирроза печени и синдрома портальной гипертензии»

Устный опрос:

1. Портальная гипертензия. Определение понятия. Этиология. Патогенез. Классификация.
2. Клинические проявления различных форм синдрома ПГ (надпеченочной, печеночной, подпеченочной и смешанной форм).
3. Дифференциальная диагностика ПГ с другими заболеваниями, оценка полученных данных.
4. Виды осложнений ПГ.
5. Классификация степени варикозного расширения вен пищевода и желудка.

Тесты:

1. *Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?*
 1. рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей
 2. холедохолитиаз
 3. рак головки поджелудочной железы

4. эхинококкоз печени
5. метастазы в печень опухолей различной локализации

2. *Портальная гипертензия может наблюдаться при:*

1. циррозе печени
2. метастатическом раке печени
3. хроническом панкреатите
4. полилитолизе
5. хроническом панкреатите

3. *Больному 42 лет с предположительным диагнозом холедохолитиаз, механическая желтуха была произведена операция. На операции патологических изменений желчевыводящих путей и желчного пузыря не выявлено. Обнаружена увеличенная печень красно-коричневого цвета. Поставлен диагноз: гепатит. Какие лечебные мероприятия целесообразны?*

1. наружное дренирование желчных протоков
2. холецистостомия
3. десимпатизация печеночной артерии
4. ничего не предпринимать, рану ушить+
5. холецистэктомия, дренирование брюшной полости

4. *На 7 сутки после холедохолитомии и дренирования холедоха по Керу выпал дренаж. Желчеистечение умеренное по ходу дренажа, болей в животе нет, живот мягкий, перитонеальных симптомов нет. Ваши действия:*

1. экстренная операция – повторное дренирование протока;
2. лапароскопия с диагностической и лечебной целью;
3. наблюдение за больным, УЗИ-контроль
4. попытаться ввести дренаж вслепую;
5. фистулография.

5. *Какие из методов дооперационного обследования являются наиболее информативными и безопасными при интенсивной желтухе?*

1. внутривенная инфузионная холангиография
2. эндоскопическая ретроградная холангиография
3. чрескожная чрезпеченочная холангиография
4. УЗИ
5. пероральная холецистохолангиография

6. *Наиболее частые косвенные признаки острого панкреатита при гастродуоденоскопии:*

1. острые язвы желудка
2. острые язвы 12 -перстной кишки
3. отек и гиперемия задней стенки желудка
4. кровоизлияния на передней стенке желудка
5. утолщение складок желудка и 12-перстной кишки

7. *Какие изменения характерны для симптома Курвуазье?*

1. увеличенный, безболезненный, эластичный и подвижный желчный пузырь у больного с механической желтухой
2. увеличенный, безболезненный, эластичный желчный пузырь, желтухи нет
3. механическая желтуха, желчный пузырь не увеличен, определяется болезненность в зоне Шоффара

8. *Метод выбора в лечении хронического калькулезного холецистита:*

1. растворение конкрементов литолитическими препаратами
2. микрохолецистостомия
3. дистанционная волновая литотрипсия
4. холецистэктомия
5. комплексная консервативная терапия

9. Какие обстоятельства являются решающими при решении вопроса о необходимости планового хирургического лечения при холецистите?

- 1) выраженный диспепсический синдром;
- 2) длительный анамнез;
- 3) сопутствующие изменения печени;
- 4) наличие эпизодов рецидивирующего панкреатита;
- 5) наличие конкрементов в желчном пузыре.

10. Цирроз печени характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:

- 1) формирования соединительнотканых септ;
- 2) некроза гепатоцитов;
- 3) появления регенератов;
- 4) нарушения гистоархитектоники печени;
- 5) клеточной атипии.

Задания для самостоятельной работы проводятся в форме решения ситуационных задач:

Задача 1

Больной И., 64 лет, поступил с жалобами на интенсивные боли в верхней половине живота, иррадиирующие в область сердца, за грудину, сухость во рту, тошноту, желтушное окрашивание кожных покровов.

Заболел остро, за 4 суток до обращения. Начало заболевания связывает с приемом жирной пищи. Через 3 часа после еды появились острые боли в правом подреберье, тошнота, дважды была рвота, после которой отмечал облегчение состояния. Учитывая, что последние 5 лет периодически беспокоили боли в правом подреберье при приеме жирной пищи, купировавшиеся приемом спазмолитиков, больной принимал но-шпу. Болевой синдром купировался. Через 2 суток после первого приступа рецидив болевого синдрома. Отмечает озноб, повышение тела до 37,50 С, затем до 380 С. Тогда же появилась желтушность кожных покровов, потемнение мочи, ахоличный кал. Боли в животе приняли постоянный и нарастающий характер.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Кожные покровы желтушной окраски. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, выслушиваются влажные хрипы в нижнебоковых отделах, ЧДД-22. Тоны сердца приглушены, аритмичные, пульс – 96 уд. в мин; АД –140/90 мм рт ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут. При пальпации напряжение мышц и выраженная болезненность в верхних его отделах. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера, Георгиевского-Мюссе, Мейо-Робсона положительны. Перистальтика активная. Стул был. Кал серого цвета, оформленный. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 1300 мл.

Анализ крови: Нв- 164 г/л; эритроциты – 4,8 x 10¹², гематокрит – 34%; цветной показатель – 1,0; лейкоциты - 9,9 x 10⁹, э–0, п-24, с-55, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

Анализ мочи: желтая; мутная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – 0,067 г/л; кровь – отрицательно; желчь – +++; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-18; эпителий плоский – сплошь в поле зрения; оксалаты - +++; бактерии - +++. Диастаза мочи: 2048 ед.

Биохимический анализ: общий билирубин - 146 мкмоль/л, прямой – 98,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 2,0 ед; ALT- 2,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 46 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 38,0 ммоль/л; креатинин – 379 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141

ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 268 ммоль/л.

ЭКГ - электрическая ось сердца горизонтальная, единичные экстрасистолы, гипертрофия левого желудочка.

При УЗИ: печень неоднородная, внутривенные протоки расширены, холедох 1,3 см, терминальный отдел холедоха не лоцируется. Поджелудочная железа: головка 42 мм, тело и хвост не лоцируются. Желчный пузырь: размеры 12 x 8 см, стенка утолщена – 0,4 см, имеет двойной контур, в просвете множественные конкременты от 1,0 до 1,5 см.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Сформулируйте диагностическую программу.
3. Обоснуйте необходимость и охарактеризуйте диагностическую ценность дополнительных методов исследований.
4. Определите тактику лечения.
5. Этапы и принципы консервативной терапии.
6. Показания к операции, виды операции.
7. Прогноз заболевания.

Задача 2.

Больная Ж., 56 лет, поступила с жалобами на боли в правом подреберье, лихорадку, озноб, иктеричность кожных покровов, ахоличный стул.

Из анамнеза: страдает желчнокаменной болезнью в течение 15 лет. Лечилась неоднократно амбулаторно и в стационаре. Последние 3 года ухудшение состояния, участились приступы, провоцирующиеся нарушением диеты, а в последний год - и приемом любой пищи. В анамнезе отмечает пожелтение кожного покрова в одно из обострений, появление ахолического кала. Оперирована месяц назад по поводу острого калькулезного холецистита. Объем операции – холецистэктомия. Интраоперационная холангиография не проводилась. Холедох по описанию – 1,2 см. Пальпаторно удалось осмотреть холедох лишь на протяжении печеночно – двенадцатиперстной связки, в связи со спаечным перипроцессом. Послеоперационный период протекал благополучно. Выписана в удовлетворительном состоянии на 10 сутки после вмешательства. Ухудшение за 5 дней до настоящего обращения. После болевой атаки в правом подреберье, которую купировали приемом спазмолитиков (по назначению врача скорой помощи), на 2 сутки появилась иктеричность склер, на 3 сутки - повышение температуры тела до 37,30С и в последующем до 38-390С. Обратилась за медицинской помощью.

При поступлении общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледно-розовые с желтоватым оттенком. В легких дыхание проводится по всем полям, единичные сухие хрипы, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 96 в мин, АД 140/90 мм рт ст. Температура тела 39,20С. Язык сухой, обложен желто-зеленым налетом. Живот округлый, по средней линии послеоперационный рубец без признаков воспаления, при пальпации печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, болезненная. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика хорошая. Стул оформленным калом серого цвета. Моча темно-желтого цвета.

Анализ крови: Нв- 74 г/л; эритроциты - 3,2 x 10¹², гематокрит – 28%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты – 18,9 x 10⁹, э-0, п-24, с-55, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

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

Биохимический анализ: общий билирубин – 118,8 мкмоль/л, прямой – 72,2 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 2,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 18,0 ммоль/л; креатинин – 169 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 13,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.

УЗИ: печень увеличена, эхоструктура плотная. Внутривенные протоки расширены, холедох 1,2 см. Терминальный отдел холедоха не просматривается.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования должны быть проведены для постановки клинического диагноза?
3. План ведения больного, тактика лечения.
4. Обоснуйте современные методы лечения больного с подобной патологией.
5. Определите показания и вид хирургического вмешательства.
6. Прогноз заболевания.
7. План реабилитации.

Задача 3.

Больная У., 32 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, кожный зуд, периодическую возникающую желтуху с ознобами и лихорадкой.

Из анамнеза: за год до поступления оперирована в экстренном порядке по поводу деструктивного калькулезного холецистита. Течение послеоперационного периода тяжелое, сформировался наружный желчный свищ. При фистулографии контрастное вещество поступало в печеночные протоки и в ДПК. Через 5 месяцев отделяемое по свищу уменьшилось, а затем и полностью прекратилось. Месяц назад больную начали беспокоить боли в правом подреберье, периодические ознобы с лихорадкой, после приступов отмечено потемнение цвета мочи и обесцвеченный кал. Боли и лихорадка участились, временами появлялась желтуха. При поступлении состояние средней степени тяжести. Легкая иктеричность склер и кожи, имеются следы расчесов. В легких дыхание жесткое при аускультации, единичные сухие рассеянные хрипы, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс – 96 в мин, АД-120/90 мм рт ст. Язык обложен у корня белым налетом, подсушен. Живот: на передней брюшной стенке рубец 19 x 0,8 см, в правом подреберье - до 4 см в диаметре без признаков воспаления. При пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье, определяется плотная печень, выступающая из-под края реберной дуги на 3 см. Пери-стальтика активная. Стул ежедневный, кал окрашен. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 900 мл.

Анализ крови: Нв- 100 г/л; эритроциты – 3,8 x 10¹², гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - 8,9 x 10⁹, э-0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 56 мм/ч.

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

Биохимический анализ: общий билирубин – 64,5 мкмоль/л, прямой – 40,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 2,0 ед; АЛТ- 1,6 ммоль/л; АСТ-1,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 18,0 ммоль/л; креатинин – 179 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 168 ед.акт./л.

УЗИ: структура печени плотная, внутривенные протоки умеренно расширены, холедох до 1,2 см, терминальный отдел – не лоцируется.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Сформулируйте диагностическую программу.
3. Определите тактику лечения.
4. Вид хирургической коррекции, обоснование.
5. Опасности послеоперационного периода, особенности в ведении пациентки.
6. Прогноз заболевания.
7. Программа реабилитации.

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ОПК-4 (знания, умения), ПК-2 (умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема №2 «Первичные и метастатические опухоли печени»

Устный опрос:

1. Показатели заболеваемости и смертности от первичного рака печени в РФ
2. Какие факторы риска имеют наибольшее значение в развитии первичного рака печени?
3. Гистологическое строение печени, основные функции печени.
4. Основные гистологические варианты рака печени.
5. Классификация опухолей печени

Тесты

1. Больная 57 лет поступила с умеренно выраженными болями в правом подреберье, иррадиирующим в лопатку. В анамнезе: хронический калькулезный холецистит. В показателях общего анализа крови изменений не отмечается. Желтухи нет. При пальпации определяется увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь. Температура тела не изменена. Ваш диагноз:

1. эмпиема желчного пузыря
2. рак головки поджелудочной железы
3. водянка желчного пузыря
4. острый перфоративный холецистит
5. эхинококкоз печени

2. Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?

1. рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей
2. холедохолитиаз
3. рак головки поджелудочной железы
4. эхинококкоз печени
5. метастазы в печень опухолей различной локализации

3. Больная 56 лет поступила с клинической картиной острого холецистита. Больна в течение 2 дней. При УЗИ обнаружены множественные конкременты в желчном пузыре, воспалительно-инфильтративные изменения стенки последнего. Патологических изменений желчевыводящих путей и поджелудочной железы не выявлено. Какую тактику следует выбрать?

1. холецистэктомия в срочном порядке
2. консервативная терапия
3. микрохолецистостомия под контролем УЗИ
4. наложение хирургической холецистостомы
5. дистанционная волновая литотрипсия

4. Портальная гипертензия может наблюдаться при:

1. циррозе печени
2. метастатическом раке печени
3. хроническом панкреатите
4. полилитиазе
5. хроническом панкреатите

5. Укажите три основных клинических признака (следствия) синдрома портальной гипертензии:

- а) сосудистые звездочки и печеночные ладони;
 - б) асцит;
 - в) боли в правом подреберье;
 - г) увеличение печени;
 - д) увеличение селезенки;
 - е) венозные коллатерали;
 - ж) желтуха:
- 1) б, г, е;

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

6. *Какое из паразитарных заболеваний никогда не приводит к поражению печени?*

- 1) эхинококкоз;
- 2) альвеококкоз;
- 3) амебиаз;
- 4) описторхоз;
- 5) аскаридоз

7. *Какие из методов дооперационного обследования являются наиболее информативными и безопасными при интенсивной желтухе?*

1. внутривенная инфузионная холангиография
2. эндоскопическая ретроградная холангиография
3. чрезкожная чрезпеченочная холангиография
4. УЗИ
5. пероральная холецисто холангиография

8. *В патогенезе асцита, развивающегося при портальной гипертензии, важную роль играют: а) увеличение гидростатического давления в системе воротной вены; б) уменьшение лимфообразования; в) увеличение лимфообразования; г) снижение онкотического давления крови; д) активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы;*

1. а, в
2. а, в, г
3. а, в, г, д
4. в, д

9. *Какое из указанных обстоятельств является противопоказанием для наложения микрохолецистостомы?*

- 1) внутриклеточное расположение желчного пузыря;
- 2) пожилой и старческий возраст больных;
- 3) перфоративный холецистит с развитием перитонита;
- 4) отсутствие конкрементов в желчном пузыре;
- 5) развитие эмпиемы желчного пузыря.

10. *В патогенезе асцита, развивающегося при портальной гипертензии, важную роль играют: а) увеличение гидростатического давления в системе воротной вены; б) уменьшение лимфообразования; в) увеличение лимфообразования; г) снижение онкотического давления крови; д) активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы;*

- a. а, в
- b. а, в, г
- c. а, в, г, д
- d. в, д

Задания для самостоятельной работы проводятся в форме решения ситуационных задач:

Задача 1.

Больной П., 77 лет поступил в клинику с жалобами на незначительные тупые боли в правом подреберье, слабость, пожелтение кожи, кожный зуд, похудание, потемнение мочи и светлый кал.

Из анамнеза известно, что болен в течение 2 месяцев. Со слов больного появилось желтушное окрашивание склер, легкая иктеричность кожных покровов. Желтушность уменьшалась и увеличивалась вновь, появился кожный зуд. Обследован в инфекционном отделении, где был исключен инфекционный гепатит. Постепенно появились тупые боли в правом подреберье, слабость. Отмечает снижение аппетита. За последнее время похудел на 8 кг. В связи с усиливающейся желтухой направлен на обследование.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и склеры желтушные, имеются следы расчесов. В легких дыхание ослаблено в нижнебоковых отделах, влажные многопузырчатые хрипы, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс-78 в мин, АД-130/80 мм рт.ст. Язык подсушен, обложен желтоватым налетом. Живот впалый участвует в акте дыхания. При пальпации печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, плотный слегка болезненный край. Определяется дно желчного пузыря. Последний увеличен, безболезнен. Симптом Ортнера, Мейо-Робсона, Мерфи-Георгиевского отрицательные. Перистальтика хорошая. Стул 1 раз в три дня оформленным калом серого цвета. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, моча темного цвета, суточный диурез 1 200 мл.

Анализ крови: Нв- 108 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - $8,9 \times 10^9$, э-0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – $175,0$; СОЭ- 56 мм/ч.

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

Биохимический анализ: общий билирубин – 264,5 мкмоль/л, прямой – 176,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 2,0 ед; АЛТ- 2,6 ммоль/л; АСТ-1,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 18,0 ммоль/л; креатинин – 179 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 7,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 468 ед. акт./л.

ЭКГ: горизонтальное расположение электрической оси сердца, синусовая тахикардия, гипертрофия левого желудочка. ЧСС – 98 в мин.

УЗИ: печень увеличена в размерах, эхоплотная, внутрипеченочные протоки расширены. Холедох - 2,5 см, терминальный отдел холедоха не визуализируется. Желчный пузырь - размером 18 x 10 см, стенка его истончена, атонична. Головка поджелудочной железы 52 мм, тело - 41 мм, хвост - 17мм. Вопросы: 1. Какое заболевание можно заподозрить?

2. С какими заболеваниями должен быть проведен дифференциальный диагноз?
3. Сформулируйте диагностическую программу.
4. Сформулируйте план предоперационной подготовки.
5. Показания к операции, объем операции, факторы, влияющие на объем вмешательства.
6. Прогноз заболевания.
7. Программа реабилитации.

Задача 2.

Больной Р., 41 года. Поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастриальной области, иррадиирующие в правое плечо, за грудину, тошноту, рвоту с примесью желчи, подъем температуры до 38,50С, с ознобом, зуд кожи. Подобные явления в течение 3 суток. До этого периодически беспокоили приступы резкой слабости, сердцебиения, тяжести в правом подреберье, тошнота.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы, склеры желтушны. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. ЧСС 96 в 1 минуту. Артериальное давление 135/75 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот обычной формы, участвует в дыхании, мягкий слабо болезненный в правом подреберье. Печень по ординатам Курлова 14-11-10 см; жёлчный пузырь увеличен, напряжён, болезнен при пальпации; симптомы Ортнера, Кера положительные. Симптомов раздражения брюшины нет. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен, обычной окраски. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненна. Дизурических явлений нет. Из дополнительных методов диагностики:

общий анализ крови: Нв – 146 г/л, L – $15,8 \times 10^9$ /л, СОЭ – 22 мм/ч, э – 8%, п – 15%, с – 31%, л – 45%, м – 1%.

общий анализ мочи: с/ж; прозр.; кисл.; 1018; сах. – отр.; бел. – отр.; L – 2 – 3 в п/зр.; эп. – 1 – 2 в п/зр.

биохимическое исследование: О/бел. – 82 г/л; О/бил. – 64,6 ммоль/л; прямой бил – 37,5 ммоль/л; ЩФ – 375 ед; L-амилаза – 169 г/ч/л; Alt – 1,0; Ast – 1,0; Тим. – 4,5 ед; Сул. 4,0 ед; Мочев. – 6,8 мкмоль/л; Креат. – 78 мкмоль/л; K⁺ - 4,2 мкмоль/л; Na⁺⁺ - 138 мкмоль/л; Cl⁻ - 103 мкмоль/л, сахар крови – 8,1 ммоль/л.

УЗИ: печень увеличена, уплотнена, внутривенные протоки расширены; жёлчный пузырь 15×7×6 см, стенки утолщены, раздвоены, в просвете жёлчь с неоднородными хлопьевидными включениями, конкрементов нет; холедох 11 мм в диаметре, стенки утолщены.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
3. Какое необходимо провести обследование для уточнения диагноза?
4. Нужно ли больного оперировать, если "да" – в чём будет заключаться операция, объем предоперационной подготовки?

Задача 3.

В хирургическом отделении находится больная С., 45 лет, с жалобами на интенсивную боль в правом подреберье приступообразного характера с иррадиацией в правую поясничную область и правое надплечье, тошноту, рвоту, сухость во рту, подъем t до 37,80С.

Боль в правом подреберье периодически беспокоит в течение 5 лет. Настоящее обострение возникло около 5 суток назад после посещения банкета. В течение суток больная находится в стационаре, где проводится инфузионная, спазмолитическая, антибактериальная терапия, на фоне которой, болевой синдром уменьшился, но появилось желтушное окрашивание кожных покровов, склер.

Из анамнеза: в 20 лет перенесла вирусный гепатит А; 2 недели назад проходила курс лечения у стоматолога.

При осмотре: пациентка тучная, общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые жёлтого цвета. В лёгких дыхание ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 98 в 1 минуту. Артериальное давление 140/90 мм 38у. Ст. Язык суховат, обложен белым налётом. Живот обычной формы, в акте дыхания участвует, мягкий, болезнен в правом подреберье. Синдром 38улл38, Мюсси, Ортнера отрицательный Печень и селезёнка не пальпируются. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Аускультативно – перистальтика удовлетворительная. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненна. Дизурических явлений нет. Моча цвета пива.

Из дополнительных методов диагностики:

общий анализ крови: Hb – 140 г/л; Эр. – 4,8 × 10¹²/л; Ht – 42%; Цв. П. – 1,0; СОЭ – 35 мм/ч; L – 12,5 × 10⁹/л; э – 1, п – 7, с – 53, л – 32, м – 7.

Общий анализ мочи: с/ж; прозр.; кисл.; 1018; сах. – отр.; бел. – отр.; жёлч. Пигм. - +++; уробилин – не определяется; L – 2 – 3 в п/зр.; эп. – 1 – 2 в п/зр.; диастаза мочи 512 ед.

биохимическое исследование: О/бел. – 72 г/л; О/бил. – 118,4 ммоль/л; прямой бил. – 102 ммоль/л; ЩФ – 750 ед; L-амилаза – 170 г/ч/л; Alt – 0,5; Ast – 0,7; Тим. – 2,5 ед; 38улл. 4,0 ед; Мочев. – 6,8 мкмоль/л; Креат. – 78 мкмоль/л; K⁺ - 4,5 мкмоль/л; Na⁺⁺ - 138 мкмоль/л; Cl⁻ - 103 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
3. Какими методами исследования можно уточнить диагноз?
4. Тактика и объём лечения?
5. Алгоритм лечения больной.

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ОПК-3 (знания, умения), ПК-2 (умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема №3 «Трансплантация печени»

Устный опрос:

1. Современные методы лечения рака печени.
2. В чем заключается смысл хирургической анатомии печени?
3. Какие виды оперативных вмешательств используются в лечении рака печени?
4. Какие виды абляции используются в лечении рака печени?
5. Какие виды эндоваскулярных вмешательств используются в лечении рака печени?
6. Основные показания к проведению лучевой и лекарственной терапии.

Тест:

1. Больная 57 лет поступила с умеренно выраженными болями в правом подреберье, иррадирующими в лопатку. В анамнезе: хронический калькулезный холецистит. В показателях общего анализа крови изменений не отмечается. Желтухи нет. При пальпации определяется увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь. Температура тела не изменена. Ваш диагноз:

- 1) эмпиема желчного пузыря;
- 2) рак головки поджелудочной железы;
- 3) водянка желчного пузыря;
- 4) острый перфоративный холецистит;
- 5) эхинококкоз печени.

2. Портальная гипертензия может наблюдаться при:

- 1) циррозе печени;
- 2) метастатическом раке печени;
- 3) хроническом гепатите;
- 4) полилитиазе;
- 5) хроническом панкреатите.

3. Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?

- 1) рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей;
- 2) холедохолитиаз;
- 3) рак головки поджелудочной железы;
- 4) эхинококкоз печени;
- 5) метастазы в печень опухолей различной локализации.

4. Больная 56 лет поступила с клинической картиной острого холецистита. Больна в течение 2 дней. При УЗИ обнаружены множественные конкременты в желчном пузыре, воспалительно-инфильтративные изменения стенки последнего. Патологических изменений желчевыводящих путей и поджелудочной железы не выявлено. Какую тактику следует выбрать?

- 1) холецистэктомия в срочном порядке;
- 2) консервативная терапия;
- 3) микрохолецистостомия под контролем УЗИ;
- 4) наложение хирургической холецистостомы;
- 5) дистанционная волновая литотрипсия.

5. Больной 76 лет поступил в клинику на седьмые сутки после начала заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, слабость повторную рвоту, повышение температуры тела до 38С. При осмотре: общее состояние средней тяжести, бледен. Пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь, в правом подреберье отмечается напряжение мышц брюшной стенки. Больной страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом. Какой метод лечения предпочтителен?

- 1) экстренная холецистэктомия;

- 2) срочная холецистэктомия;
- 3) срочная микрохолецистостомия под контролем УЗИ или лапароскопии как окончательный этап;
- 4) дистанционная литотрипсия;
- 5) срочная микрохолецистостомия под контролем УЗИ или лапароскопии с последующей отсроченной холецистэктомией.

6. Эхинококкозом человек заражается при:

1. укусе зараженной собакой;
2. проглатывании яиц паразита;
3. использовании в пищу печени зараженных животных.

7. На 7 сутки после холедохолитотомии и дренирования холедоха по Керу выпал дренаж. Желчеистечение умеренное по ходу дренажа, болей в животе нет, живот мягкий, перитонеальных симптомов нет. Ваши действия?

- 1) экстренная операция – повторное дренирование протока;
- 2) лапароскопия с диагностической и лечебной целью;
- 3) наблюдение за больным, УЗИ-контроль;
- 4) попытаться ввести дренаж вслепую;
- 5) фистулография.

8. Выбор метода в лечении хронического калькулезного холецистита:

1. растворение конкрементов литолитическими препаратами;
2. микрохолецистостомия;
3. дистанционная волновая литотрипсия;
4. холецистэктомия;
5. комплексная консервативная терапия.

9. Какие обстоятельства являются решающими при решении вопроса о необходимости планового хирургического лечения при холецистите?

- 1) выраженный диспепсический синдром;
- 2) длительный анамнез;
- 3) сопутствующие изменения печени;
- 4) наличие эпизодов рецидивирующего панкреатита;
- 5) наличие конкрементов в желчном пузыре.

10. Укажите три основных клинических признака (следствия) синдрома портальной гипертензии: а) сосудистые звездочки и печеночные ладони; б) асцит; в) боли в правом подреберье; г) увеличение печени; д) увеличение селезенки; е) венозные коллатерали; ж) желтуха:

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

Задания для самостоятельной работы проводятся в форме решения ситуационных задач:
Задача 1

Больной И., 64 лет, поступил с жалобами на интенсивные боли в верхней половине живота, иррадиирующие в область сердца, за грудину, сухость во рту, тошноту, желтушное окрашивание кожных покровов.

Заболел остро, за 4 суток до обращения. Начало заболевания связывает с приемом жирной пищи. Через 3 часа после еды появились острые боли в правом подреберье, тошнота, дважды была рвота, после которой отмечал облегчение состояния. Учитывая, что последние 5 лет периодически беспокоили боли в правом подреберье при приеме жирной пищи, купировавшиеся приемом спазмолитиков, больной принимал но-шпу. Болевой синдром купировался. Через 2 суток после первого приступа рецидив болевого синдрома. Отмечает озноб, повышение тела до 37,50 С, затем до 380 С. Тогда же появилась желтушность кожных покровов, потемнение мочи, ахоличный кал. Боли в животе приняли постоянный и нарастающий характер.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Кожные покровы желтушной окраски. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, выслушиваются влажные хрипы в нижнебоковых отделах, ЧДД-22. Тоны сердца приглушены, аритмичные, пульс – 96 уд. в мин; АД –140/90 мм рт ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут. При пальпации напряжение мышц и выраженная болезненность в верхних его отделах. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера, Георгиевского-Мюссе, Мейо-Робсона положительны. Перистальтика активная. Стул был. Кал серого цвета, оформленный. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 1300 мл.

Анализ крови: Нв- 164 г/л; эритроциты – 4,8 x 10¹², гематокрит – 34%; цветной показатель – 1,0; лейкоциты - 9,9 x 10⁹, э–0, п-24, с-55, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

Анализ мочи: желтая; мутная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – 0,067 г/л; кровь – отрицательно; желчь – +++; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-18; эпителий плоский – сплошь в поле зрения; оксалаты - +++; бактерии - +++. Диастаза мочи: 2048 ед.

Биохимический анализ: общий билирубин - 146 мкмоль/л, прямой – 98,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 2,0 ед; ALT- 2,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 46 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 38,0 ммоль/л; креатинин – 379 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 268 ммоль/л.

ЭКГ - электрическая ось сердца горизонтальная, единичные экстрасистолы, гипертрофия левого желудочка.

При УЗИ: печень неоднородная, внутрипеченочные протоки расширены, холедох 1,3 см, терминальный отдел холедоха не лоцируется. Поджелудочная железа: головка 42 мм, тело и хвост не лоцируются. Желчный пузырь: размеры 12 x 8 см, стенка утолщена – 0,4 см, имеет двойной контур, в просвете множественные конкременты от 1,0 до 1,5 см.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Сформулируйте диагностическую программу.
3. Обоснуйте необходимость и охарактеризуйте диагностическую ценность дополнительных методов исследований.
4. Определите тактику лечения.
5. Этапы и принципы консервативной терапии.
6. Показания к операции, виды операции.
7. Прогноз заболевания.

Задача 2.

Больная Ж., 56 лет, поступила с жалобами на боли в правом подреберье, лихорадку, озноб, иктеричность кожных покровов, ахоличный стул.

Из анамнеза: страдает желчнокаменной болезнью в течение 15 лет. Лечилась неоднократно амбулаторно и в стационаре. Последние 3 года ухудшение состояния, участились приступы, провоцирующиеся нарушением диеты, а в последний год - и приемом любой пищи. В анамнезе отмечает пожелтение кожного покрова в одно из обострений, появление ахолического кала. Оперирована месяц назад по поводу острого калькулезного холецистита. Объем операции – холецистэктомия. Интраоперационная холангиография не проводилась. Холедох по описанию –

1,2 см. Пальпаторно удалось осмотреть холедох лишь на протяжении печеночно – двенадцатиперстной связки, в связи со спаечным перипроцессом. Послеоперационный период протекал благополучно. Выписана в удовлетворительном состоянии на 10 сутки после вмешательства. Ухудшение за 5 дней до настоящего обращения. После болевой атаки в правом подреберье, которую купировали приемом спазмолитиков (по назначению врача скорой помощи), на 2 сутки появилась иктеричность склер, на 3 сутки - повышение температуры тела до 37,30С и в последующем до 38-390С. Обратилась за медицинской помощью.

При поступлении общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледно-розовые с желтоватым оттенком. В легких дыхание проводится по всем полям, единичные сухие хрипы, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 96 в мин, АД 140/90 мм рт ст. Температура тела 39,20С. Язык сухой, обложен желто-зеленым налетом. Живот округлый, по средней линии послеоперационный рубец без признаков воспаления, при пальпации печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, болезненная. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика хорошая. Стул оформленным калом серого цвета. Моча темно-желтого цвета.

Анализ крови: Hb- 74 г/л; эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$, гематокрит – 28%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты – $18,9 \times 10^9$, э–0, п-24, с-55, л-19, м-2; тромбоцитов – $175,0$; СОЭ- 26 мм/ч.

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

Биохимический анализ: общий билирубин – 118,8 мкмоль/л, прямой – 72,2 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 2,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 18,0 ммоль/л; креатинин – 169 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 13,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.

УЗИ: печень увеличена, эхоструктура плотная. Внутривеночные протоки расширены, холедох 1,2 см. Терминальный отдел холедоха не просматривается.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования должны быть проведены для постановки клинического диагноза?
3. План ведения больного, тактика лечения.
4. Обоснуйте современные методы лечения больного с подобной патологией.
5. Определите показания и вид хирургического вмешательства.
6. Прогноз заболевания.
7. План реабилитации.

Задача 3.

Больная У., 32 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, кожный зуд, периодическую возникающую желтуху с ознобами и лихорадкой.

Из анамнеза: за год до поступления оперирована в экстренном порядке по поводу деструктивного калькулезного холецистита. Течение послеоперационного периода тяжелое, сформировался наружный желчный свищ. При фистулографии контрастное вещество поступало в печеночные протоки и в ДПК. Через 5 месяцев отделяемое по свищу уменьшилось, а затем и полностью прекратилось. Месяц назад больную начали беспокоить боли в правом подреберье, периодические ознобы с лихорадкой, после приступов отмечено потемнение цвета мочи и обесцвеченный кал. Боли и лихорадка участились, временами появлялась желтуха. При поступлении состояние средней степени тяжести. Легкая иктеричность склер и кожи, имеются следы расчесов. В легких дыхание жесткое при аускультации, единичные сухие рассеянные хрипы, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс – 96 в мин, АД-120/90 мм рт ст. Язык обложен у корня белым налетом, подсушен. Живот: на передней брюшной стенке рубец 19 x 0,8 см, в правом подреберье - до 4 см в диаметре без признаков воспаления. При пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье, определяется плотная печень, выступающая из-под края реберной дуги на 3 см. Пери-стальтика активная. Стул ежедневный, кал окрашен.

Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 900 мл.

Анализ крови: Нв- 100 г/л; эритроциты – 3,8 x 10¹², гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - 8,9 x 10⁹, э–0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 56 мм/ч.

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

Биохимический анализ: общий билирубин – 64,5 мкмоль/л, прямой – 40,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 2,0 ед; ALT- 1,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 18,0 ммоль/л; креатинин – 179 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 168 ед.акт./л.

УЗИ: структура печени плотная, внутрипеченочные протоки умеренно расширены, холедох до 1,2 см, терминальный отдел – не лоцируется.

Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз больной.

2. Сформулируйте диагностическую программу.
3. Определите тактику лечения.
4. Вид хирургической коррекции, обоснование.
5. Опасности послеоперационного периода, особенности в ведении пациентки.
6. Прогноз заболевания.
7. Программа реабилитации.

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ОПК-3 (знания, умения, навыки (лпыт деятельности)), ОПК-4 (знания, умения, навыки (лпыт деятельности)), ПК-2 (умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема №4 «Очаговые поражения печени доброкачественной этиологии»

Устный опрос:

- 1.Классификация доброкачественных новообразований печени
2. Классификация внутрипеченочных желчных протоков
3. Гемангиомы
4. Диагностика
5. Оперативное лечение

Тест:

1. На 7 сутки после холедохолитотомии и дренирования холедоха по Керу выпал дренаж. Желчеистечение умеренное по ходу дренажа, болей в животе нет, живот мягкий, перитонеальных симптомов нет. Ваши действия?

- 1) экстренная операция – повторное дренирование протока;
- 2) лапароскопия с диагностической и лечебной целью;
- 3) наблюдение за больным, УЗИ-контроль;
- 4) попытаться ввести дренаж вслепую;
- 5) фистулография.

2. Выбор метода в лечении хронического калькулезного холецистита:

- 1) растворение конкрементов литолитическими препаратами;
- 2) микрохолецистостомия;
- 3) дистанционная волновая литотрипсия;
- 4) холецистэктомия;
- 5) комплексная консервативная терапия.

3. Какие обстоятельства являются решающими при решении вопроса о необходимости планового хирургического лечения при холецистите?

- 1) выраженный диспепсический синдром;
- 2) длительный анамнез;

- 3) сопутствующие изменения печени;
- 4) наличие эпизодов рецидивирующего панкреатита;
- 5) наличие конкрементов в желчном пузыре.

4. *Какие изменения характерны для водянки желчного пузыря?*

- 1) увеличенный, безболезненный, эластичный и подвижный желчный пузырь у больного с механической желтухой;
- 2) увеличенный, безболезненный, эластичный желчный пузырь, желтухи нет;
- 3) механическая желтуха, желчный пузырь не увеличен, определяется болезненность в зоне Шоффара.

5. *Какие из методов дооперационного обследования являются наиболее информативными и безопасными при интенсивной желтухе?*

- 1) внутривенная инфузионная холангиография
- 2) эндоскопическая ретроградная холангиография
- 3) чрезкожная чрезпеченочная холангиография
- 4) УЗИ
- 5) пероральная холецисто холангиография

6. *Какие изменения характерны для симптома Курвуазье?*

- 1) увеличенный, безболезненный, эластичный и подвижный желчный пузырь у больного, с механической желтухой.
- 2) увеличенный, безболезненный, эластичный желчный пузырь, желтухи нет;
- 3) механическая желтуха, желчный пузырь не увеличен, определяется болезненность в зоне Шоффара.

7. *Больной 76 лет поступил в клинику на седьмые сутки после начала заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, слабость, повторную рвоту, повышение температуры тела до 38С. При осмотре: общее состояние средней тяжести, бледен. Пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь, в правом подреберье отмечается напряжение мышц брюшной стенки. Больной страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом. Какой метод лечения предпочтителен?*

- 1) экстренная холецистэктомия;
- 2) срочная холецистэктомия;
- 3) срочная микрохолецистэктомия под контролем УЗИ или лапароскопии как окончательный этап;
- 4) дистанционная литотрипсия;
- 5) срочная микрохолецистэктомия под контролем УЗИ или лапароскопии с последующей отсроченной холецистэктомии.

8. *Эхинококкозом человек заражается при:*

1. укусе зараженной собакой;
2. проглатывании яиц паразита;
3. использовании в пищу печени зараженных животных.

9. *Портальная гипертензия может наблюдаться при:*

- 1) циррозе печени;
- 2) метастатическом раке печени;
- 3) хроническом гепатите;
- 4) полилитиазе;
- 5) хроническом панкреатите.

10. *Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?*

- 1) рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей;
- 2) холедохолитиаз;
- 3) рак головки поджелудочной железы;
- 4) эхинококкоз печени;
- 5) метастазы в печень опухолей различной локализации.

Задания для самостоятельной работы проводятся в форме решения ситуационных задач:

Задача 1

Больной И., 64 лет, поступил с жалобами на интенсивные боли в верхней половине живота, иррадиирующие в область сердца, за грудину, сухость во рту, тошноту, желтушное окрашивание кожных покровов.

Заболел остро, за 4 суток до обращения. Начало заболевания связывает с приемом жирной пищи. Через 3 часа после еды появились острые боли в правом подреберье, тошнота, дважды была рвота, после которой отмечал облегчение состояния. Учитывая, что последние 5 лет периодически беспокоили боли в правом подреберье при приеме жирной пищи, купировавшиеся приемом спазмолитиков, больной принимал но-шпу. Болевой синдром купировался. Через 2 суток после первого приступа рецидив болевого синдрома. Отмечает озноб, повышение тела до 37,50 С, затем до 38,0 С. Тогда же появилась желтушность кожных покровов, потемнение мочи, ахоличный кал. Боли в животе приняли постоянный и нарастающий характер.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Кожные покровы желтушной окраски. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, выслушиваются влажные хрипы в нижнебоковых отделах, ЧДД-22. Тоны сердца приглушены, аритмичные, пульс – 96 уд. в мин; АД – 140/90 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут. При пальпации напряжение мышц и выраженная болезненность в верхних его отделах. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера, Георгиевского-Мюссе, Мейо-Робсона положительны. Перистальтика активная. Стул был. Кал серого цвета, оформленный. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 1300 мл.

Анализ крови: Нв- 164 г/л; эритроциты – 4,8 x 10¹², гематокрит – 34%; цветной показатель – 1,0; лейкоциты - 9,9 x 10⁹, э–0, п-24, с-55, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

Анализ мочи: желтая; мутная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – 0,067 г/л; кровь – отрицательно; желчь – +++; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-18; эпителий плоский – сплошь в поле зрения; оксалаты - +++; бактерии - +++. Диастаза мочи: 2048 ед.

Биохимический анализ: общий билирубин - 146 мкмоль/л, прямой – 98,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 2,0 ед; ALT- 2,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 46 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 38,0 ммоль/л; креатинин – 379 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 268 ммоль/л.

ЭКГ - электрическая ось сердца горизонтальная, единичные экстрасистолы, гипертрофия левого желудочка.

При УЗИ: печень неоднородная, внутривенные протоки расширены, холедох 1,3 см, терминальный отдел холедоха не лоцируется. Поджелудочная железа: головка 42 мм, тело и хвост не лоцируются. Желчный пузырь: размеры 12 x 8 см, стенка утолщена – 0,4 см, имеет двойной контур, в просвете множественные конкременты от 1,0 до 1,5 см.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Сформулируйте диагностическую программу.
3. Обоснуйте необходимость и охарактеризуйте диагностическую ценность дополнительных методов исследований.
4. Определите тактику лечения.
5. Этапы и принципы консервативной терапии.
6. Показания к операции, виды операции.
7. Прогноз заболевания.

Задача 2.

Больная Ж., 56 лет, поступила с жалобами на боли в правом подреберье, лихорадку, озноб, иктеричность кожных покровов, ахоличный стул.

Из анамнеза: страдает желчнокаменной болезнью в течение 15 лет. Лечилась неоднократно амбулаторно и в стационаре. Последние 3 года ухудшение состояния, участились приступы, провоцирующиеся нарушением диеты, а в последний год - и приемом любой пищи. В анамнезе отмечает пожелтение кожного покрова в одно из обострений, появление ахоличного кала. Оперирована месяц назад по поводу острого калькулезного холецистита. Объем операции – холецистэктомия. Интраоперационная холангиография не проводилась. Холедох по описанию – 1,2 см. Пальпаторно удалось осмотреть холедох лишь на протяжении печеночно – двенадцатиперстной связки, в связи со спаечным перипроцессом. Послеоперационный период протекал благополучно. Выписана в удовлетворительном состоянии на 10 сутки после вмешательства. Ухудшение за 5 дней до настоящего обращения. После болевой атаки в правом подреберье, которую купировали приемом спазмолитиков (по назначению врача скорой помощи), на 2 сутки появилась иктеричность склер, на 3 сутки - повышение температуры тела до 37,30С и в последующем до 38-390С. Обратилась за медицинской помощью.

При поступлении общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледно-розовые с желтоватым оттенком. В легких дыхание проводится по всем полям, единичные сухие хрипы, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 96 в мин, АД 140/90 мм рт ст. Температура тела 39,20С. Язык сухой, обложен желто-зеленым налетом. Живот округлый, по средней линии послеоперационный рубец без признаков воспаления, при пальпации печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, болезненная. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика хорошая. Стул оформленным калом серого цвета. Моча темно-желтого цвета.

Анализ крови: Hb- 74 г/л; эритроциты - 3,2 x 10¹², гематокрит – 28%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты – 18,9 x 10⁹, э-0, п-24, с-55, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

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

Биохимический анализ: общий билирубин – 118,8 мкмоль/л, прямой – 72,2 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 2,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 18,0 ммоль/л; креатинин – 169 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 13,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.

УЗИ: печень увеличена, эхоструктура плотная. Внутривенные протоки расширены, холедох 1,2 см. Терминальный отдел холедоха не просматривается.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования должны быть проведены для постановки клинического диагноза?
3. План ведения больного, тактика лечения.
4. Обоснуйте современные методы лечения больного с подобной патологией.
5. Определите показания и вид хирургического вмешательства.
6. Прогноз заболевания.
7. План реабилитации.

Задача 3.

Больная У., 32 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, кожный зуд, периодическую возникающую желтуху с ознобами и лихорадкой.

Из анамнеза: за год до поступления оперирована в экстренном порядке по поводу деструктивного калькулезного холецистита. Течение послеоперационного периода тяжелое, сформировался наружный желчный свищ. При фистулографии контрастное вещество поступало в печеночные протоки и в ДПК. Через 5 месяцев отделяемое по свищу уменьшилось, а затем и полностью прекратилось. Месяц назад больную начали беспокоить боли в правом подреберье, периодические ознобы с лихорадкой, после приступов отмечено потемнение цвета мочи и обесцвеченный кал. Боли и лихорадка участились, временами появлялась желтуха. При поступлении состояние средней степени тяжести. Легкая иктеричность склер и кожи, имеются

следы расчесов. В легких дыхание жесткое при аускультации, единичные сухие рассеянные хрипы, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс – 96 в мин, АД-120/90 мм рт ст. Язык обложен у корня белым налетом, подсушен. Живот: на передней брюшной стенке рубец 19 x 0,8 см, в правом подреберье - до 4 см в диаметре без признаков воспаления. При пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье, определяется плотная печень, выступающая из-под края реберной дуги на 3 см. Пери-стальтика активная. Стул ежедневный, кал окрашен. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 900 мл.

Анализ крови: Нв- 100 г/л; эритроциты – 3,8 x 10¹², гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - 8,9 x 10⁹, э-0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 56 мм/ч.

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

Биохимический анализ: общий билирубин – 64,5 мкмоль/л, прямой – 40,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 2,0 ед; ALT- 1,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 18,0 ммоль/л; креатинин – 179 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 168 ед.акт./л.

УЗИ: структура печени плотная, внутрпеченочные протоки умеренно расширены, холедох до 1,2 см, терминальный отдел – не лоцируется.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Сформулируйте диагностическую программу.
3. Определите тактику лечения.
4. Вид хирургической коррекции, обоснование.
5. Опасности послеоперационного периода, особенности в ведении пациентки.
6. Прогноз заболевания.
7. Программа реабилитации.

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ОПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ОПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-2 (умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 5 «Холедохолитиаз»

Устный опрос:

1. Холедохолитиаз: этиология, патогенез, клиника, лечение
2. Осложнение
3. Острый панкреатит: патогенез, клиническая карта, диагностика, лечение
4. Хронический панкреатит: патогенез, клиническая карта, диагностика, лечение
5. Острый холангит: патогенез, клиническая карта, диагностика, лечение

Тест:

1. Укажите три основных клинических признака (следствия) синдрома портальной гипертензии:

- а) сосудистые звездочки и печеночные ладони;
- б) асцит;
- в) боли в правом подреберье;
- г) увеличение печени;
- д) увеличение селезенки;
- е) венозные коллатерали;
- ж) желтуха:

- 1) б, г, е;
- 2) б, г, ж;
- 3) а, д, е;

- 4) б, д, е;
- 5) б, в, г.

2. Какие обстоятельства являются решающими при решении вопроса о необходимости планового хирургического лечения при холецистите?

- 1) выраженный диспепсический синдром;
- 2) длительный анамнез;
- 3) сопутствующие изменения печени;
- 4) наличие эпизодов рецидивирующего панкреатита;
- 5) наличие конкрементов в желчном пузыре.

3. В патогенезе асцита, развивающегося при портальной гипертензии, важную роль играют: а) увеличение гидростатического давления в системе воротной вены; б) уменьшение лимфообразования; в) увеличение лимфообразования; г) снижение онкотического давления крови; д) активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы;

1. а, в
2. а, в, г
3. а, в, г, д
4. в, д

4. Какие из методов дооперационного обследования являются наиболее информативными и безопасными при интенсивной желтухе?

1. внутривенная инфузионная холангиография
2. эндоскопическая ретроградная холангиография
3. чрезкожная чрезпеченочная холангиография
4. УЗИ
5. пероральная холецисто холангиография

5. Какое из паразитарных заболеваний никогда не приводит к поражению печени?

- 1) эхинококкоз;
- 2) альвеококкоз;
- 3) амебиаз;
- 4) описторхоз;
- 5) аскаридоз

6. Эхинококкозом человек заражается при:

1. укусе зараженной собакой;
2. проглатывании яиц паразита;
3. использовании в пищу печени зараженных животных.

7. Укажите три основных клинических признака (следствия) синдрома портальной гипертензии:

- а) сосудистые звездочки и печеночные ладони;
- б) асцит;
- в) боли в правом подреберье;
- г) увеличение печени;
- д) увеличение селезенки;
- е) венозные коллатерали;
- ж) желтуха:

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

8. Из приведенных признаков выберите те, которые наиболее характерны для механической желтухи: а) увеличение связанного (прямого) билирубина в крови; б) увеличение несвязанного (непрямого) билирубина в крови; в) билирубин в моче есть; г) билирубин в моче отсутствует; д) уробилин в моче определяется; е) уробилина в моче нет; ж) стеркобилин в кале отсутствует; з) стеркобилин в кале есть.

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

9. Больная 43 лет, длительно страдающая калькулезным холециститом, поступила в клинику с болями в правом подреберье и эпигастрии опоясывающего характера. Отмечает повторную рвоту. Состояние средней тяжести, иктеричность склер и кожных покровов. Тахикардия, напряжение мышц передней брюшной стенки, парез кишечника. Из лабораторных данных обращают на себя внимание лейкоцитоз и высокий уровень амилазы крови. Какой из методов инструментального исследования следует применить в первую очередь?

1. лапароскопия
2. эндоскопическая ретроградная холангиография
3. чрескожная чреспеченочная холангиография
4. ультразвуковое исследование брюшной полости
5. селективная ангиография ветвей чревного ствола

10. Какое из указанных обстоятельств является противопоказанием для наложения микрохолецистостомы?

- 1) внутриклеточное расположение желчного пузыря;
- 2) пожилой и старческий возраст больных;
- 3) перфоративный холецистит с развитием перитонита;
- 4) отсутствие конкрементов в желчном пузыре;
- 5) развитие эмпиемы желчного пузыря.

Задания для самостоятельной работы проводятся в форме решения ситуационных задач:

Задача 1

Больной И., 64 лет, поступил с жалобами на интенсивные боли в верхней половине живота, иррадиирующие в область сердца, за грудину, сухость во рту, тошноту, желтушное окрашивание кожных покровов.

Заболел остро, за 4 суток до обращения. Начало заболевания связывает с приемом жирной пищи. Через 3 часа после еды появились острые боли в правом подреберье, тошнота, дважды была рвота, после которой отмечал облегчение состояния. Учитывая, что последние 5 лет периодически беспокоили боли в правом подреберье при приеме жирной пищи, купировавшиеся приемом спазмолитиков, больной принимал но-шпу. Болевой синдром купировался. Через 2 суток после первого приступа рецидив болевого синдрома. Отмечает озноб, повышение тела до 37,50 С, затем до 38,0 С. Тогда же появилась желтушность кожных покровов, потемнение мочи, ахоличный кал. Боли в животе приняли постоянный и нарастающий характер.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Кожные покровы желтушной окраски. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, выслушиваются влажные хрипы в нижнебоковых отделах, ЧДД-22. Тоны сердца приглушены, аритмичные, пульс – 96 уд. в мин; АД –140/90 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут. При пальпации напряжение мышц и выраженная болезненность в верхних его отделах. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера, Георгиевского-Мюссе, Мейо-Робсона положительны. Перистальтика активная. Стул был. Кал серого цвета, оформленный. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 1300 мл.

Анализ крови: Нв- 164 г/л; эритроциты – 4,8 x 10¹², гематокрит – 34%; цветной показатель – 1,0; лейкоциты - 9,9 x 10⁹, э-0, п-24, с-55, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

Анализ мочи: желтая; мутная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – 0,067 г/л; кровь – отрицательно; желчь – +++; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-18; эпителий плоский – сплошь в поле зрения; оксалаты - +++; бактерии - +++. Диастаза мочи: 2048 ед.

Биохимический анализ: общий билирубин - 146 мкмоль/л, прямой – 98,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 2,0 ед; ALT- 2,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 46 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 38,0 ммоль/л; креатинин – 379 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 268 ммоль/л.

ЭКГ - электрическая ось сердца горизонтальная, единичные экстрасистолы, гипертрофия левого желудочка.

При УЗИ: печень неоднородная, внутривеночные протоки расширены, холедох 1,3 см, терминальный отдел холедоха не лоцируется. Поджелудочная железа: головка 42 мм, тело и хвост не лоцируются. Желчный пузырь: размеры 12 x 8 см, стенка утолщена – 0,4 см, имеет двойной контур, в просвете множественные конкременты от 1,0 до 1,5 см.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Сформулируйте диагностическую программу.
3. Обоснуйте необходимость и охарактеризуйте диагностическую ценность дополнительных методов исследований.
4. Определите тактику лечения.
5. Этапы и принципы консервативной терапии.
6. Показания к операции, виды операции.
7. Прогноз заболевания.

Задача 2.

Больная Ж., 56 лет, поступила с жалобами на боли в правом подреберье, лихорадку, озноб, иктеричность кожных покровов, ахоличный стул.

Из анамнеза: страдает желчнокаменной болезнью в течение 15 лет. Лечилась неоднократно амбулаторно и в стационаре. Последние 3 года ухудшение состояния, участились приступы, провоцирующиеся нарушением диеты, а в последний год - и приемом любой пищи. В анамнезе отмечает пожелтение кожного покрова в одно из обострений, появление ахолического кала. Оперирована месяц назад по поводу острого калькулезного холецистита. Объем операции – холецистэктомия. Интраоперационная холангиография не проводилась. Холедох по описанию – 1,2 см. Пальпаторно удалось осмотреть холедох лишь на протяжении печеночно – двенадцатиперстной связки, в связи со спаечным перипроцессом. Послеоперационный период протекал благополучно. Выписана в удовлетворительном состоянии на 10 сутки после вмешательства. Ухудшение за 5 дней до настоящего обращения. После болевой атаки в правом подреберье, которую купировали приемом спазмолитиков (по назначению врача скорой помощи), на 2 сутки появилась иктеричность склер, на 3 сутки - повышение температуры тела до 37,30С и в последующем до 38-390С. Обратилась за медицинской помощью.

При поступлении общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледно-розовые с желтоватым оттенком. В легких дыхание проводится по всем полям, единичные сухие хрипы, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 96 в мин, АД 140/90 мм рт ст. Температура тела 39,20С. Язык сухой, обложен желто-зеленым налетом. Живот округлый, по средней линии послеоперационный рубец без признаков воспаления, при пальпации печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, болезненная. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика хорошая. Стул оформленным калом серого цвета. Моча темно-желтого цвета.

Анализ крови: Нв- 74 г/л; эритроциты - 3,2 x 10¹², гематокрит – 28%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты – 18,9 x 10⁹, э-0, п-24, с-55, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

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

Биохимический анализ: общий билирубин – 118,8 мкмоль/л, прямой – 72,2 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 2,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 18,0 ммоль/л; креатинин – 169 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 13,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.

УЗИ: печень увеличена, эхоструктура плотная. Внутривенные протоки расширены, холедох 1,2 см. Терминальный отдел холедоха не просматривается.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования должны быть проведены для постановки клинического диагноза?
3. План ведения больного, тактика лечения.
4. Обоснуйте современные методы лечения больного с подобной патологией.
5. Определите показания и вид хирургического вмешательства.
6. Прогноз заболевания.
7. План реабилитации.

Задача 3.

Больная У., 32 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, кожный зуд, периодическую возникающую желтуху с ознобами и лихорадкой.

Из анамнеза: за год до поступления оперирована в экстренном порядке по поводу деструктивного калькулезного холецистита. Течение послеоперационного периода тяжелое, сформировался наружный желчный свищ. При фистулографии контрастное вещество поступало в печеночные протоки и в ДПК. Через 5 месяцев отделяемое по свищу уменьшилось, а затем и полностью прекратилось. Месяц назад больную начали беспокоить боли в правом подреберье, периодические ознобы с лихорадкой, после приступов отмечено потемнение цвета мочи и обесцвеченный кал. Боли и лихорадка участились, временами появлялась желтуха. При поступлении состояние средней степени тяжести. Легкая иктеричность склер и кожи, имеются следы расчесов. В легких дыхание жесткое при аускультации, единичные сухие рассеянные хрипы, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс – 96 в мин, АД-120/90 мм рт ст. Язык обложен у корня белым налетом, подсушен. Живот: на передней брюшной стенке рубец 19 x 0,8 см, в правом подреберье - до 4 см в диаметре без признаков воспаления. При пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье, определяется плотная печень, выступающая из-под края реберной дуги на 3 см. Пери-стальтика активная. Стул ежедневный, кал окрашен. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 900 мл.

Анализ крови: Hb- 100 г/л; эритроциты – 3,8 x 10¹², гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - 8,9 x 10⁹, э-0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 56 мм/ч.

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

Биохимический анализ: общий билирубин – 64,5 мкмоль/л, прямой – 40,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 2,0 ед; ALT- 1,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 18,0 ммоль/л; креатинин – 179 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 168 ед. акт./л.

УЗИ: структура печени плотная, внутривенные протоки умеренно расширены, холедох до 1,2 см, терминальный отдел – не лоцируется.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз больной.

2. Сформулируйте диагностическую программу.
3. Определите тактику лечения.
4. Вид хирургической коррекции, обоснование.
5. Опасности послеоперационного периода, особенности в ведении пациентки.
6. Прогноз заболевания.
7. Программа реабилитации.

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ОПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ОПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-2 (умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема №6 «Стриктуры внепеченочных желчных протоков»

Устный опрос:

1. Диагностика опухолей внепеченочных желчных протоков
2. Синдром желтухи
3. Лечение опухолей внепеченочных желчных протоков

Тест:

1. Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?

1. рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей
2. холедохолитиаз
3. рак головки поджелудочной железы
4. эхинококкоз печени
5. метастазы в печень опухолей различной локализации

2. Портальная гипертензия может наблюдаться при:

1. циррозе печени
2. метастатическом раке печени
3. хроническом панкреатите
4. полилитиазе
5. хроническом панкреатите

3. Больному 42 лет с предположительным диагнозом холедохолитиаз, механическая желтуха была произведена операция. На операции патологических изменений желчевыводящих путей и желчного пузыря не выявлено. Обнаружена увеличенная печень красно-коричневого цвета.

Поставлен диагноз: гепатит. Какие лечебные мероприятия целесообразны?

1. наружное дренирование желчных протоков
2. холецистостомия
3. десимпатизация печеночной артерии
4. ничего не предпринимать, рану ушить+
5. холецистэктомия, дренирование брюшной полости

4. На 7 сутки после холедохолитомии и дренирования холедоха по Керу выпал дренаж.

Желчеистечение умеренное по ходу дренажа, болей в животе нет, живот мягкий, перитонеальных симптомов нет. Ваши действия:

1. экстренная операция – повторное дренирование протока;
2. лапароскопия с диагностической и лечебной целью;
3. наблюдение за больным, УЗИ-контроль
4. попытаться ввести дренаж вслепую;
5. фистулография.

5. Какие из методов дооперационного обследования являются наиболее информативными и безопасными при интенсивной желтухе?

1. внутривенная инфузионная холангиография
2. эндоскопическая ретроградная холангиография
3. чрескожная чрезпеченочная холангиография

4. УЗИ
5. пероральная холецистохолангиография
6. *Наиболее частые косвенные признаки острого панкреатита при гастродуоденоскопии:*
 1. острые язвы желудка
 2. острые язвы 12 -перстной кишки
 3. отек и гиперемия задней стенки желудка
 4. кровоизлияния на передней стенке желудка
 5. утолщение складок желудка и 12-перстной кишки
7. *Какие изменения характерны для симптома Курвуазье?*
 1. увеличенный, безболезненный, эластичный и подвижный желчный пузырь у больного с механической желтухой
 2. увеличенный, безболезненный, эластичный желчный пузырь, желтухи нет
 3. механическая желтуха, желчный пузырь не увеличен, определяется болезненность в зоне Шоффара
8. *Метод выбора в лечении хронического калькулезного холецистита:*
 1. растворение конкрементов литолитическими препаратами
 2. микрохолецистостомия
 3. дистанционная волновая литотрипсия
 4. холецистэктомия
 5. комплексная консервативная терапия
9. *Какие обстоятельства являются решающими при решении вопроса о необходимости планового хирургического лечения при холецистите?*
 - 1) выраженный диспепсический синдром;
 - 2) длительный анамнез;
 - 3) сопутствующие изменения печени;
 - 4) наличие эпизодов рецидивирующего панкреатита;
 - 5) наличие конкрементов в желчном пузыре.
10. *Цирроз печени характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:*
 - 1) формирования соединительнотканых септ;
 - 2) некроза гепатоцитов;
 - 3) появления регенератов;
 - 4) нарушения гистоархитектоники печени;
 - 5) клеточной атипии.

Задания для самостоятельной работы проводятся в форме решения ситуационных задач:

Задача 1

Больной И., 64 лет, поступил с жалобами на интенсивные боли в верхней половине живота, иррадиирующие в область сердца, за грудину, сухость во рту, тошноту, желтушное окрашивание кожных покровов.

Заболел остро, за 4 суток до обращения. Начало заболевания связывает с приемом жирной пищи. Через 3 часа после еды появились острые боли в правом подреберье, тошнота, дважды была рвота, после которой отмечал облегчение состояния. Учитывая, что последние 5 лет периодически беспокоили боли в правом подреберье при приеме жирной пищи, купировавшиеся приемом спазмолитиков, больной принимал но-шпу. Болевой синдром купировался. Через 2 суток после первого приступа рецидив болевого синдрома. Отмечает озноб, повышение тела до 37,50 С, затем до 380 С. Тогда же появилась желтушность кожных покровов, потемнение мочи, ахоличный кал. Боли в животе приняли постоянный и нарастающий характер.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Кожные покровы желтушной окраски. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, выслушиваются влажные хрипы в нижнебоковых отделах, ЧДД-22. Тоны сердца приглушены, аритмичные, пульс – 96 уд. в мин; АД –140/90 мм рт ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут. При пальпации напряжение мышц и выраженная болезненность в верхних его отделах. Желчный

пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера, Георгиевского-Мюссе, Мейо-Робсона положительны. Перистальтика активная. Стул был. Кал серого цвета, оформленный. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 1300 мл.

Анализ крови: Нв- 164 г/л; эритроциты – 4,8 x 10¹², гематокрит – 34%; цветной показатель – 1,0; лейкоциты - 9,9 x 10⁹, э–0, п-24, с-55, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

Анализ мочи: желтая; мутная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – 0,067 г/л; кровь – отрицательно; желчь – +++; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-18; эпителий плоский – сплошь в поле зрения; оксалаты - +++; бактерии - +++. Диастаза мочи: 2048 ед.

Биохимический анализ: общий билирубин - 146 мкмоль/л, прямой – 98,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 2,0 ед; ALT- 2,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 46 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 38,0 ммоль/л; креатинин – 379 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 268 ммоль/л.

ЭКГ - электрическая ось сердца горизонтальная, единичные экстрасистолы, гипертрофия левого желудочка.

При УЗИ: печень неоднородная, внутрпеченочные протоки расширены, холедох 1,3 см, терминальный отдел холедоха не лоцируется. Поджелудочная железа: головка 42 мм, тело и хвост не лоцируются. Желчный пузырь: размеры 12 x 8 см, стенка утолщена – 0,4 см, имеет двойной контур, в просвете множественные конкременты от 1,0 до 1,5 см.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Сформулируйте диагностическую программу.
3. Обоснуйте необходимость и охарактеризуйте диагностическую ценность дополнительных методов исследований.
4. Определите тактику лечения.
5. Этапы и принципы консервативной терапии.
6. Показания к операции, виды операции.
7. Прогноз заболевания.

Задача 2.

Больная Ж., 56 лет, поступила с жалобами на боли в правом подреберье, лихорадку, озноб, иктеричность кожных покровов, ахоличный стул.

Из анамнеза: страдает желчнокаменной болезнью в течение 15 лет. Лечилась неоднократно амбулаторно и в стационаре. Последние 3 года ухудшение состояния, участились приступы, провоцирующиеся нарушением диеты, а в последний год - и приемом любой пищи. В анамнезе отмечает пожелтение кожного покрова в одно из обострений, появление ахолического кала. Оперирована месяц назад по поводу острого калькулезного холецистита. Объем операции – холецистэктомия. Интраоперационная холангиография не проводилась. Холедох по описанию – 1,2 см. Пальпаторно удалось осмотреть холедох лишь на протяжении печеночно – двенадцатиперстной связки, в связи со спаечным перипроцессом. Послеоперационный период протекал благополучно. Выписана в удовлетворительном состоянии на 10 сутки после вмешательства. Ухудшение за 5 дней до настоящего обращения. После болевой атаки в правом подреберье, которую купировали приемом спазмолитиков (по назначению врача скорой помощи), на 2 сутки появилась иктеричность склер, на 3 сутки - повышение температуры тела до 37,30С и в последующем до 38-390С. Обратилась за медицинской помощью.

При поступлении общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледно-розовые с желтоватым оттенком. В легких дыхание проводится по всем полям, единичные сухие хрипы, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 96 в мин, АД 140/90 мм рт ст. Температура тела 39,20С. Язык сухой, обложен желто-зеленым налетом. Живот округлый, по средней линии послеоперационный рубец без признаков воспаления, при пальпации печень на 2 см выступает

из-под края реберной дуги, плотная, болезненная. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика хорошая. Стул оформленным калом серого цвета. Моча темно-желтого цвета.

Анализ крови: Нв- 74 г/л; эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$, гематокрит – 28%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты – $18,9 \times 10^9$, э–0, п-24, с-55, л-19, м-2; тромбоцитов – $175,0$; СОЭ- 26 мм/ч.

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

Биохимический анализ: общий билирубин – 118,8 мкмоль/л, прямой – 72,2 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 2,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 18,0 ммоль/л; креатинин – 169 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 13,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.

УЗИ: печень увеличена, эхоструктура плотная. Внутривенные протоки расширены, холедох 1,2 см. Терминальный отдел холедоха не просматривается.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования должны быть проведены для постановки клинического диагноза?
3. План ведения больного, тактика лечения.
4. Обоснуйте современные методы лечения больного с подобной патологией.
5. Определите показания и вид хирургического вмешательства.
6. Прогноз заболевания.
7. План реабилитации.

Задача 3.

Больная У., 32 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, кожный зуд, периодическую возникающую желтуху с ознобами и лихорадкой.

Из анамнеза: за год до поступления оперирована в экстренном порядке по поводу деструктивного калькулезного холецистита. Течение послеоперационного периода тяжелое, сформировался наружный желчный свищ. При фистулографии контрастное вещество поступало в печеночные протоки и в ДПК. Через 5 месяцев отделяемое по свищу уменьшилось, а затем и полностью прекратилось. Месяц назад больную начали беспокоить боли в правом подреберье, периодические ознобы с лихорадкой, после приступов отмечено потемнение цвета мочи и обесцвеченный кал. Боли и лихорадка участились, временами появлялась желтуха. При поступлении состояние средней степени тяжести. Легкая иктеричность склер и кожи, имеются следы расчесов. В легких дыхание жесткое при аускультации, единичные сухие рассеянные хрипы, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс – 96 в мин, АД-120/90 мм рт ст. Язык обложен у корня белым налетом, подсушен. Живот: на передней брюшной стенке рубец 19 x 0,8 см, в правом подреберье - до 4 см в диаметре без признаков воспаления. При пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье, определяется плотная печень, выступающая из-под края реберной дуги на 3 см. Перистальтика активная. Стул ежедневный, кал окрашен. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочевыделение свободное, суточный диурез 900 мл.

Анализ крови: Нв- 100 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - $8,9 \times 10^9$, э–0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – $175,0$; СОЭ- 56 мм/ч.

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

Биохимический анализ: общий билирубин – 64,5 мкмоль/л, прямой – 40,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 2,0 ед; ALT- 1,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 18,0 ммоль/л; креатинин – 179 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 168 ед.акт./л.

УЗИ: структура печени плотная, внутриспеченочные протоки умеренно расширены, холедох до 1,2 см, терминальный отдел – не лоцируется.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Сформулируйте диагностическую программу.
3. Определите тактику лечения.
4. Вид хирургической коррекции, обоснование.
5. Опасности послеоперационного периода, особенности в ведении пациентки.
6. Прогноз заболевания.
7. Программа реабилитации.

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ОПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ОПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-2 (умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 7 «Опухоли внепеченочных желчных протоков»

Устный опрос:

1. Общая информация
2. Диагностика
3. Лечение
4. Реабилитация

Тест:

1. Больная 57 лет поступила с умеренно выраженными болями в правом подреберье, иррадирующими в лопатку. В анамнезе: хронический калькулезный холецистит. В показателях общего анализа крови изменений не отмечается. Желтухи нет. При пальпации определяется увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь. Температура тела не изменена. Ваш диагноз:

- 1) эмпиема желчного пузыря;
- 2) рак головки поджелудочной железы;
- 3) водянка желчного пузыря;
- 4) острый перфоративный холецистит;
- 5) эхинококкоз печени.

2. Портальная гипертензия может наблюдаться при:

- 1) циррозе печени;
- 2) метастатическом раке печени;
- 3) хроническом гепатите;
- 4) полилитиазе;
- 5) хроническом панкреатите.

3. Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?

- 1) рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей;
- 2) холедохолитиаз;
- 3) рак головки поджелудочной железы;
- 4) эхинококкоз печени;
- 5) метастазы в печень опухолей различной локализации.

4. Больная 56 лет поступила с клинической картиной острого холецистита. Больна в течение 2 дней. При УЗИ обнаружены множественные конкременты в желчном пузыре, воспалительно-инфильтративные изменения стенки последнего. Патологических изменений желчевыводящих путей и поджелудочной железы не выявлено. Какую тактику следует выбрать?

- 1) холецистэктомия в срочном порядке;
- 2) консервативная терапия;
- 3) микрохолецистостомия под контролем УЗИ;
- 4) наложение хирургической холецистостомы;
- 5) дистанционная волновая литотрипсия.

5. Больной 76 лет поступил в клинику на седьмые сутки после начала заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, слабость повторную рвоту, повышение температуры тела до 38С. При осмотре: общее состояние средней тяжести, бледен. Пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь, в правом подреберье отмечается напряжение мышц брюшной стенки. Больной страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом. Какой метод лечения предпочтителен?

- 1) экстренная холецистэктомия;
- 2) срочная холецистэктомия;
- 3) срочная микрохолецистостомия под контролем УЗИ или лапароскопии как окончательный этап;
- 4) дистанционная литотрипсия;
- 5) срочная микрохолецистостомия под контролем УЗИ или лапароскопии с последующей отсроченной холецистэктомией.

6. Эхинококкозом человек заражается при:

1. укусе зараженной собакой;
2. проглатывании яиц паразита;
3. использовании в пищу печени зараженных животных.

7. На 7 сутки после холедохолитотомии и дренирования холедоха по Керу выпал дренаж. Желчеистечение умеренное по ходу дренажа, болей в животе нет, живот мягкий, перитонеальных симптомов нет. Ваши действия?

- 1) экстренная операция – повторное дренирование протока;
- 2) лапароскопия с диагностической и лечебной целью;
- 3) наблюдение за больным, УЗИ-контроль;
- 4) попытаться ввести дренаж вслепую;
- 5) фистулография.

8. Выбор метода в лечении хронического калькулезного холецистита:

1. растворение конкрементов литолитическими препаратами;
2. микрохолецистостомия;
3. дистанционная волновая литотрипсия;
4. холецистэктомия;
5. комплексная консервативная терапия.

9. Какие обстоятельства являются решающими при решении вопроса о необходимости планового хирургического лечения при холецистите?

- 1) выраженный диспепсический синдром;
- 2) длительный анамнез;
- 3) сопутствующие изменения печени;
- 4) наличие эпизодов рецидивирующего панкреатита;
- 5) наличие конкрементов в желчном пузыре.

10. Укажите три основных клинических признака (следствия) синдрома портальной гипертензии:

- а) сосудистые звездочки и печеночные ладони;
- б) асцит;
- в) боли в правом подреберье;
- г) увеличение печени;
- д) увеличение селезенки;
- е) венозные коллатерали;
- ж) желтуха:

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

Задания для самостоятельной работы проводятся в форме решения ситуационных задач:

Задача 1

Больной И., 64 лет, поступил с жалобами на интенсивные боли в верхней половине живота, иррадиирующие в область сердца, за грудину, сухость во рту, тошноту, желтушное окрашивание кожных покровов.

Заболел остро, за 4 суток до обращения. Начало заболевания связывает с приемом жирной пищи. Через 3 часа после еды появились острые боли в правом подреберье, тошнота, дважды была рвота, после которой отмечал облегчение состояния. Учитывая, что последние 5 лет периодически беспокоили боли в правом подреберье при приеме жирной пищи, купировавшиеся приемом спазмолитиков, больной принимал но-шпу. Болевой синдром купировался. Через 2 суток после первого приступа рецидив болевого синдрома. Отмечает озноб, повышение тела до 37,50 С, затем до 38,0 С. Тогда же появилась желтушность кожных покровов, потемнение мочи, ахоличный кал. Боли в животе приняли постоянный и нарастающий характер.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Кожные покровы желтушной окраски. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, выслушиваются влажные хрипы в нижнебоковых отделах, ЧДД-22. Тоны сердца приглушены, аритмичные, пульс – 96 уд. в мин; АД – 140/90 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут. При пальпации напряжение мышц и выраженная болезненность в верхних его отделах. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера, Георгиевского-Мюссе, Мейо-Робсона положительны. Перистальтика активная. Стул был. Кал серого цвета, оформленный. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 1300 мл.

Анализ крови: Нв- 164 г/л; эритроциты – 4,8 x 10¹², гематокрит – 34%; цветной показатель – 1,0; лейкоциты - 9,9 x 10⁹, э-0, п-24, с-55, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

Анализ мочи: желтая; мутная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – 0,067 г/л; кровь – отрицательно; желчь – +++; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-18; эпителий плоский – сплошь в поле зрения; оксалаты - +++; бактерии - +++. Диастаза мочи: 2048 ед.

Биохимический анализ: общий билирубин - 146 мкмоль/л, прямой – 98,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 2,0 ед; АЛТ- 2,6 ммоль/л; АСТ-1,4 ммоль/л; общий белок - 46 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 38,0 ммоль/л; креатинин – 379 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 268 ммоль/л.

ЭКГ - электрическая ось сердца горизонтальная, единичные экстрасистолы, гипертрофия левого желудочка. При УЗИ: печень неоднородная, внутривенные протоки расширены, холедох 1,3 см, терминальный отдел холедоха не лоцируется. Поджелудочная железа: головка 42 мм, тело и хвост не лоцируются. Желчный пузырь: размеры 12 x 8 см, стенка утолщена – 0,4 см, имеет двойной контур, в просвете множественные конкременты от 1,0 до 1,5 см.

Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Сформулируйте диагностическую программу.

3. Обоснуйте необходимость и охарактеризуйте диагностическую ценность дополнительных методов исследований.

4. Определите тактику лечения.

5. Этапы и принципы консервативной терапии.

6. Показания к операции, виды операции.

7. Прогноз заболевания.

Задача 2.

Больная Ж., 56 лет, поступила с жалобами на боли в правом подреберье, лихорадку, озноб, иктеричность кожных покровов, ахоличный стул.

Из анамнеза: страдает желчнокаменной болезнью в течение 15 лет. Лечилась неоднократно амбулаторно и в стационаре. Последние 3 года ухудшение состояния, участились приступы, провоцирующиеся нарушением диеты, а в последний год - и приемом любой пищи. В анамнезе отмечает пожелтение кожного покрова в одно из обострений, появление ахолического

кала. Оперирована месяц назад по поводу острого калькулезного холецистита. Объем операции – холецистэктомия. Интраоперационная холангиография не проводилась. Холедох по описанию – 1,2 см. Пальпаторно удалось осмотреть холедох лишь на протяжении печеночно – двенадцатиперстной связки, в связи со спаечным перипроцессом. Послеоперационный период протекал благополучно. Выписана в удовлетворительном состоянии на 10 сутки после вмешательства. Ухудшение за 5 дней до настоящего обращения. После болевой атаки в правом подреберье, которую купировали приемом спазмолитиков (по назначению врача скорой помощи), на 2 сутки появилась иктеричность склер, на 3 сутки - повышение температуры тела до 37,30С и в последующем до 38-390С. Обратилась за медицинской помощью.

При поступлении общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледно-розовые с желтоватым оттенком. В легких дыхание проводится по всем полям, единичные сухие хрипы, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 96 в мин, АД 140/90 мм рт ст. Температура тела 39,20С. Язык сухой, обложен желто-зеленым налетом. Живот округлый, по средней линии послеоперационный рубец без признаков воспаления, при пальпации печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, болезненная. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика хорошая. Стул оформленным калом серого цвета. Моча темно-желтого цвета.

Анализ крови: Нв- 74 г/л; эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$, гематокрит – 28%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты – $18,9 \times 10^9$, э-0, п-24, с-55, л-19, м-2; тромбоцитов – $175,0$; СОЭ- 26 мм/ч.

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

Биохимический анализ: общий билирубин – 118,8 мкмоль/л, прямой – 72,2 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 2,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 18,0 ммоль/л; креатинин – 169 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 13,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.

УЗИ: печень увеличена, эхоструктура плотная. Внутривенные протоки расширены, холедох 1,2 см. Терминальный отдел холедоха не просматривается.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования должны быть проведены для постановки клинического диагноза?
3. План ведения больного, тактика лечения.
4. Обоснуйте современные методы лечения больного с подобной патологией.
5. Определите показания и вид хирургического вмешательства.
6. Прогноз заболевания.
7. План реабилитации.

Задача 3.

Больная У., 32 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, кожный зуд, периодическую возникающую желтуху с ознобами и лихорадкой.

Из анамнеза: за год до поступления оперирована в экстренном порядке по поводу деструктивного калькулезного холецистита. Течение послеоперационного периода тяжелое, сформировался наружный желчный свищ. При фистулографии контрастное вещество поступало в печеночные протоки и в ДПК. Через 5 месяцев отделяемое по свищу уменьшилось, а затем и полностью прекратилось. Месяц назад больную начали беспокоить боли в правом подреберье, периодические ознобы с лихорадкой, после приступов отмечено потемнение цвета мочи и обесцвеченный кал. Боли и лихорадка участились, временами появлялась желтуха. При поступлении состояние средней степени тяжести. Легкая иктеричность склер и кожи, имеются следы расчесов. В легких дыхание жесткое при аускультации, единичные сухие рассеянные хрипы, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс – 96 в мин, АД-120/90 мм рт ст. Язык обложен у корня белым налетом, подсушен. Живот: на передней брюшной стенке рубец 19 x 0,8 см, в правом подреберье - до 4 см в диаметре без признаков воспаления. При пальпации

живот мягкий, болезненный в правом подреберье, определяется плотная печень, выступающая из-под края реберной дуги на 3 см. Пери-стальтика активная. Стул ежедневный, кал окрашен. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 900 мл.

Анализ крови: Hb- 100 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - $8,9 \times 10^9$, э–0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – $175,0$; СОЭ- 56 мм/ч.

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

Биохимический анализ: общий билирубин – 64,5 мкмоль/л, прямой – 40,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 2,0 ед; ALT- 1,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 18,0 ммоль/л; креатинин – 179 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 168 ед.акт./л.

УЗИ: структура печени плотная, внутривенные протоки умеренно расширены, холедох до 1,2 см, терминальный отдел – не лоцируется.

Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз больной.

2. Сформулируйте диагностическую программу.
3. Определите тактику лечения.
4. Вид хирургической коррекции, обоснование.
5. Опасности послеоперационного периода, особенности в ведении пациентки.
6. Прогноз заболевания.
7. Программа реабилитации.

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ОПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ОПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-2 (умения, навыки (опыт деятельности)).

Контрольная работа проводится в форме вопросов:

- 1) Цирроз печени: клиника, патогенез.
- 2) Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, как осложнение портальной гипертензии: клиника, диагностика.
- 3) Первичный рак печени: эпидемиология, этиология, факторы канцерогенеза.
- 4) Комбинированное и комплексное лечение первичного рака печени.
- 5) Колоректальные метастазы печени: эпидемиология, клиника, диагностика.
- 6) Основные принципы хирургического лечения при колоректальных метастазах печени.
- 7) Послеоперационные осложнения трансплантации печени. Методы профилактики и лечения.
- 8) Альвеококкоз печени: эпидемиология, этиология, классификация, клиника, диагностика.
- 9) Эхинококкоз печени: принципы хирургического лечения.
- 10) Холедохолитиаз: эпидемиология, этиология, классификация, клиника, диагностика.
- 11) Холедохолитиаз: принципы хирургического лечения.
- 12) Стриктуры внепеченочных желчных протоков: эпидемиология, этиология, классификация, клиника, диагностика.
- 13) Опухоли внепеченочных желчных протоков: хирургические принципы лечения.
- 14) Абсцессы печени: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.

Дисциплина 3 «Колопроктология»

Тема № 1 Неопухольевые заболевания анального канала и прямой кишки.

Устного опроса

1. Геморрой: Эпидемиология, этиология, классификация
2. Консервативное, хирургическое лечение.
3. Анальная трещина.
4. Этиология: диагностика, лечение

5. Патогенез: диагностика, лечение

Решение теста:

1. Анальная трещина чаще расположена на:

- а. задней полуокружности анального канала
- б. правой полуокружности анального канала
- в. левой полуокружности анального канала
- г. передней полуокружности анального канала
- д. передней и задней полуокружности анального канала

2. Возникновению анальной трещины способствуют:

- а. длительные запоры
- б. геморрой
- в. острый парапроктит и проктит
- г. травма прямой кишки и анального канала

3. Для утверждения диагноза анальной трещины достаточно:

- а. пальцевого исследования прямой кишки
- б. колоноскопии
- в. аноскопии
- г. ирригоскопии
- д. ректороманоскопии

4. Хирургическое лечение анальной трещины включает:

- а. антибиотики
- б. растяжение сфинктера прямой кишки
- в. иссечение трещины с растяжением сфинктера прямой кишки
- г. диатермокоагуляцию трещины
- д. рассечение наружного сфинктера

5. К геморрою предрасполагают:

- а. тяжелый физический труд
- б. употребление алкоголя
- в. проктосигмоидит
- г. длительные и упорные запоры
- д. все вышеперечисленное

6. Для утверждения диагноза геморроя достаточно

- а. пальцевого исследования прямой кишки и осмотр заднего прохода
- б. ректороманоскопии
- в. ирригоскопии
- г. колоноскопии

7. Геморроидэктомия по Миллигану -Моргану подразумевает:

- а. циркулярное иссечение слизистой анального канала
- б. иссечение геморроидальных узлов на 2,5,8 часа по циферблату
- в. иссечение геморроидальных узлов на 3,7,11 часов
- г. иссечение выпадающих геморроидальных узлов
- д. иссечение геморроидальных узлов на 3,7,11 часах по циферблату с восстановлением слизистой анального канала

8. Геморроидэктомия показана

- а. при выпадении геморроидальных узлов 3 ст
- б. болевом синдроме при дефекации
- в. выпадении геморроидальных узлов 1 ст
- г. анальном зуде

9. После геморроидэктомии осложнениями являются:

- а. выраженный болевой синдром
- б. задержка мочеиспускания

- в) перианальный отек
- г. кровотечение
- д. острый парапроктит

10. Больному, геморрой у которого осложнился трещиной анального канала, следует предпринять
- а. противовоспалительное лечение
 - б. иссечение анальной трещины
 - в. пресакральную новокаиновую блокаду
 - г. геморроидэктомию
 - д. геморроидэктомию с дозированной сфинктеротомией

Задания для самостоятельной работы проводится в форме защиты реферата:

1. Эпидемиология, этиология, классификация.
2. Патогенез. Клиническая картина.
3. Стомированные больные, диагностика
4. Оперативное лечение.

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 2 Воспалительные и функциональные заболевания толстой кишки.

Устный опрос

1. Дискинезия. Клиника. Лечение.
2. Синдром раздраженного кишечника с диареей.
3. Синдром раздраженного кишечника без диареи.

Тест:

1. Токсическая дилатация ободочной кишки наблюдается при:

- а. инвагинации
- б. дивертикулезе
- в. Липоме
- г. неспецифическом язвенном колите
- д. раке

2. Неспецифический язвенный колит макроскопически имеет одну особенность

- а. сегментарное поражение слизистой оболочки
- б. воспалительный процесс локализуется преимущественно в правых отделах толстой кишки
- в. Блюдцеобразной опухоли с изъязвлением по краям
- г. гладких бугристых образований
- д. грануляционной ткани

3. Микроскопическая картина поражения при неспецифическом язвенном колите характеризуется

- а. воспалительным инфильтратом во всех слоях кишечной стенки
- б. воспалительным инфильтратом, локализуемом только в слизистой оболочке
- в. преобладанием нейтрофилов при остром развитии заболевания
- г. развитием склероза мышечного слоя
- д. образованием язв-трещин в дистальных отделах толстой кишки

4. Макроскопическая картина поражения при болезни Крона толстой кишки характеризуется

- а. изолированным поражением слизистой оболочки с чередованием пораженных и здоровых участков
- б. тотальным поражением слизистой оболочки толстой кишки
- в. тотальным поражением слизистой оболочки всего желудочно-кишечного тракта
- г. обязательным поражением слизистой оболочки прямой кишки

д. наличием множественных язв-трещин в толстой кишке

5. *Развивающиеся при болезни Крона толстой кишки язвы характеризуются*

а. округлой правильной формой, напоминающей язву желудка

б. поверхностными дефектами слизистой оболочки с ровными краями

в. щелевидными язвами, идущими в различных направлениях

г. слизистая оболочка практически отсутствует и представляет собой "сплошную" язву

д. на слизистой оболочке толстой кишки язвенных дефектов не обнаруживается

6. *Характерной особенностью макроскопической картины поражения толстой кишки при болезни Крона является*

а. выраженный отек слизистой оболочки толстой кишки

б. возникновение воспалительных полипов

в. трансмуральное поражение толстой кишки

г. образование раковых опухолей

д. образование дивертикулов

7. *Причиной неспецифического язвенного колита является*

а. психическая травма.

б. физическая травма

в. перенесенная кишечная инфекция

г. икробное начало

д. причина неизвестна

8. *В классификацию неспецифического язвенного колита не включается фактор*

а. этиология

б. локализация процесса

в. тяжесть заболевания

г. острота болезни

д. длительность заболевания

9. *Характерными клиническими признаками неспецифического язвенного колита являются: 1. понос 2. кровь в стуле 3. боли в животе 4. тошнота и рвота 5. головные боли Выберите правильный ответ по схеме:*

а. если правильные ответы 1,2 и 3

б. если правильные ответы 1 и 3

в. если правильные ответы 2 и 4

г. если правильные ответы 4

д. если правильные ответы все

10. *Неспецифический язвенный колит следует дифференцировать с: 1. бактериальной дизентерией 2. амёбной дизентерией 3. болезнью Крона 4. опухолями толстой кишки 5. недифференцированными колитами Выберите правильный ответ по схеме:*

а. если правильные ответы 1,2 и 3

б. если правильные ответы 1 и 3

в. если правильные ответы 2 и 4

г. если правильные ответы 4

д. если правильные ответы все

Самостоятельная работа проводится в форме защиты реферата:

1. Запор.

2. Дивертикулит. Эпидемиология, этиология, классификация.

3. Патогенез. Клиническая картина.

4. Консервативное лечение.

5. Оперативное лечение.

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции:

ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 3 Современные хирургические технологии в колопроктологии.

Устный опрос

1. Нетермальные виды оперативного лечения.
2. УЗИ для малоинвазивного лечения.
3. МРТ для малоинвазивного лечения.
4. Малоинвазивное оперативное лечение.
5. Термальные виды оперативного лечения.

Задания для самостоятельной работы выполняется в виде теста:

1 У больного 58 лет установлен диагноз "рак правой половины ободочной кишки с локализацией опухоли в печеночном изгибе, осложненный кишечной непроходимостью". Отдаленных метастазов и тяжелых сопутствующих заболеваний нет. Наиболее адекватной радикальной операцией является

- а) резекция печеночного изгиба ободочной кишки с анастомозом восходящей кишки с поперечной
- б) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
- в) правосторонняя гемиколэктомия с илео- и колостомой**
- г) наложение цекстомы, как первый этап операции
- д) наложение илеострансверзоанастомоза как первый этап операции

2. При раке сигмовидной кишки, осложненном перфорацией опухоли, отсутствии метастазов в отдаленные органы у больного 62 лет операцией выбора является

- а) резекция сигмовидной кишки с анастомозом и наложением превентивной колостомы
- б) резекция сигмовидной кишки с анастомозом
- в) резекция сигмовидной кишки с формированием колостомы**
- г) трансверзостомия, дренирование брюшной полости
- д) выведение сигмовидной кишки с опухолью на переднюю стенку живота

3. Задняя дозированная сфинктеротомия показана при лечении

- а) геморроя, с повышенным тонусом сфинктера и анальной трещины**
- б) кокцигодинии
- в) хронического парапроктита
- г) геморроя с выпадением внутренних геморроидальных узлов

4. При лечении хронической калезной трещины наиболее эффективным является

- а) пресакральная блокада раствором новокаина
- б) введение новокаина со спиртом под трещину
- в) пальцевое растяжение сфинктера по Рекомье
- г) иссечение трещины
- д) иссечение трещины с дозированной сфинктеротомией**

5. Больной в течение ряда лет страдает геморроем. За последние две недели появились резкие боли после акта дефекации, длительность болевого пароксизма 6-8 часов, боли не снимаются анальгетиками. Появилась стулбоязнь. Изменение клинической картины связано

- а) с тромбозом геморроидальных узлов
- б) со сфинктеритом
- в) с парапроктитом
- г) с трещиной анального канала

6. Радикальным методом лечения острого подкожного парапроктита является

- а) систематические пункции абсцесса с промыванием антибиотиками
- б) вскрытие и дренирование полости абсцесса
- в) вскрытие гнойной полости с иссечением крипты в зоне воспаления анальной железы и гнойного хода**
- г) общая антибиотикотерапия

7. Возникновению дивертикулеза ободочной кишки способствуют

- а) повышение внутрибрюшного давления

- б) повышение внутрикишечного давления и пищевой фактор (употребление рафинированной пищи)
- в) пищевой фактор (употребление пищи, богатой клетчаткой)
- г) употребление большого количества жидкости

8. При остром ишиоректальном парапроктите показаны

- а) пункция гнойника и введение антибиотиков
- б) вскрытие гнойника через просвет кишки
- в) вскрытие гнойника через промежность с пересечением копчиково-прямокишечной связки
- г) вскрытие, дренирование абсцесса, иссечение крипты в анальном канале
- д) пункция абсцесса и введение дренажа для промывания полости

9. При перфорации дивертикула сигмовидной кишки показаны

- а) резекция сигмовидной кишки с анастомозом конец в конец
- б) наложение обходного анастомоза и дренирование брюшной полости
- в) операция Гартмана
- г) лапаротомия, дренирование брюшной полости
- д) дренирование брюшной полости, трансверзостомия

10. Наиболее частыми осложнениями рака сигмовидной кишки являются

- а) воспаление сигмовидной кишки
- б) пенетрация опухоли в брыжейку
- в) кишечная непроходимость
- г) перфорация опухоли
- д) профузное кишечное кровотечение

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 4 Клиническая анатомия и физиология толстой кишки, таза и промежности.

Устный опрос

1. Строение и функция тонкого и толстого кишечника
2. Кровоснабжение тонкого и толстого кишечника
3. Иннервация тонкого и толстого кишечника

Задания для самостоятельной работы (защита рефератов)

1. Клиническая анатомия тазового дна у мужчин
2. Клиническая анатомия тазового дна у женщин
3. Ликвидация кишечных стом
4. Эпителиальный копчиковый ход

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 5 Неотложная колопроктология

Устный опрос:

1. Острый парапроктит.
2. Осложнения дивертикулярной болезни.
3. Осложнения геморроя.

Задания для самостоятельной работы выполняется в виде решения ситуационных задач:

Задача 1

У больного жировым панкреонекрозом на 5-е сутки от начала заболевания в эпигастральной области стал определяться плотный, умеренно болезненный, без четких границ инфильтрат. На фоне проводимой консервативной терапии он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания усилились боли, появилась гектическая температура,

наросла тахикардия. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 96 в минуту, АД – 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот вздут, мягкий, в эпигастрии определяется болезненное опухолевидное образование до 10 см в диаметре; перитониальные симптомы отрицательные, перистальтика прослушивается. Анализ крови: Нб – 105 г/л, лейкоцитов - 18×10^9 /л, эоз.- 3, п/я – 29, с/я - 52, мон – 8, лимф – 8, СОЭ 48 мм/час.

Ваш предположительный диагноз?

Какие дополнительные исследования могут уточнить диагноз? Ваша тактика лечения?

Задача 2

У больного геморрагическим панкреонекрозом на 14-е сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, появилась гектическая температура до $39,5^\circ$. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 108 в минуту. Язык сухой. Живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье, перитониальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гипертермия кожи и отечность поясничной области слева. Симптом Мейо – Робсона резко положительный. Лейкоциты крови 20×10^9 /л.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какие специальные методы могут уточнить диагноз?

3. Ваша тактика лечения?

Задача 3

Больной 50 лет поступил с клиникой острого панкреатита. При экстренно выполненной лапароскопии в брюшной полости выявлен геморрагический экссудат и «стеариновые пятна» на висцеральной брюшине корня брыжейки поперечно – ободочной кишки.

1. Ваш диагноз?

2. Ваш план хирургического лечения?

Задача 4.

Больной 37 лет доставлен через 12 часов с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи. При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, резко болезненный в эпигастриальной области. Перкуторно – укорочение звука в отлогих местах живота. Положительные симптомы Щеткина – Блюмберга и Мейо – Робсона. Пульс – 96 в минуту, слабого наполнения. Температура $37,2^\circ$. АД – 95/60 мм рт. ст. Лейкоциты 17×10^9 /л.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Ваши лечебные мероприятия и их обоснование?

Задача 5.

У больного 49 лет после приема обильной мясной, жирной и пряной пищи появились боли опоясывающего характера в верхних отделах живота, многократная рвота. Больной в течение 6 лет страдает язвенной болезнью желудка. При осмотре: живот не вздут, участвует в акте дыхания всеми отделами, умеренно напряжен и болезненный в эпигастриальной области. Пульс – 96 в минуту. Температура $37,2^\circ$. АД – 125/90 мм рт. ст. Лейкоциты 17×10^9 /л

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции:

ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 6 «Свищи тонкой и толстой кишок»

Устный опрос:

1. Понятие о свищах.
2. Этиология кишечных свищей.
3. Патогенез гомеостатических нарушений.
4. Классификация кишечных свищей.
5. Диагностическая программа кишечных свищей. Ее задачи.
6. Методы коррекции гомеостатических нарушений.
7. Местное лечение кишечных свищей.
8. Показания к хирургическому лечению, его объем.

Тест:

1. В случае операбельной опухоли прямой кишки, расположенной на 6 см от перианальной кожи, показана:

- а) передняя резекция прямой кишки
- б) операция Гартмана
- в) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной
- г) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

2. Наложение двуствольной сигмостомы показано:

- а. при повреждении прямой кишки выше анального канала
- б. при повреждении анального отдела прямой кишки
- в. при повреждении внебрюшинного отдела прямой кишки
- г. при повреждении прямой кишки вне зависимости от локализации повреждения
- д. при повреждении внутрибрюшинного отдела прямой кишки

3. О степени адаптации и выведенной в виде илеостомы тонкой кишки объективно можно судить по таким признакам, как: 1. роки приживления кишки 2. сосояние слизистой оболочки кишки 3. объем кишечных выделений 4. отсутствию параилеостомического дерматита 5. появлению аппетита у больного

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

4. После операции с наложением илеостомы при гладком течении: 1. заживление кожно-слизистого шва происходит за 8-9 дней 2. заживление кожно-слизистого шва происходит за 14-15 дней 3. максимальный суточный объем выделений из илеостомы 800-900 мл 4. суточный объем выделений из илеостомы более 1 литра 5. стабилизация функции илеостомы наступает не раньше полугода

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

5. Самые частые осложнения в области илеостомы в раннем послеоперационном периоде: 1. воспалительные 2. кишечная непроходимость 3. некроз илеостомы 4. параилеостомическая грыжа 5. выпадение илеостомы

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

6. К поздним осложнениям со стороны илеостомы относятся: 1. стеноз илеостомы 2. выпадение илеостомы 3. свищ илеостомы 4. параилеостомическая грыжа 5. перистомальный дерматит

- а) если правильные ответы 1,2,3
 - б) если правильные ответы 1 и 3
 - в) если правильные ответы 2 и 4
 - г) если правильные ответы 4
 - д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
7. Абсцессы в области илеостомы в раннем послеоперационном периоде впоследствии могут быть причиной: 1. выпадения кишки через илеостому 2. свища илеостомы 3. ретракции илеостомы 4. стеноза илеостомы на уровне кожи 5. стеноз илеостомы на уровне апоневроза
- а) если правильные ответы 1,2,3
 - б) если правильные ответы 1 и 3
 - в) если правильные ответы 2 и 4
 - г) если правильные ответы 4
 - д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
8. Стеноз илеостомы на уровне апоневроза обычно является следствием: 1. параилеостомического абсцесса в раннем послеоперационном периоде 2. развития параилеостомической грыжи 3. свища илеостомы 4. недостаточного рассечения апоневроза при формировании стомы 5. перистомального дерматита
- а) если правильные ответы 1,2,3
 - б) если правильные ответы 1 и 3
 - в) если правильные ответы 2 и 4
 - г) если правильные ответы 4
 - д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
9. По прошествии 2-х месяцев после наложения концевой илеостомы (по Бруку) суточный объем выделений из кишки должен составлять: 1.300 мл 2.от 300 до 500 мл 3.от 500 до 600мл 4.от 600 до 700 мл 5.не менее 1 литра
- а) если правильные ответы 1,2,3
 - б) если правильные ответы 1 и 3
 - в) если правильные ответы 2 и 4
 - г) если правильные ответы 4
 - д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
10. Через 2 месяца после операции с наложением двухствольной илеостомы (по Торнболу) суточный объем выделений из кишки должен составлять: 1.300 мл 2.от 300 до 500 мл 3.от 500 до 600мл 4.от 600 до 700 мл 5.не менее 1 литра
- а) если правильные ответы 1,2,3
 - б) если правильные ответы 1 и 3
 - в) если правильные ответы 2 и 4
 - г) если правильные ответы 4
 - д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

Самостоятельная работа проводится в форме решения ситуационных задач:

Задача № 1.

1. Через 7 дней после резекции тонкой кишки по поводу спаечной кишечной непроходимости у больного появились боли в области раны. Повязка обильно промокла тонкокишечным содержимым. При перевязке - кожа в окружности раны отечна гиперемирована, в дне раны находятся петли тонкой кишки. В одной из них имеется дефект размером 1,5х0,5 см, через которой выделяется кишечное содержимое. Через два дня состояние больной ухудшилось. Беспокоит жажда, слабость, головокружение. Пульс 120 в мин., АД 100/40 мм.рт.ст. Был стул. Мочеиспускание 2 раза в сутки. Количество кишечного отделяемого из раны достигает 500 мл.

1. Какое послеоперационное осложнение у больной?
2. Укажите вид, характер и уровень осложнения?
3. Какое местное лечение можно применить?
4. Укажите основные направления медикаментозного лечения в данном случае.

Задача № 2.

Больной Н., 60 лет, оперирован по поводу заворота тонкой кишки. Послеоперационный период дважды осложнялся эвентрацией кишечника. На 20-й день после операции в рану стало отделяться гнойно-кишечное отделяемое. Состояние тяжелое. Истощен, дефицит веса 37%. Кожа на всем протяжении передней брюшной стенки мацерирована. На передней стенке живота по средней линии гнойная рана размером 10?16 см, дном которой являются петли кишечника, имеющие 4 отверстия диаметром от 1 до 3 см. Из раны - обильное гнойно-кишечное отделяемое с примесью желчи. Температура тела 37,9°С. Анализ крови: эр.-3,88*10¹², НЬ-100 г/л, л. -6,7-109 Лейкоцитарная формула: э.- 1^o, п.- 6, с.- 68, лимф.- 15%, мои.- 10%, СОЭ - 28/44 мм/ч. Общий белок крови - 40,0 г/л. Объем циркулирующей крови - 2502 мл. Объем циркулирующей плазмы - 1400 мл. Хлориды крови - 50 ммоль/л. Проба Квика - 51,2%. Полупериод выделения бромсульфалеина - 1 мин. Сахарная кривая патологическая.

1. Ваш диагноз?
2. Какие лечебные мероприятия необходимо провести?

Задача 3. Больной Т., 20 лет, 23/VI 1944 г. получил ранение осколком артиллерийского снаряда в область крестца, проникающее в брюшную полость. Через 9 ч - срединная лапаротомия: удален осколок снаряда, выступающий из стенки прямой кишки. Брюшная полость зашита наглухо. В левой подвздошной области сделан разрез, и на вершину сигмовидной кишки наложен противоестественный задний проход. В послеоперационном периоде трижды эвентрация кишечника через срединный лапаротомный разрез. Затем нагноение швов, расхождение раны и некроз стенок двух кишечных петель, припаявшихся к дну раны. В левой подвздошной области - не функционирующий, оперативно наложенный противоестественный задний проход на сигмовидной кишке. На передней брюшной стенке по средней линии, на уровне пупка, рана 20?15 см. Дно раны выстлано слизистой кишечника. В верхнем отделе раны - два открывающихся просвета кишечной петли. Из одного просвета непрерывно выделяется кишечное содержимое с примесью желчи; второй просвет - в спавшемся состоянии. В нижнем углу раны - также два кишечных просвета, в спавшемся состоянии. Все три спавшихся кишечных просвета выделяют только слизь. Через задний проход каловые массы не выделяются. Кожа вокруг раны мацерирована в радиусе 10-12 см.

1. Ваш диагноз?
2. Лечебная тактика?

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 7 «Хирургия тазового пролапса»

Вопросы для устного опроса.

1. Классификация
2. Клиника.
3. Оперативное лечение
4. Оперативное лечение с использованием имплантов.

Тест:

1. Причинами травмы мочевого пузыря в родах являются:
 - 1 разрывы матки по старому рубцу
 - 2 несоответствие разреза на матке размерам плода
 - 3 клинически узкий таз +
 - 4 нарушение техники влагалищных родоразрешающих операций
2. При разрыве 2 степени происходит повреждение:
 - 1 кожи
 - 2 седалищно-пещеристой мышцы

- 3 луковично-губчатой мышцы +
- 4 наружной мышцы, сжимающей задний проход
- 3. *При разрыве промежности II степени повреждается всё, кроме:*
 - 1 задней спайки
 - 2 стенок влагалища
 - 3 мышц промежности
 - 4 наружного сфинктера прямой кишки +
- 4. *Передняя стенка влагалища соприкасается с одним из нижеперечисленных образований:*
 - 1 мочеиспускательным каналом +
 - 2 с основанием мочевого пузыря
 - 3. мочеточниками
 - 4 прямой кишкой
- 5. *При повреждении мочевого пузыря во время операции установки сетчатого импланта после ушивания дефекта показано:*
 - 1 проведение терапии уроантисептиками
 - 2 выполнение пункционной нефростомии
 - 3 постоянная катетеризация мочевого пузыря в течение 7-12 дней +
 - 4 выполнение открытой нефростомии
- 6. *Возникновению разрывов промежности в родах способствует*
 - 1 прорезывание головки плода неблагоприятным размером (балл - 2)
 - 2 наложение акушерских щипцов
 - 3 ригидность тканей промежности
 - 4 всё перечисленное верно +
- 7. *Причины возникновения разрывов влагалища в родах*
 - 1 стремительное течение родов
 - 2 крупная головка плода
 - 3 неправильные (разгибательные) предлежания головки плода
 - 4 всё перечисленное верно +

Задания для самостоятельной работы выполняется в форме решения ситуационных задач:

Задача № 1

Женщина 29 лет жалуется на темно-кровяные мажущие выделения из половых путей до и после менструации. Влагалищный: шейка матки цилиндрическая, внешний зев закрытый, матка нормальных размеров, подвижная, безболезненная, придатки не определяются. Обзор в зеркалах: на шейке матки - мелко кистозные багово синюшные образования, из которых выделяется темная кровь. Какой диагноз?

Задача № 2

На консультативный прием направлена женщина 37 лет с жалобами на дисменорею, диспареунию, ректальная боль, предменструальное мазание, боль в спине. При пальпации крестцово-маточные связки являются чувствительными, отмечается их индурация и узловатость. Матка фиксирована, плотная. При лапароскопии наблюдаются сине-черные образования на перитонеальной поверхности. Какова тактика врача?

Задача № 3

В гинекологическое отделение машиной скорой помощи доставлена больная девочка 13 лет с жалобами на сильное кровотечение из влагалища, общую слабость, ноющую боль внизу живота. При гинекологическом обзоре отмечается некоторая гипоплазия больших и малых половых губ. При бимануальном прямокишечно-брюшностенном обследовании матка несколько увеличена, правый яичник кистозно-измененный. Поставьте диагноз, какова тактика врача?

Задача № 4

К детскому гинекологу эндокринологу направлена девочка 10 лет с жалобами на задержку роста, с изменением конституции в сторону преобладания мужского типа (широкие плечи, узкие бедра, развитые грудные мышцы). Какую патологию полового развития можно заподозрить? Какие методы обследования следует применить?

Задача № 5

На прием к детскому гинекологу обратилась девочка 14 лет с жалобами на жжение после мочеиспускания, зуд, боли в участке внешних половых органов. Выделения из половых путей гнойные, с неприятным запахом. При осмотре стенок влагалища и внешних половых органов определяется гиперемия слизистой оболочки. Каков диагноз и лечение?

Задача № 6

На обзор к гинекологу обратилась мать с девочкой 2-х лет. Со слов матери, ребенка тревожат боль и выделение из влагалища гнойного характера с примесью крови. При вагиноскопии выявлена металлическая скрепка. Диагноз, тактика врача.

Задача № 7

При профосмотре у девочки 1,5 года гинеколог выявила, что малые половые губы срослись в участке нижней трети. Мать девочки говорит, что она долго сидит на горшке и плачет при акте мочеиспускания. Какой диагноз и лечение в данном случае?

Задача № 8

Больная С., 28 лет, поступила с жалобами на тупую боль в нижней части живота, усиление боли во время менструации, бели и бесплодие. Замужем в течение 8 лет. После замужества появились рези при мочеиспускании, потом бели зеленого цвета. Лечилась 7 лет назад. Были роды, в послеродовом периоде - воспаление брюшины. С того времени боль не прекращалась, порою были обострения. Шейка возвышена кверху, дно матки отклонено назад и образует с шейкой острый угол, направленный к крестцу. Придатки пальпируются с обеих сторон в виде тяжелой толщиной до 2 см, ограниченно подвижные. Шейка чистая, выделение слизи. Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

Эталон ответа :

Речь идет о неправильном положении матки (загиб назад). Терапия консервативна, по схеме лечения хронических воспалительных процессов в придатках. В конце лечения применять гинекологический массаж.

Задача № 9

Больная А., 64 лет, поступила с жалобами на частое мочеиспускание, ноющие боли внизу живота. В анамнезе 4 родов, 2 последних закончились наложением акушерских щипцов. Промежность рубцово изменена. При напряжении из половой щели появляется опухолевидное образование бледно-розового цвета, эластичной консистенции, а шейка опускается к выходу из влагалища. Выделения слизистые. Диагноз? Лечение?

Эталон ответа :

Можно поставить диагноз: опущение матки. Нужно выполнить переднюю и заднюю кольпорафию с перинеопластикой.

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Контрольная работа проводится в форме вопросов:

1. История появления колопроктологии как отдельной науки. Этапы становления государственного научного центра колопроктологии. Роль московской школы

- колопроктологии под руководством А.Н.Рыжих. Роль куйбышевской школы колопроктологии под руководством А.М.Аmineва. Перспективы развития отечественной колопроктологии.
2. Лучевые методы диагностики. Эндоскопические методы диагностики. Морфологическая диагностика заболеваний толстой кишки.
 3. Этиопатогенез геморроя. Клинические проявления и классификация геморроя. Диагностика геморроя. Осложненное течение геморроя. Консервативное лечение геморроя. Оперативное лечение геморроя. Малоинвазивные методы лечения геморроя.
 4. Этиопатогенез анальной трещины. Клинические проявления и классификация анальной трещины. Диагностика анальной трещины. Осложненное течение анальной трещины. Консервативное лечение анальной трещины. Оперативное лечение анальной трещины. Малоинвазивные методы лечения анальной трещины.
 5. Этиология и механизмы формирования недостаточности анального сфинктера. Методы диагностики и классификация. Методы консервативной терапии недостаточности анального сфинктера. Хирургическое лечение инконтиненции.
 6. Вопросы этиопатогенеза заболеваний кожи перианальной области. Клинические проявления и классификация анального зуда. Методы лечения заболеваний перианальной области.
 7. Этиопатогенез ректоцеле. Клиническая картина и классификация ректоцеле. Диагностика ректоцеле. Совместное ведение и обследование женщин с ректоцеле, выявление сопутствующей гинекологической патологии. Методы консервативной терапии ректоцеле. Хирургическое лечение ректоцеле.
 8. Вопросы этиопатогенеза и особенностей формирования ректовагинальных свищей.
 9. Наиболее частые механизмы травмы прямой кишки. Диагностическая тактика хирурга при выявлении инородного тела прямой кишки. Методы инструментальной диагностики повреждений прямой кишки. Хирургическое лечение повреждений прямой кишки, показания к наложению колостомы.
 10. Механизмы формирования дивертикулярной болезни толстой кишки. Диагностическая тактика хирурга при выявлении дивертикулов толстой кишки. Методы инструментальной диагностики осложненного течения дивертикулярной болезни толстой кишки. Хирургическое лечение дивертикулярной болезни толстой кишки, показания к наложению колостомы.
 11. Доброкачественные новообразования толстой кишки (неопластические полипы). Клиника и диагностика. Лечение больных с одиночными полипами. Лечение больных с множественными полипами. Лечение больных с ворсинчатыми аденомами. Семейный аденоматоз толстой кишки. Синдром Гарднера. Синдром Олфилда. Синдром Тюрко. Синдром Золингера-Эллисона. Синдром Пейтца-Канада. Синдром Кронкайт-Канада. Диагностические методы выявления рака толстой кишки. Алгоритм диагностических мероприятий. Тактика колопроктолога в отношении больных группы риска. Классификация неэпителиальных опухолей толстой кишки. Алгоритм диагностических мероприятий. Тактика колопроктолога при выявлении неэпителиальной опухоли толстой кишки.
 12. Предоперационная подготовка колопроктологических больных. Общие принципы послеоперационного ведения больных колопроктологического профиля. Тактика колопроктолога при выявлении послеоперационных осложнений. Основные виды брюшно-полостных операций при неопухолевых заболеваниях толстой кишки. Техника выполнения вмешательств. Возможные послеоперационные осложнения и методы их лечения.

Дисциплина 4 «Эндоскопическая хирургия»

Тема № 1 «Организация эндоскопической службы и эндоскопической помощи населению»

Вопросы для устного опроса:

1. Обследование больных в амбулаторных и стационарных условиях. Возможности эндоскопических методов.
2. Подготовка плановых и экстренных больных к различным эндоскопическим исследованиям и вмешательствам.
3. Эндоскопическая аппаратура. Устройство. Принципы действия.

4. Правильная эксплуатация и хранение эндоскопов. Причины их быстрых поломок.
5. Оформление протокола эндоскопического исследования.

Задания для самостоятельной работы проводится в форме защиты реферата:

1. Основные направления в решении проблем азвития эндоскопии
2. Организация работы эндоскопической службы России
3. Организация эндоскопической помощи населению.
4. Лечебная эндоскопия
5. Организация эндоскопической службы. Эндоскопический кабинет, отделение, центр. Их размещение, оборудование, назначение.

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 2 «Клиническая, топографическая и эндоскопическая анатомия»

Вопросы для устного опроса:

1. Анатомия ротоглотки.
2. Анатомия пищевода, желудка, ДПК.
3. Анатомия толстой кишки.
4. Анатомия трахеобронхиального древа

Тест:

1. Слизистая оболочка пищевода покрыта:

- а. Однослойным цилиндрическим эпителием
- б. Многослойным плоским эпителием**
- в. Однослойным призматическим эпителием
- г. Однослойным мерцательным эпителием
- д. Железистым эпителием

2. Длина пищевода у взрослого человека равна:

- а. 15 см
- б. 18-20 см
- в. 23-25 см**
- г. 28-30 см
- д. До 35 см

3. В чувствительной иннервации зева принимает участие:

- а. Одна пара
- б. Две пары нервов
- в. Три пары нервов**
- г. Четыре пары нервов
- д. Пять пар нервов

4. Под слизистой оболочкой дна грушевидного кармана глотки проходит:

- а. Языкоглоточный нерв
- б. Блуждающий нерв
- в. Симпатический нерв
- г. Верхний гортанный нерв**
- д. Возвратный нерв

5. Чаще встречаются дивертикулы пищевода:

- а. Глоточно-пищеводные
- б. Эпифренальные
- в. Бифуркационные**
- г. Абдоминального отдела

6. Следующие анатомические образования служат ориентиром при бронхоскопии:

- а. Язычок мягкого неба, небные дужки, надгортанник
- б. Язычок мягкого неба, надгортанник, голосовые связки**

- в. Небные дужки, надгортанник, голосовые связки
- г. Небные дужки, надгортанник, грушевидные карманы
- д. Надгортанник, голосовые связки, грушевидные карманы

7. Наиболее часто способствует возникновению спонтанного пневмоторакса все перечисленное, кроме:

- а. Разрыв субплевральной кисты
- б. Разрыв врожденной или эмфизематозной буллы
- в. Прорыв абсцесса легкого в плевральную полость
- г. Спаечный процесс в результате перенесенного плеврита, пневмоний

8. Эндоскопическая картина шигеллеза похожа:

- а. На амебиаз
- б. На сальмонеллез
- в. На гранулематозный колит
- г. На неспецифический язвенный колита
- д. На дивертикулит

9. Дивертикулез толстой кишки чаще поражает:

- а. Прямую кишку
- б. Сигмовидную кишку
- в. Нисходящую кишку
- г. Поперечную ободочную кишку
- д. Слепую кишку

Самостоятельная работа проводится в форме защиты реферата

1. Анатомия плевральной полости.
2. Анатомия средостеня.
3. Анатомия желчных путей.
4. Анатомия брюшной полости.

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 3 «Методика эндоскопических исследований»

Вопросы для устного опроса:

1. Методика ЭГДС
2. Методика ФБС
3. Методика торако- и медиастиноскопии.
4. Методика лапароскопии
5. Методика ЭРХПГ.
6. Методика колоноскопии.

Задания для самостоятельной работы проводятся в форме решения теста:

1. Микулич в 1881 г сконструировал:

- а. Жесткий эзофагоскоп
- б. Гибкий гастроскоп
- в. Жесткий ректоскоп
- г. Жесткий гистероскоп
- д. Жесткий аппарат для осмотра желудка, изогнутый в дистальной трети под углом 30°

2. Управляемый гастроскоп изобрел:

- а. Мелтзинг
- б. Келлинг
- в. Розенхейм
- г. Берси
- д. Н.Н.Смирнов

3. *Гастроскопия впервые выполнена:*

- а. Боссини в 1795 г
- б. Сегалс в 1826 г
- в. Дезормо в 1853 г
- г. Бивэн в 1863 г
- д. Куссмауль в 1868 г

4. *Аппарат Шиндлера представляет собой:*

- а. Металлическую трубку с гибким obturatorом
- б. Полугибкий линзовый гастроскоп
- в. Жесткий гастроскоп с электрическим освещением
- г. Полугибкий гастроскоп с управляемым дистальным концом
- д. Фиброгастроскоп

5. *Операционный гастроскоп впервые создал:*

- а. Шиндлер в 1932 г
- б. Хеннинг в 1939 г
- в. Тейлор в 1941 г
- г. Бенедикт в 1948 г
- д. Уи в 1950 г

6. *Гибкий гастроскоп впервые применил:*

- а. Уи
- б. Бенедикт
- в. Тейлор
- г. Хеннинг
- д. Гиршовиц

7. *Показаниями к плановой эзофаго-гастроудоденоскопии являются все перечисленные, кроме:*

- а. Для установления диагноза
- б. Для оценки эффективности лечения
- в. Для установления локализации процесса
- г. Для определения источников кровотечения
- д. Для проведения лечебных и поеративных манипуляций

8. *Абсолютные противопоказания к экстренной гастроскопии:*

- а. Варикозное расширение вен
- б. Инфаркт миокарда
- в. Психические заболевания
- г. Агональное состояние больного
- д. Желудочно-кишечное кровотечение

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 4 «Экстренная лечебно-диагностическая фибробронхоскопия при неотложных состояниях»

Устный опроса:

1. Инородные тела верхних дыхательных путей.
2. Аспирация.
3. Стеноз верхних дыхательных путей. Бужирование трахеи.
4. Трудная интубация. Сопровождение торакальных операций.

Самостоятельная работа проводится в форме решения теста:

1. Наиболее информативным методом диагностики при подозрении на периферический рак легкого является
- А) компьютерная томография органов грудной клетки

Б) рентгенография органов грудной клетки

В) флюорография

Г) фибробронхоскопия

2. Решающим методом для диагностики центральной опухоли легкого является

А) фибробронхоскопия с биопсией

Б) рентгенография

В) компьютерная томография

Г) бронхография

3. Основным методом диагностики трахеобронхиальной дискинезии является

А) фибробронхоскопия

Б) рентгенография грудной клетки

В) спирография

Г) бронхография

4. Наиболее информативным исследованием для диагностики рака легкого на стадии *carcinoma in situ* является

А) фибробронхоскопия

Б) рентгенография грудной клетки

В) томография легких

Г) трансторакальная биопсия легкого

5. Самой частой причиной хронического лёгочного сердца является

А) обструктивная болезнь лёгких

Б) деформация грудной клетки

В) первичная лёгочная гипертензия

Г) бронхиальная астма

6. С диагностической целью при экссудативном плеврите выполняют

А) рентгенографию, плевральную пункцию, фибробронхоскопию, торакоскопию

Б) фибробронхоскопию, ангиопульмонографию, компьютерную томографию

В) бронхографию, плевральную пункцию, МРТ

Г) рентгенографию, торакоскопию

7. Во время фибробронхоскопии можно диагностировать

А) центральный рак лёгкого

Б) бронхиальную астму

В) абсцесс лёгкого

Г) кисты лёгкого

8. Наследственная патология

А) чаще проявляется в детском возрасте

Б) чаще проявляется в молодом возрасте

В) чаще проявляется в пожилом возрасте

Г) проявляется одинаково во всех возрастных группах

9. Ключевым методом диагностики пневмоний является

А) рентгенография органов грудной клетки

Б) фибробронхоскопия

В) компьютерная томография

Г) исследование функции внешнего дыхания

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции:

ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 5 «Общие вопросы эндоскопии»

Устный опрос:

1. Хромэндоскопия

2. Возможности эндоскопических методов

3. Эндоскопический кабинет, отделение, центр. Их размещение, оборудование, назначение.

Тест:

1. Эндоскопическое проведение декомпрессивного зонда в тонкую кишку показано при всех перечисленных ниже состояниях, за исключением:

- а) Обтурационной тонкокишечной непроходимости без признаков перитонита
- б) Спаечной тонкокишечной непроходимости без признаков перитонита
- *в) Острой тонкокишечной непроходимости без признаков перитонита с подозрением на нарушение целостности кишки
- г) Динамической кишечной непроходимости, которую не удается ликвидировать консервативными мероприятиями
- д) Ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости

2. Показаниями к артроскопии являются все перечисленные, исключая:

- а) Неясную клинику повреждения коленного сустава
- б) Жалобы на дискомфорт в суставе после оперативных вмешательств
- в) Острую травму и гемартроз коленного сустава
- г) Подозрение на травму мениска
- * д) Наличие инфекционного процесса в коленном суставе

3. Противопоказаниями к артроскопии являются все перечисленные, кроме:

- а) Спаечного процесса и контрактуры
- б) Фиброзного анкилоза коленного сустава
- * в) Гемартроза коленного сустава
- г) Наличия инфекционного процесса в коленном суставе
- д) Костных анкилозов коленного сустава

4. Экстренная диагностическая лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях, за исключением:

- а) Болей в животе неясного генеза
- б) Подозрения на острый аппендицит
- в) Подозрения на перфорацию полового органа
- г) Подозрения на трофические нарушения в жировых подвесках толстой кишки
- * д) Желтухи неясного генеза

5. Экстренная диагностическая лапароскопия показана:

- а) Для уточнения формы острого панкреатита
- б) Для проведения дифференциального диагноза между воспалительными заболеваниями гениталий и внематочной беременностью
- в) Для удаления асцитической жидкости при циррозах печени
- г) Для уточнения формы и распространенности трофических нарушений при подозрении на мезентериальный тромбоз
- * д) Правильно все, кроме в)

6. Противопоказанием к рентгенконтрастным исследованиям желчевыводящих путей является:

- а) повышенная чувствительность к йодистым препаратам;
- б) гипертиреоз;
- в) декомпенсированные пороки сердца;
- г) острые воспалительные заболевания печени;
- *д) все указанные варианты.

Самостоятельная работа в форме защиты рефератов:

1. Организация эндоскопической службы
2. Эндоскопическая аппаратура. Устройство. Принцип действия. Правильная эксплуатация и хранение эндоскопов
3. История развития эндоскопии

4. Врачебная этика и медицинская деонтология в деятельности врача-эндоскописта.

Взаимоотношения врача и больного

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 6 «Торакоскопия. Медиастиноскопия».

Вопросы для устного опроса:

1. Медиастиноскопия (показания и противопоказания к жесткой и фиброволоконной эндоскопии).
2. Эндоскопическая семиотика основных заболеваний средостения.
3. Лимфопролиферативные заболевания. Мts поражение лимфатических узлов.
4. Биопсия. Показания и противопоказания к выполнению различных лечебных вмешательств при торакоскопии. Атипичная резекция легкого.

Тест:

1. Показаниями к плановой торакоскопии является все перечисленное, кроме:

- а) Плевритов неясной этиологии
- б) Пиопневмоторакса
- в) Опухолей плевры
- * г) Бронхогенного рака легкого
- д) Спонтанного пневмоторакса

2. Основными противопоказаниями к медиастиноскопии являются:

- а) Увеличение щитовидной железы I ст.
- б) Увеличение паратрахеальных лимфатических узлов
- * в) Синдром верхней полой вены
- г) Центральный рак легкого
- д) Небольшие опухоли вилочковой железы

3. Среди осложнений при торакоскопии наиболее часто встречаются все, кроме:

- а) Подкожной эмфиземы
- б) Пневмоторакса
- в) Внутривидеальной кровотечения
- г) Инфицирования плевральной полости
- * д) Легочного кровотечения

4. Щипцовая биопсия при торакоскопии показана при всех перечисленных ниже заболеваниях, за исключением:

- а) Очаговых некистозных заболеваний легких
- б) Опухолевых заболеваний плевры
- в) Лимфаденитов неясного генеза
- г) Опухолевых заболеваний вилочковой железы
- * д) Диффузных заболеваний легких

5. Показаниями к бронхофиброскопии являются:

- а) Профузное легочное кровотечение
- б) Статус астматический
- * в) Центральный рак легкого
- г) Иностранное тело легкого
- д) Гемофилия

6. Осложнениями бронхоскопии могут быть:

- а) Бронхо-пищеводный свищ
- б) Желудочное кровотечение
- * в) Ларингоспазм
- г) Пневмоторакс
- д) Ателектаз легкого

7. Одним из абсолютных противопоказаний к выполнению чрескожной чреспеченочной холангиографии является:

- а) наличие механической желтухи;
- б) наличие нагноительных заболеваний левого легкого;
- в) наличие холангита;
- *г) наличие геморрагического синдрома;
- д) наличие холедохолитиаза.

Самостоятельная работа проводится в форме защиты рефератов:

1. Организация хирургической эндоскопической операции.
2. Варианты укладки пациента в зависимости от вида операции
3. Аппаратура для эндохирургии: осветительная лампа, камера, аспиратор-ирригатор, электрокоагулятор
4. Эндоскопический шов и методы сшивания тканей. Использование эндоскопических сшивающих аппаратов, техника и особенности применения. Использование эндоскопических степлеров, техника и особенности применения.
5. Торакосцентез. Наложение пневмоторакса. Техника выполнения

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 7 «Эзофагоскопия. ЭГДС»

Устный опрос:

1. Эзофагоскопия (показания и противопоказания к жесткой и фиброволоконной эндоскопии).
2. Эндоскопическая семиотика основных заболеваний пищевода. Эзофагиты, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Удаление инородных тел из пищевода.
3. Остановка кровотечения из эрозий и варикозно-расширенных вен. Показания и противопоказания к выполнению различных лечебных вмешательств при кровотечении.
4. Показания и противопоказания к эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС).
5. Подготовка к ЭГДС, способы обезболивания эндоскопического исследования.
6. Осложнения ЭГДС. Их профилактика и лечение.
7. Методика выполнения ЭГДС. Методика выполнения биопсии различными способами.
8. Рак желудка. Его эндоскопическая диагностика. Эндоскопическая диагностика раннего рака желудка. Преимущества диагностики в ранней стадии.

Тестовые задания:

1. Местное эндоскопическое лечение целесообразно при язвах размерами

- * а) До 2.5 см, глубиной до 0.5 см
- б) До 1 см, глубиной до 1 см
- в) До 5 см, глубиной до 0.5 см
- г) До 0.5 см, глубиной до 0.2 см
- д) При любых размерах

2. Эндоскопический метод остановки кровотечения целесообразно применять при всех перечисленных случаях кровотечения, исключая:

- * а) Рецидив кровотечения из хронической язвы желудка или 12-перстной кишки
- б) Язвенное кровотечение у больных с высоким риском хирургического вмешательства
- в) Кровотечение из острых язв и эрозий
- г) Кровотечение из доброкачественных или злокачественных опухолей в остром периоде
- д) Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода - в остром периоде

3. К эндоскопическим критериям аксиальной грыжи относятся все перечисленные, кроме:

- а) Укорочения пищевода
- б) Пропалса слизистой желудка в грыжевую полость
- в) Заброса желудочного содержимого
- г) "Проваливания" прибора в пролабирующий сегмент
- * д) Затруднения прохождения прибора через кардиальный жом

4. К эндоскопическим признакам аксиальной грыжи относятся все перечисленные, исключая:

- а) Расширение пищевода в нижней трети
- б) Утолщение складок слизистой оболочки пищевода
- в) Выраженный пролапс слизистой желудка в грыжевой мешок
- г) Зияние кардии
- * д) Спазм кардии

5. Эндоскопическая картина синдрома Мэллори – Вейса включает все перечисленное, за исключением:

- а) Излюбленная локализация - малая кривизна и задняя стенка кардиоэзофагального перехода
- б) Щелевидный дефект слизистой оболочки в виде конуса с тромботическими массами.
- * в) Излюбленная локализация - передняя стенка кардиоэзофагального перехода
- г) Длина разрывов от 3 до 15 мм и более
- д) Края разрывов отечны, пропитаны кровью

6. Рентгенологическим признаком гиперпластического стеноза БСДК при ЭРПХГ является:

- а) неровность, бугристость внутренней стенки канала БСДК и стенозированной части холедоха;
- б) пристеночные дефекты наполнения (контурная деформация) слизистой зоны стеноза;
- в) эксцентричное расположение канала БСДК (симптом "перчатки");
- г) искривление хода канала БСДК, симптом "муфты".
- *д) все перечисленные симптомы.

7. Аэробилия, выявленная при обзорной рентгенографии органов брюшной полости, является признаком:

- а) холедохолитиаза;
- б) дивертикула ДПК;
- в) повреждения супрадуоденальной части холедоха во время операции;
- г) стеноза БСДК;
- *д) свищевого хода между желчными протоками и ЖКТ.

Самостоятельная работа в форме ситуационных задач:

Задача № 1

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

Вопросы: а) что могло послужить причиной образования свища? б) какова лечебная тактика?

Ответ: а) желчная гипертензия, связанная с наличием резидуального камня холедоха или стеноза ДОХ и БСДК. б) выполнение ЭРПХГ с последующей ЭПСТ.

Задача № 2

Больной С., 79 лет была произведена лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого калькулезного флегмонозного холецистита. Диагноз до операции был верифицирован данными УЗИ. На следующий день после операции по страховочному дренажу выделилось 200 мл желчи, появились перитонеальные знаки в правой боковой области живота. При повторной лапароскопии выявлена несостоятельность культи пузырного протока. Выполнена конверсия. При ревизии обнаружено: холедох – 1,3 см, пальпаторно конкрементов не содержит. По данным интраоперационной холангиографии, выявлен стеноз БСДК протяженностью 1,2 см.

Вопросы: а) Причина несостоятельности культи пузырного протока? б) дальнейшая тактика?

Ответ: а) Желчная гипертензия, вызванная стенозом БСДК. б) Наружное дренирование холедоха, с последующей ЭРПХГ и ЭПСТ.

Задача № 3

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

Ответ: а) посттравматическая стриктура холедоха. б) не выполнена интраоперационная холангиография для уточнения источника желчеистечения.

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 8 «ЭРПХГ»

Устный опрос:

1. Показания, противопоказания и подготовка больных к ЭРПХГ.
2. Осложнения ЭРПХГ.
3. Экстра- и эндокорпоральные узлы в эндохирургии;

Решение ситуационных задач:

Задача № 1

Больная С., 54 лет поступила с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожных покровов, ознобы, подъем температуры тела до 39°C. Лейкоциты крови – $11,2 \cdot 10^9/\text{л}$; билирубин – 43,4 мкм/л. Из анамнеза: оперирована 9 месяцев назад по поводу хронического калькулезного холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи. Была выполнена холецистэктомия и в связи с расширением холедоха до 2 см, наличием множества мелких конкрементов, стенозом БСДК после холедохолитотомии произведена супрадуоденальная холедоходуоденостомия по Виноградову. Послеоперационный период протекал гладко, выписана на 14 сутки после операции. После купирования острых явлений больной выполнена ЭРПХГ. Выявлено рубцовое сужение холедоходуоденоанастомоза (ХДА).

Вопросы: а) какое осложнение развилось у больной? б) дальнейшая лечебная тактика.

Ответ: а) терминальный холангит, связанный с рубцовым сужением ХДА. б) ЭПСТ, рассечение ХДА.

Задача № 2

Больная В., 47 лет поступила в отделение для выполнения лапароскопической холецистэктомии. В связи с наличием в анамнезе желтухи перед операцией произведена ЭРПХГ – был выявлен «вентильный» камень холедоха. Выполнена типичная ЭПСТ протяженностью 2,5 см. Вечером того же дня у больной появились выраженные опоясывающие боли в эпигастральной области живота, тошнота, рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота. Диастаза крови 256 ед. Симптом Кера положительный.

Вопрос: какое осложнение развилось у больной?

Ответ: Острый панкреатит.

Задача № 3

Больной Г., 60 лет по поводу стеноза БСДК выполнена типичная ЭПСТ. Утром следующего дня больная предъявила жалобы на слабость, головокружение, однократный жидкий черный стул, умеренные боли в правом подреберье. При осмотре: живот незначительно вздут, при пальпации мягкий умеренно болезненный в правом подреберье и в подложечной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. АД – 100/60 мм рт.ст. Ps – 90 в минуту, слабого наполнения и напряжения, Нв - 105 г/л, эр. – $2,32 \cdot 10^{12}$ / л, диастаза крови – 128 ед.

Вопрос: а) какое осложнение развилось? б) лечебная тактика.

Ответ: а) внутрикишечное кровотечение. б) гемостатическая терапия с повторной дуоденоскопией и эндоскопическим гемостазом, при неэффективности - лапаротомия.

Задача № 4

Больная Ю., 48 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в правом подреберье, подложечной области, тошноту, рвоту. По данным УЗИ, выявлено: желчный пузырь размером 8 x 3 см, стенка 3 мм, в полости пузыря – несколько подвижных конкрементов. После купирования болевого приступа в плановом порядке выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Послеоперационный период гладкий. Была выписана на 6-е сутки. Однако через 2 месяца госпитализирована вновь, с жалобами на боли практически той же локализации, что и до операции. Выполнена ЭГДС, выявлена язва ДПК, рубцовая деформация луковицы ДПК.

Вопросы: а) сформулируйте диагноз. б) какая ошибка была допущена во время первой госпитализации?

Ответ: а) ложный ПХЭС. Язвенная болезнь ДПК. б) недостаточное обследование больной.

Самостоятельная работа в форме защиты рефератов

1. Методика выполнения ЭРПХГ, аппаратура и инструментари.
2. Эндоскопическая семиотика заболеваний 12-перстной кишки и большого дуоденального соска.
3. Эндоскопическая диагностика гастритов. Эндоскопическая диагностика доброкачественных эпителиальных и неэпителиальных опухолей.
4. Эндоскопическая диагностика язв желудка. Гастродуоденальные кровотечения. Показания и противопоказания к эндоскопическому лечению. Способы остановки гастродуоденальных кровотечений.

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 9 «Ректосигмоскопия. Колоноскопия»

Устный опрос:

1. Показания и противопоказания к ректоскопии. Аппаратура и инструментарий. Методика выполнения.
2. Эндоскопическая семиотика заболеваний прямой кишки.
3. Эндоскопическая диагностика полипов
4. Сигмоскопия. Показания и противопоказания. Необходимая аппаратура и инструментарий.

Самостоятельная работа в форме защиты реферата:

1. Эндоскопическая семиотика заболеваний сигмовидной кишки и прямой кишки.
2. Эндоскопическая диагностика болезни Крона.
3. Эндоскопическая диагностика неспецифического язвенного колита.
4. Возможности колоноскопии в выявлении причины толстокишечной непроходимости.
5. Неудачи, ошибки и осложнения во время колоноскопии, их причина и профилактика.

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 10 «Бронхоскопия. Лапароскопия»

Вопросы для устного опроса:

1. Показания и противопоказания к бронхоскопии. Аппаратура и инструментарий.
2. Методика диагностической бронхоскопии.
3. Эндоскопическая диагностика бронхитов.
4. Эндоскопическая диагностика туберкулеза бронхов
5. Показания и противопоказания к лапароскопии. Аппаратура и инструментарий. Методика выполнения лапароскопии.
6. Осложнения во время лапароскопии и способы их предупреждения
7. Лапароскопическая диагностика опухолей органов брюшной полости и их метастазов.
8. Эндоскопическая диагностика заболеваний поджелудочной железы.

Самостоятельная работа в форме защиты рефератов:

1. Методика лечебной бронхоскопии при обструктивном бронхите
2. Эндоскопическая диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей трахеобронхиального дерева
3. Эндоскопическая диагностика заболеваний печени. Эндоскопическая диагностика заболеваний желчного пузыря.
4. Эндоскопическая диагностика заболеваний матки и ее придатков.
5. Лапароскопическая диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
6. Лапароскопическая диагностика травматических повреждений органов брюшной полости.
7. Лечебная лапароскопия.

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Тема № 11 «Работа в поликлинике»

Вопросы для устного опроса:

1. Эндоскопические исследования, выполняемые в амбулаторных условиях.
2. Лечебные вмешательства, выполняемые в амбулаторных условиях. Преимущества амбулаторного обследования больных.
3. Тактика врача при возникновении осложнений.
4. Взятие материала для морфологического исследования.

Самостоятельная работа проводится в форме защиты рефератов:

1. Освоение эндоскопической полипэктомии из желудка.
2. Освоение полипэктомии из толстой кишки.
3. Проведение зонда для питания у послеоперационного больного.
4. Бужирование пищевода.
5. Дренирование желчного пузыря и брюшной полости.
6. Освоение методики папиллосфинктеротомии. Артроскопии.

Вывод: выполнение заданий позволяет оценить сформированность следующей компетенции: ПК-2 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-3 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)), ПК-4 (знания, умения, навыки (опыт деятельности)).

Контрольная работа проводится в форме вопросов:

1. Показания и противопоказания к выполнению различных лечебных вмешательств при торакоскопии.
2. Медиастиноскопия.
3. Атипичная резекция легкого.
4. Эзофагоскопия (показания и противопоказания к жесткой и фиброволоконной эндоскопии).
5. Эндоскопическая семиотика основных заболеваний пищевода.
6. Эзофагиты, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
7. Удаление инородных тел из пищевода.
8. Рак желудка. Его эндоскопическая диагностика.
9. Эндоскопическая диагностика доброкачественных эпителиальных и неэпителиальных опухолей.
10. Эндоскопическая диагностика язв желудка.
11. Гастродуоденальные кровотечения.
12. Показания и противопоказания к эндоскопическому лечению. Способы остановки гастродуоденальных кровотечений.
13. Эндоскопическая диагностика и лечение больных с инородными телами желудка.
14. Эндоскопическая диагностика язвы луковицы 12-перстной кишки и ее осложнений.
15. Показания и противопоказания к ректоскопии. Методика выполнения.
16. Эндоскопическая семиотика заболеваний прямой кишки.
17. Сигмоскопия. Показания и противопоказания
18. Эндоскопическая семиотика заболеваний сигмовидной кишки и прямой кишки.
19. Эндоскопическая диагностика полипов.
20. Эндоскопическая диагностика болезни Крона.
21. Эндоскопическая диагностика неспецифического язвенного колита.
22. Возможности колоноскопии в выявлении причины толстокишечной непроходимости.
23. Неудачи, ошибки и осложнения во время колоноскопии, их причина и профилактика.
24. Показания и противопоказания к бронхоскопии.
25. Методика диагностической бронхоскопии.
26. Методика лечебной бронхоскопии при обструктивном бронхите.
27. Эндоскопическая диагностика бронхитов.
28. Лечебная лапароскопия.
29. Освоение эндоскопической полипэктомии из желудка.
30. Освоение полипэктомии из толстой кишки.
31. Проведение зонда для питания у послеоперационного больного.
32. Бужирование пищевода.

Проведение промежуточной аттестации

Формой промежуточной аттестации освоения дисциплины является экзамен. Результаты промежуточного контроля знаний оцениваются по 4-балльной шкале с оценками:

- «отлично»;
- «хорошо»;
- «удовлетворительно»;
- «неудовлетворительно».

Планируемые результаты обучения	Оценка	Критерии оценивания
Знания (п.3 РПД)	Отлично	Аспирант глубоко и полно владеет содержанием учебного материала; логично, четко и последовательно излагает ответы; умеет обосновывать свои суждения по излагаемым вопросам. Ответы на поставленные вопросы не требуют дополнительных пояснений. Делаются обоснованные выводы. Ответ носит самостоятельный характер
	Хорошо	Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Материал излагается уверенно. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер.
	Удовлетворительно	Допускаются нарушения в последовательности изложения. Демонстрируются поверхностные знания вопроса. Имеются затруднения с выводами.
	Неудовлетворительно	Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний.
Умения (п.3 РПД)	Отлично	Аспирант проявляет творческие способности в понимании, изложении и использовании материалов изученной дисциплины, безупречно отвечает на все вопросы в рамках основной программы дисциплины, правильно выполняет практическое задание
	Хорошо	Аспирант показывает систематический характер знаний по дисциплине, отвечает на все вопросы, правильно выполняет практическое задание, но допускает при этом непринципиальные ошибки.
	Удовлетворительно	Аспирант допускает погрешности в ответе, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя
	Неудовлетворительно	Не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки. Неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено.

Навыки (опыт деятельности) (п.3 РПД)	Отлично	Аспирант уверенно владеет сформированными навыками; глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с ситуационными задачами и другими видами применения знаний.
	Хорошо	Аспирант грамотно и по существу излагает материал, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос. Сформированные навыки достаточно уверены.
	Удовлетворительно	Аспирант допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, наблюдаются нарушения логической последовательности в изложении программного материала. Сформированные навыки не устойчивы.
	Неудовлетворительно	Аспирант не имеет навыков применения методов анализа альтернативных вариантов решения поставленных проблем, допускает существенные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий, с большими затруднениями выполняет практические работы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено

Вопросы для подготовки к кандидатскому экзамену по модулю дисциплин

1. Принципы организации онкологической помощи в системе российского здравоохранения.
2. Принципы организации помощи при ожогах.
3. Асептика и антисептика.
4. Методы обработки шовного материала, подготовка рук хирурга. Методы стерилизации инструментария, операционного белья, перевязочного материала. Биологические методы антисептики
5. Классификация антибиотиков. Показания и противопоказания к применению. Осложнения при их применении, методы профилактики и лечения.
6. Классификация возбудителей гной инфекции. Пути внедрения и распространения. Общая и местная реакция организма. Особенности воспалительных заболеваний на лице и шее. Применение протеолитических ферментов в гнойной хирургии.
7. Принципы лечения: антибактериальная, иммунная, дезинтоксикационная, стимулирующая, общеукрепляющая терапия, местное лечение. Особенности течения гнойной инфекции у больных сахарным диабетом.
8. Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Фурункул, карбункул, гидраденит. Этиология, клиника.
9. Гнойные заболевания лимфатических сосудов и узлов — лимфангит, лимфангоит, лимфаденит.
10. Гнойные заболевания костей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина остеомиелита. Принципы оперативного лечения.
11. Гнойные заболевания суставов и синовиальных сумок – гнойный артрит, гнойный бурсит.
12. Гнойные процессы в клетчаточных пространствах. Флегмоны и абсцессы. Определение понятий. Различия.

13. Гнойные заболевания пальцев кисти – панариций, гнойный тендовагинит, флегмона кисти. Этиология, патогенез, клиническая картина. Лечение.
14. Хирургический сепсис. Определение понятия. Причины развития. Патогенез. Возбудители. Принципы диагностики, оценочные шкалы степени тяжести и прогноза заболевания. Антибактериальная терапия, дезинтоксикация. Экстракорпоральные методы детоксикации.
15. Специфическая хирургическая инфекция. Столбняк, анаэробная инфекция. Классификация, этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения, профилактика.
16. Послеоперационное ведение больных. Энтеральное, парентеральное и энтеральное зондовое питание. Порядок обследования больных, находящихся на парентеральном питании.
17. Общие вопросы интенсивной терапии в хирургической практике. Шок – определение понятия, классификация, стадии. Травматический шок. Геморрагический шок. Септический шок. Анафилактический шок. Принципы лечения различных видов шока, профилактика развития шока. Профилактика и лечение послеоперационных осложнений
18. Обморок, коллапс, шок. Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
19. Основы реанимации. Искусственная вентиляция легких, управляемое дыхание. Принципы первой помощи при остановке сердца
20. Анатомические сведения о шеи. Пороки развития. Кривошея. Определение понятия. Классификация, этиология, лечение. Срединные и боковые кисты и свищи шеи. Определение понятия, клиника, диагностика, лечение. Повреждения органов шеи. Клиника, диагностика, первая помощь, лечение. Особенности послеоперационного лечения. Абсцессы и флегмоны шеи. Этиология, клиника, диагностика, осложнения, лечение.
21. Классификация заболеваний щитовидной железы. Методы исследования больных. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных с заболеваниями щитовидной железы.
22. Эндемический и sporadicкий зоб. Определение, этиология, патогенез, признаки зобной эндемии. Классификация по степени увеличения щитовидной железы, форме. Клиника, диагностика. Лечение. Показания к операции. Профилактика.
23. Тиреотоксический зоб. Определение, патогенез. Классификация по степени тяжести и стадии развития. Клиника диффузного и узловых форм тиреотоксического зоба, диагностика, лечение. Показания и противопоказания к операции. Предоперационная подготовка в зависимости от стадии тиреотоксикоза (плазмаферез), методы операций.
24. Осложнения. Профилактика и лечение тиреотоксического криза и острой сердечно-сосудистой недостаточности после операции у больных тиреотоксикозом.
25. Тиреоидиты и струмиты. Определение понятия. Тиреоидит Хашимото. Этиологии, патогенез. Клиника, диагностика. Показания к медикаментозному и хирургическому лечению. Тиреоидит Риделя. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение. Ближайшие и отдаленные результаты. Хронические специфические тиреоидиты (актиномикоз, туберкулез, сифилис).
26. Рак щитовидной железы. Классификация клиническая и гистологическая. Клиника, диагностика, лечение. Объем оперативного вмешательства. Комбинированное лечение – лучевое, химиотерапевтическое, гормонотерапия, лечение радиоактивным йодом. Исходы и отдаленные результаты. Прогноз. Профилактика.
27. Опухоли паращитовидных желез. Клиника, диагностика, лечение. Гипопаратиреоз, тетания. Патогенез, клиника, диагностика, прогноз, лечение. Пути профилактики паратиреоидной недостаточности при операциях на щитовидной железе.
28. Классификация, методы исследования больных с заболеваниями молочных желез. Принципы оперативного лечения заболеваний молочной железы.
29. Острый гнойный мастит. Клиника, диагностика, лечение.

30. Дисгормональные заболевания. Мастопатия. Геникомастия. Причины. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Профилактика.
31. Доброкачественные опухоли. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
32. Рак легкого. Этиология, факторы и группы риска. Патологическая анатомия. Закономерности метастазирования. Клинико-анатомическая классификация. Раннее выявление рака легкого, значение флюорографии.
33. Клиническая картина центрального и периферического рака в зависимости от характера роста и локализации опухоли. Рентгенологическая картина форм рака легкого, значение томографии, компьютерной томографии и бронхоскопии. Показания к различным методам исследования при различных формах рака легкого. Показания к хирургическому лечению, признаки неоперабельности. Принципы комбинированного лечения.
34. Доброкачественные опухоли легких. Классификация. Центральные и периферические доброкачественные опухоли (клиническая картина). Методы диагностики и дифференциальной диагностики. Принципы хирургического лечения, эндохирургические вмешательства, выбор метода лечения, результаты.
35. Эхинококкоз легкого. Клиника, диагностика. Сочетанный эхинококкоз. Роль серологических методов. Хирургическое лечение. Профилактика.
36. Легочное кровотечение Причины, клиника, диагностика, современная тактика лечения больных.
37. Опухоли и кисты средостения. Классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Специальные методы исследования. Показания к операции. Медиастинит. Этиология, клиника переднего и заднего медиастинита. Диагностика, лечение.
38. Клиника, диагностика закрытых и открытых травм груди. Сочетанные травмы. Ушибы, сотрясения, сдавление грудной клетки. Проникающие и непроникающие ранения грудной клетки, осложнения Показания к хирургическому лечению, обычные и видеоторакоскопические операции. Комбинированные повреждения. Ведение больных в послеоперационном периоде.
39. Патология грудного лимфатического протока. Клиника, диагностика, осложнения, лечение синдрома хилореи.
40. «Слабые» места диафрагмы. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Травматические и нетравматические грыжи диафрагмы. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению и методы оперативных вмешательств. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Классификация. Осложнения грыж. Консервативное лечение скользящих грыж. Показания к оперативному лечению. Релаксация диафрагмы. Клиника, диагностика. Показания к операции, методы пластики диафрагмы при релаксации.
41. Основы клинической физиологии и патофизиологии заболеваний сердца. Классификация. Общие и специальные методы исследования. Неотложные состояния в кардиохирургии и их терапия. Недостаточность кровообращения и терапия.
42. Ишемическая болезнь сердца. Клиника, диагностика, методы хирургического лечения (аортокоронарное шунтирование), показания к нему. Доступы. Результаты. Постинфарктная аневризма сердца. Классификация постинфарктных аневризм сердца. Частота. Клиника, диагностика. Показания и противопоказания к операции. Принципы хирургического лечения.
43. Пороки сердца: Врожденные пороки сердца. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Показания к операции. Методы хирургического лечения. Применение аппарата искусственного кровообращения, принципы конструкции аппаратов. Исходы операций. Приобретенные пороки сердца. Этиология.

- Классификация, степени тяжести. Клиника, диагностика. Показания и противопоказания к операции. Методы операции. Закрытые методы, открытые методы, комиссуротомия и протезирование клапанов сердца, пластические операции на клапанах. Искусственные клапаны сердца. Реабилитация кардиохирургических больных.
44. Перикардит. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение различных форм перикардита.
 45. Ранения сердца. Клиника, диагностика, принципы хирургического лечения и послеоперационного ведения.
 46. Современные методы исследования больных с заболеваниями сосудов.
 47. Заболевания артерий. Классификация заболеваний. Истинные и ложные аневризмы кровеносных сосудов. Врожденные и травматические артериальные аневризмы. Патогенез. Клиника, методы диагностики. Показания к хирургическому лечению. Виды оперативных вмешательств. Аневризмы грудной и брюшной аорты. Классификация, диагностика, лечение. Экстренные операции при расслоении, разрыве аневризмы.
 48. Атеросклеротические поражения артерий. Определение понятия. Этиология, патогенез. Патологическая анатомия. Клинические формы облитерирующего артериита и атеросклероза. Клиника различных форм заболевания. Диагностика, значение реовазографии, ангиографии, доплерографии, ультразвукового ангиосканирования в диагностике заболеваний. Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению, методы операций. Катетерная дилатация; профилактика заболевания. Эндоваскулярные вмешательства.
 49. Тромбоэмболия легочной артерии. Причины развития, клиника и диагностика (рентгенография легких, радиоизотопное сканирование, ангиопульмонография в сочетании с регистрацией в правых отделах сердца, ретроградная илиокавография). Лечение. Показания к эмболэктомии. Профилактика.
 50. Посттромбофлебитическая болезнь нижних конечностей. Патогенез. Классификация. Клиника различных форм заболевания. Специальные методы диагностики. Консервативное лечение. Показания к операции и виды оперативных вмешательств.
 51. Недостаточность лимфатической системы. Классификация лимфостаза. Клиника, методы диагностики, хирургическое лечение. Создание лимфовенозных анастомозов с помощью микрохирургической техники. Слоновость.
 52. Классификация заболеваний пищевода. Методы исследования. Врожденные пороки развития. Классификация, диагностика, лечение.
 53. Инородные тела пищевода. Клиника, диагностика, лечение. Перфорация пищевода. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения.
 54. Ахалазия кардии. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения, кардиодилатация. Техника. Показания к хирургическому лечению, принципы операции. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клиника, диагностика (рентгенография, эндоскопия, электромиография и др). Принципы консервативного и оперативного лечения. Эндохирургические вмешательства. Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Патогенез. Клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде. Раннее и позднее бужирование. Клиника рубцового сужения пищевода. Хирургическое лечение. Типы пластического замещения пищевода. Одномоментные и многоэтапные операции. Результаты оперативного лечения. Доброкачественные опухоли пищевода. Клиника, диагностика. Методы хирургического лечения.
 55. Рак пищевода. Заболеваемость. Патологическая анатомия. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Подготовка к операции. Послеоперационные осложнения. Комбинированное лечение (химиотерапии, лучевой терапии). Результаты хирургического и комбинированного лечения. Лазерные технологии в хирургии пищевода.

56. Классификация заболеваний желудка. Методика обследования больных с заболеваниями желудка.
57. Язвенная болезнь желудка. Особенности этиологии и патогенеза желудочных язв. Классификация. Показания к операции и виды оперативных вмешательств.
58. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Этиология и патогенез заболевания. Патологоанатомические изменения. Клиника и диагностика. Показания к хирургическому лечению хронической язвы двенадцатиперстной кишки.
59. Синдром Меллори-Вейсса. Причины развития заболевания. Клиника и диагностика, дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
60. Рак желудка. Предраковые заболевания желудка. Клиника и диагностика. Роль гастроскопии и гастробиопсии в диагностике заболеваний. Лечение. Эндоскопическое удаление полипов. Эпидемиология рака. Этиологические факторы. Классификация. Клиническая картина заболевания в зависимости от локализации и характера роста опухоли. Осложнения: кровотечение, стеноз, перфорация. Диагностика и дифференциальная диагностика. Показания и противопоказания к радикальным и паллиативным операциям. Принципы предоперационной подготовки и послеоперационное ведение.
61. Неэпителиальные опухоли желудка. Классификация. Клиника и диагностика. Хирургическое лечение.
62. Болезни оперированного желудка. Классификация. Незажившие и рецидивные язвы, пептические язвы тощей кишки, синдром приводящей петли и демпинг-синдром. Рефлюкс-гастрит и рефлюкс-эзофагит. Причины возникновения. Клиника и диагностика. Показания к хирургическому лечению, методы реконструктивных операций.
63. Послеоперационные осложнения: Кровотечения, парез желудка и кишечника, анастомозит, несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки и желудочно-кишечных анастомозов. Клиническая картина, диагностика, лечение.
64. Классификация заболеваний кишечника. Методы обследования.
65. Дивертикулы. Классификация, диагностика, осложнения. Хирургическое лечение. Дивертикул Меккеля. Диагностика, лечение. Опухоли тонкой кишки. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Болезнь Крона. Определение понятия, клиника, диагностика, лечение. Осложнения, их диагностика и лечение. Тонкокишечные свищи. Классификация, диагностика, лечение.
66. Острый аппендицит. Классификация. Патологоанатомические формы. Этиология, патогенез. Клиника и диагностика. Лечение. Осложнения острого аппендицита: аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс, межкишечный, поддиафрагмальный и тазовый абсцесс, пилефлебит. Клиника различных осложнений; их диагностика (УЗИ, КТ и др.) и лечение (хирургическое, пункция абсцессов по УЗИ-наведением). Перитонит как осложнение острого аппендицита. Хронический аппендицит. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Показания и противопоказания к оперативному лечению.
67. Карциноид червеобразного отростка. Диагностика. Клиника, карциноидный синдром. Принципы лечения.
68. Классификация заболеваний толстой кишки. Методика обследования больных с заболеваниями толстой кишки.
69. Пороки развития. Диагностика, лечение. Болезнь Гиршпрунга. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика; выбор метода хирургического лечения.
70. Хронический неспецифический язвенный колит. Этиология. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы консервативного и оперативного лечения. Осложнения, их диагностика и лечение. Дивертикулы толстой кишки. Клиника,

- диагностика, показания к хирургическому лечению, виды операций. Осложнения. Клиника, диагностика, лечение. Ишемический колит. Клиника, диагностика, лечение.
71. Кишечные свищи. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Доброкачественные опухоли и полипоз. Этиология, патогенез. Клиника, лечение.
 72. Рак ободочной кишки. Предраковые заболевания. Заболеваемость. Причинные факторы. Классификация. Осложнения (непроходимость кишечника, перфорация, кровотечение). Диагностика, значение рентгеновского обследования, колоноскопии. Дифференциальная диагностика. Выбор метода хирургического лечения (определение объема оперативного вмешательства, одномоментные и многомоментные операции и показания к ним). Особенности хирургического лечения при непроходимости толстой кишки раковой природы. Принципы предоперационной подготовки, особенности оперативных вмешательств и послеоперационного ведения больных. Показания к комбинированному лечению.
 73. Кишечная непроходимость. Классификация. Методы исследования больных. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода у больных с острой кишечной непроходимостью. Борьба с интоксикацией, парезом кишечника, водно-электролитными нарушениями.
 74. Геморрой. Классификация. Этиология. Патогенез. Вторичный геморрой. Клиника геморроя и его осложнений. Консервативное и оперативное лечение геморроя, выбор метода лечения. Предоперационная подготовка, ведение послеоперационного периода.
 75. Трещина прямой кишки. Причины возникновения. Клиника, диагностика, лечение. Полипы прямой кишки. Клиника, диагностика, лечение.
 76. Рак прямой кишки. Заболеваемость. Факторы, способствующие развитию заболевания. Классификация. Клиника заболевания в зависимости от анатомической формы и локализации. Диагностическая ценность различных методов исследования. Дифференциальная диагностика. Методы операции. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных раком прямой кишки. Лучевая терапия и химиотерапия. Отдаленные результаты лечения.
 77. Виды острых нарушений мезентериального кровообращения (эмболии, тромбоз артерий, неокклюзивные нарушения мезентериального кровообращения, тромбоз вен). Основные механизмы патогенеза заболевания. Симптомы, клиника и течение. Стадии болезни. Диагностика. Лечение: методика оперативных вмешательств; виды операций. Интенсивная терапия.
 78. Травматические повреждения селезенки. Клиника, диагностика, лечение.
 79. Классификация заболеваний поджелудочной железы. Методы обследования больных с заболеваниями поджелудочной железы.
 80. Острый панкреатит. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия. Клиника, периоды течения прогрессирующего панкреонекроза. Диагностика: УЗИ, лапароскопия, КТ, ангиография, чрескожные пункции, ферментная диагностика. Консервативное лечение. Роль иммунорегуляторов, антибиотиков, цитостатиков, соматостатина. Лечебная эндоскопия, показания к хирургическому лечению и виды операций. Гнойные осложнения острого панкреатита, диагностика и лечение. Исходы заболевания. Хирургическое лечение в фазе гнойных осложнений. Другие осложнения острого панкреатита – аррозивные кровотечения, панкреатогенные свищи. Принципы диагностики и лечения.
 81. Хронический панкреатит, кисты поджелудочной железы. Этиология и патогенез хронического панкреатита. Классификация. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Специальные методы диагностики. Лечение: консервативное и хирургическое. Кисты поджелудочной железы: истинные и ложные. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение: операции наружного и внутреннего дренирования кист. Чрескожное дренирование кист.

82. Послеоперационные грыжи. Причины развития. Клиника, диагностика. Методы операций. Причины рецидива послеоперационных грыж. Хирургическое лечение.
83. Ущемленная грыжа. Патологоанатомические изменения в ущемленном органе. Виды ущемления. Клиника ущемленной грыжи. Диагностика и дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение ущемленных грыж. Особенности оперативной техники; определение жизнеспособности ущемленной петли кишки. Лечебная тактика при сомнительном диагнозе, при самопроизвольном и насильственном вправлении ущемленной грыжи. Мнимое вправление. Ложное ущемление.
84. Организация хирургической помощи при массовых поражениях.
85. Медицинская сортировка раненных и обожженных; ее значение в организации хирургической помощи на этапах медицинской эвакуации.
86. Огнестрельные раны. Понятие о ране как болезни. Первичная хирургическая обработка ран. Показания, техника, выполнения. Виды швов и показания к их наложению. Антибиотики их значение в лечении огнестрельных ран. Закрытые повреждения. Понятие об общей контузии, ее последствиях.
87. Ранение крупных сосудов. Кровотечения, кровопотеря, оказание медицинской помощи. Диагностика ранений магистральных сосудов конечностей. Лечение на этапах медицинской эвакуации. Способы временной и окончательной остановки кровотечения на этапах медицинской помощи. Пульсирующая гематома. Диагностика, лечение. Травматические аневризмы, клиника, диагностика, лечение. Вторичные кровотечения.
88. Травматический шок. Частота и тяжесть шока при болевых повреждениях различной локализации. Объем противошоковых мероприятий при оказании врачебной помощи. Показания и противопоказания к хирургическому вмешательству при травматическом шоке.
89. Синдром длительного раздавливания Патогенез клинка, первая помощь и лечение на этапах медицинской эвакуации в разные периоды болезни.
90. Особенности термических повреждений в современной войне.
91. Цирроз печени: клиника, патогенез.
92. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, как осложнение портальной гипертензии: клиника, диагностика.
93. Первичный рак печени: эпидемиология, этиология, факторы канцерогенеза.
94. Комбинированное и комплексное лечение первичного рака печени.
95. Колоректальные метастазы печени: эпидемиология, клиника, диагностика.
96. Основные принципы хирургического лечения при колоректальных метастазах печени.
97. Послеоперационные осложнения трансплантации печени. Методы профилактики и лечения.
98. Альвеококкоз печени: эпидемиология, этиология, классификация, клиника, диагностика.
99. Эхинококкоз печени: принципы хирургического лечения.
100. Холедохолитиаз: эпидемиология, этиология, классификация, клиника, диагностика.
101. Холедохолитиаз: принципы хирургического лечения.
102. Стриктуры внепеченочных желчных протоков: эпидемиология, этиология, классификация, клиника, диагностика.
103. Опухоли внепеченочных желчных протоков: хирургические принципы лечения.
104. Абсцессы печени: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
105. История появления колопроктологии как отдельной науки. Этапы становления государственного научного центра колопроктологии. Роль московской школы колопроктологии под руководством А.Н.Рыжих. Роль куйбышевской школы колопроктологии под руководством А.М.Аминева. Перспективы развития отечественной колопроктологии.
106. Структура колопроктологической службы в амбулаторно-поликлиническом звене.

- Структура колопроктологического стационара. Особенности организации экстренной колопроктологической помощи. Консолидация онкологической и колопроктологической служб в лечении больных с опухолевыми заболеваниями толстой кишки и перианальной области. Классификация болезней по МКБ-10.
107. Анатомо-топографические ориентиры расположения толстой кишки. Отделы толстой кишки и особенности их расположения. Строение стенки толстой кишки на разных уровнях. Особенности кровоснабжения и лимфатического оттока толстой кишки и влияние их на распространение злокачественных новообразований.
 108. Анатомо-топографические ориентиры промежности. Анатомия тазового дна. Границы анального канала. Сфинктер прямой кишки, особенности строения и связь с мышцами тазового дна.
 109. Лучевые методы диагностики. Эндоскопические методы диагностики. Морфологическая диагностика заболеваний толстой кишки.
 110. Этиопатогенез геморроя. Клинические проявления и классификация геморроя. Диагностика геморроя. Осложненное течение геморроя. Консервативное лечение геморроя. Оперативное лечение геморроя. Малоинвазивные методы лечения геморроя.
 111. Этиопатогенез анальной трещины. Клинические проявления и классификация анальной трещины. Диагностика анальной трещины. Осложненное течение анальной трещины. Консервативное лечение анальной трещины. Оперативное лечение анальной трещины. Малоинвазивные методы лечения анальной трещины.
 112. Острый парапроктит (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). Осложнения острого парапроктита.
 113. Хронический парапроктит - свищи прямой кишки (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение).
 114. Этиопатогенез эпителиального копчикового хода. Клиническая картина и методы диагностики. Хирургическая тактика при осложненном и неосложненном течении эпителиального копчикового хода.
 115. Этиология и механизмы формирования недостаточности анального сфинктера. Методы диагностики и классификация. Методы консервативной терапии недостаточности анального сфинктера. Хирургическое лечение инконтиненции.
 116. Вопросы этиопатогенеза заболеваний кожи перианальной области. Клинические проявления и классификация анального зуда. Методы лечения заболеваний перианальной области.
 117. Этиопатогенез ректоцеле. Клиническая картина и классификация ректоцеле. Диагностика ректоцеле. Совместное ведение и обследование женщин с ректоцеле, выявление сопутствующей гинекологической патологии. Методы консервативной терапии ректоцеле. Хирургическое лечение ректоцеле.
 118. Вопросы этиопатогенеза и особенностей формирования ректовагинальных свищей. Клинические проявления и классификация ректовагинальных свищей. Методы инструментальной диагностики ректовагинального свища. Планирование объема оперативного вмешательства при разных видах ректовагинальных свищей. Техника хирургического вмешательства при ректовагинальном свище. Показания к наложению колостомы.
 119. Патогенез и классификация выпадений прямой кишки. Методы консервативной терапии выпадений прямой кишки. Хирургическое лечение выпадений прямой кишки.
 120. Наиболее частые механизмы травмы прямой кишки. Диагностическая тактика хирурга при выявлении инородного тела прямой кишки. Методы инструментальной диагностики повреждений прямой кишки. Хирургическое лечение повреждений прямой кишки, показания к наложению колостомы.
 121. Механизмы формирования дивертикулярной болезни толстой кишки. Диагностическая тактика хирурга при выявлении дивертикулов толстой кишки. Методы инструментальной диагностики осложненного течения дивертикулярной болезни

- толстой кишки. Хирургическое лечение дивертикулярной болезни толстой кишки, показания к наложению колостомы.
122. Доброкачественные новообразования толстой кишки (неопластические полипы). Клиника и диагностика. Лечение больных с одиночными полипами. Лечение больных с множественными полипами. Лечение больных с ворсинчатыми аденомами. Семейный аденоматоз толстой кишки. Синдром Гарднера. Синдром Олфилда. Синдром Тюрко. Синдром Золингера-Эллисона. Синдром Пейтца-Канада. Синдром Кронкайт-Канада. Диагностические методы выявления рака толстой кишки. Алгоритм диагностических мероприятий. Тактика колопроктолога в отношении больных группы риска. Классификация неэпителиальных опухолей толстой кишки. Алгоритм диагностических мероприятий. Тактика колопроктолога при выявлении неэпителиальной опухоли толстой кишки.
 123. Предоперационная подготовка колопроктологических больных. Общие принципы послеоперационного ведения больных колопроктологического профиля. Тактика колопроктолога при выявлении послеоперационных осложнений. Основные виды брюшно-полостных операций при неопухолевых заболеваниях толстой кишки. Техника выполнения вмешательств. Возможные послеоперационные осложнения и методы их лечения.
 124. Принципы эндоскопических хирургических вмешательств при лечении больных колопроктологического профиля. Техника выполнения вмешательств. Эндохирургические принципы лечения неопухолевых заболеваний толстой кишки.
 125. Возможности эндоскопических методов исследования в стационаре и в амбулаторных условиях.
 126. Подготовка плановых и экстренных больных к различным эндоскопическим исследованиям и вмешательствам.
 127. Оформление протокола эндоскопического исследования.
 128. Правильная эксплуатация и хранение эндоскопических аппаратов. Причины быстрых поломок.
 129. Показания и противопоказания к жесткой и фиброволоконной эндоскопии.
 130. Эндоскопическая семиотика основных заболеваний средостения.
 131. Диагностика лимфопролиферативных заболеваний
 132. Мts поражение лимфатических узлов. Биопсия.
 133. Показания и противопоказания к выполнению различных лечебных вмешательств при торакоскопии.
 134. Медиастиноскопия.
 135. Атипичная резекция легкого
 136. Эзофагоскопия (показания и противопоказания к жесткой и фиброволоконной эндоскопии).
 137. Эндоскопическая семиотика основных заболеваний пищевода
 138. Эзофагиты, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
 139. Удаление инородных тел из пищевода.
 140. Остановка кровотечения из эрозий и варикозно-расширенных вен.
 141. Показания и противопоказания к выполнению различных лечебных вмешательств при кровотечении. Показания и противопоказания к эзофагогастроуденоскопии (ЭГДС).
 142. Подготовка к ЭГДС, способы обезболивания эндоскопического исследования.
 143. Осложнения ЭГДС. Их профилактика и лечение. Методика выполнения ЭГДС.
 144. Методика выполнения биопсии различными способами.
 145. Рак желудка. Его эндоскопическая диагностика.
 146. Эндоскопическая диагностика раннего рака желудка. Преимущества диагностики в ранней стадии.
 147. Эндоскопическая диагностика гастритов

148. Эндоскопическая диагностика язв желудка.
149. Эндоскопическая диагностика доброкачественных эпителиальных и неэпителиальных опухолей.
150. Гастродуоденальные кровотечения.
151. Показания и противопоказания к эндоскопическому лечению. Способы остановки гастродуоденальных кровотечений.
152. Эндоскопическая диагностика и лечение больных с инородными телами желудка.
153. Эндоскопическая диагностика язвы луковицы 12-перстной кишки и ее осложнений.
154. Показания, противопоказания и подготовка больных к ЭРПХГ.
155. Методика выполнения ЭРПХГ, аппаратура и инструментарии. Осложнения ЭРПХГ.
156. Эндоскопическая семиотика заболеваний 12-перстной кишки и большого дуоденального соска.
157. Показания и противопоказания к ректоскопии. Методика выполнения.
158. Эндоскопическая семиотика заболеваний прямой кишки.
159. Сигмоскопия. Показания и противопоказания
160. Эндоскопическая семиотика заболеваний сигмовидной кишки и прямой кишки.
161. Эндоскопическая диагностика полипов.
162. Эндоскопическая диагностика болезни Крона.
163. Эндоскопическая диагностика неспецифического язвенного колита.
164. Возможности колоноскопии в выявлении причины толстокишечной непроходимости.
165. Неудачи, ошибки и осложнения во время колоноскопии, их причина и профилактика
166. Показания и противопоказания к бронхоскопии.
167. Методика диагностической бронхоскопии.
168. Методика лечебной бронхоскопии при обструктивном бронхите.
169. Эндоскопическая диагностика бронхитов.
170. Эндоскопическая диагностика туберкулеза бронхов
171. Эндоскопическая диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей трахеобронхиального дерева.
172. Показания и противопоказания к лапароскопии.
173. Лапароскопическая диагностика опухолей органов брюшной полости и их метастазов
174. Методика выполнения лапароскопии. Осложнения во время лапароскопии и способы их предупреждения.
175. Эндоскопическая диагностика заболеваний печени.
176. Эндоскопическая диагностика заболеваний желчного пузыря.
177. Эндоскопическая диагностика заболеваний поджелудочной железы.
178. Эндоскопическая диагностика заболеваний матки и ее придатков
179. Лапароскопическая диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости
180. Лапароскопическая диагностика травматических повреждений органов брюшной полости.
181. Лечебная лапароскопия.
182. Освоение эндоскопической полипэктомии из желудка.
183. Освоение полипэктомии из толстой кишки.
184. Проведение зонда для питания у послеоперационного больного.
185. Бужирование пищевода.
186. Дренирование желчного пузыря и брюшной полости.
187. Освоение методики папиллосфинктеротомии.
188. Эндоскопические исследования, выполняемые в амбулаторных условиях.
189. Лечебные вмешательства, выполняемые в амбулаторных условиях.
190. Преимущества амбулаторного обследования больных.
191. Взятие материала для морфологического исследования.

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

Этап: проведение текущего контроля успеваемости по модулю дисциплин

Методические рекомендации по проведению основных видов учебных занятий

При изучении дисциплин используются следующие основные методы и средства обучения, направленные на повышение качества подготовки аспирантов путем развития у аспирантов творческих способностей и самостоятельности:

- Контекстное обучение – мотивация аспирантов к усвоению знаний путем выявления связей между конкретными знаниями и его применением.
- Проблемное обучение – стимулирование аспирантов к самостоятельному приобретению знаний, необходимых для решения конкретной проблемы.
- Обучение на основе опыта – активизация познавательной деятельности аспиранта за счет ассоциации и собственного опыта с предметом изучения.
- Индивидуальное обучение – выстраивание аспирантами собственной образовательной траектории на основе формирования индивидуальной программы с учетом интересов аспирантов.

Междисциплинарное обучение – использование знаний из разных областей, их группировка и концентрация в контексте решаемой задачи.

Лекции являются одним из основных методов обучения по дисциплинам, направленным на подготовку к кандидатскому экзамену, которые должны решать следующие задачи:

- изложить основной материал программы курса;
- развить у аспирантов потребность к самостоятельной работе над учебником и научной литературой.

Главной задачей каждой лекции является раскрытие сущности темы и анализ ее основных положений. Содержание лекций определяется рабочей программой курса. Крайне желательно, чтобы каждая лекция охватывала и исчерпывала определенную тему курса и представляла собой логически вполне законченную работу. Лучше сократить тему, но не допускать перерыва ее на таком месте, когда основная идея еще полностью не раскрыта. Привлечение графического и табличного материала на лекции позволит более объемно изложить материал.

Целью *практических занятий* является:

- закрепление теоретического материала, рассмотренного аспирантами самостоятельно;
- проверка уровня понимания аспирантами вопросов, рассмотренных самостоятельно по учебной литературе, степени и качества усвоения материала аспирантами;
- восполнение пробелов в пройденной теоретической части курса и оказание помощи в его усвоении.

В начале очередного занятия необходимо сформулировать цель, поставить задачи. Аспиранты выполняют задания, а преподаватель контролирует ход их выполнения путем устного опроса, проверки тестов, проверки ситуационных задач.

Методические рекомендации по организации самостоятельной работы аспирантов

Целью самостоятельной работы аспирантов является формирование способностей к самостоятельному познанию и обучению, поиску литературы, обобщению, оформлению и представлению полученных результатов, их критическому анализу, поиску новых неординарных решений, аргументированному отстаиванию своих предложений, умений подготовки выступлений и ведения дискуссий.

Методические рекомендации призваны помочь аспирантам организовать самостоятельную работу при изучении курса: с материалами лекций, практических и семинарских занятий, литературы по общим и специальным вопросам медицинских наук.

Задачами СРС являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании курсовых и выпускной квалификационной работ, для эффективной подготовки к итоговым зачетам и экзаменам.

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется аспирантом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы аспиранта без участия преподавателя являются:

- формирование и усвоение содержания конспекта лекций на базе рекомендованной лектором учебной литературы, включая информационные образовательные ресурсы (электронные учебники, электронные библиотеки и др.);
- подготовка к семинарам, их оформление;
- составление аннотированного списка статей из соответствующих журналов по темам занятий.

Самостоятельная работа аспирантов осуществляется в следующих *формах*:

- подготовка к семинарским занятиям,
- изучение дополнительной литературы и подготовка ответов на вопросы для самостоятельного изучения,
- подготовка к тестированию, решение ситуационных задач,
- написание рефератов

Изучение основной и дополнительной литературы при подготовке к семинарским и практическим занятиям.

В целях эффективного и полноценного проведения таких мероприятий аспиранты должны тщательно подготовиться к вопросам семинарского занятия. Особенно поощряется и положительно оценивается, если аспирант самостоятельно организует поиск необходимой информации с использованием периодических изданий, информационных ресурсов сети ИНТЕРНЕТ и баз данных специальных программных продуктов.

Используйте справочную литературу. Поиск можно продолжить, изучив примечания и сноски в уже имеющихся у Вас в руках монографиях, статьях.

Работая с литературой по теме семинара, делайте выписки текста, содержащего характеристику или комментарий уже знакомого Вам источника. После чего вернитесь к тексту документа (желательно полному, без купюр) и проведите его анализ уже в контексте изученной исследовательской литературы.

Возникающие на каждом этапе работы мысли следует записывать. Анализ документа следует сделать составной частью проработки вопросов семинара и выступления аспиранта на занятии. Общее знание проблемы, обсуждаемой на семинарском занятии, должно сочетаться с глубоким знанием источников.

Следует составить сложный план, схему ответа на каждый вопрос плана семинарского занятия. Проверить себя можно, выполнив тесты.

Методические рекомендации по оцениванию устного опроса

Оценки «*аттестован*» заслуживает аспирант, при устном ответе которого:

- содержание раскрывает тему задания;
- материал изложен логически последовательно;
- убедительно доказана практическая значимость.

Оценка «*не аттестован*», выставляется аспиранту, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала по теме опроса.

Методические рекомендации по оцениванию тестового задания

Целью тестовых заданий является контроль и самоконтроль знаний по предмету. Кроме того, тесты ориентированы на закрепление изученного материала. Тестовые задания составляются таким образом, чтобы проверить знания по разным разделам дисциплины, а также стимулировать познавательные способности аспирантов. Большая часть вопросов базируется на содержании курса в ходе изучения дисциплины.

Выполнение тестовых заданий увеличивает быстроту усвоения материала, развивает четкость и ясность мышления, внимательность.

Рекомендации по оцениванию результатов тестирования

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	70 – 79%
Удовлетворительно	60 – 69%
Неудовлетворительно	Менее 60%

Методические рекомендации по написанию реферата

Реферат – форма письменной работы, которую рекомендуется использовать аспирантам в ходе занятий. Он представляет собой краткое изложение содержания научных трудов, учебной и справочной литературы по определенной научной теме. Объем реферата, как правило, составляет 18–20 страниц компьютерного текста. Подготовка реферата подразумевает самостоятельное изучение аспирантом определенного количества источников (первоисточников, научных монографий и статей и т.п.) по определенной теме, не рассматриваемой подробно на лекции, систематизацию материала и краткое его изложение.

Цель написания реферата – привитие навыков краткого и лаконичного представления собранных материалов и фактов в соответствии с общим требованиями по написанию рефератов:

- членение материала по главам или разделам; выделение введения и заключительной части;
- лаконичное и систематизированное изложение материала;
- выделение главных, существенных положений, моментов темы;
- логическая связь между отдельными частями;
- выводы и обобщения по существу рассматриваемых вопросов;
- научный стиль изложения: использование философских и научных терминов и стандартных речевых оборотов. Не следует употреблять риторические вопросы и обращения, обыденную и жаргонную лексику, публицистические выражения;
- список использованной литературы (10–15 источников).

Качество работы оценивается по следующим критериям: самостоятельность выполнения; уровень эрудированности автора по изучаемой теме; выделение наиболее существенных сторон научной проблемы; способность аргументировать положения и обосновывать выводы; четкость и лаконичность в изложении материала;

дополнительные знания, полученные при изучении литературы, выходящей за рамки образовательной программы. Очень важно иметь собственную доказательную позицию и понимание значимости анализируемой проблемы.

Критерии оценивания реферата

Результаты контроля знаний в форме проверки реферата оцениваются по двухбалльной шкале с оценками:

- «зачтено»;
- «не зачтено».

Дескриптор компетенции	Оценка	Критерий оценивания
Знает	Зачтено	реферат демонстрирует знания аспиранта хотя бы о некоторых современных научных достижениях, их некоторых чертах; аспирант имеет определенное представление о методах генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях
	Не зачтено	реферат не демонстрирует знания аспиранта хотя бы о некоторых современных научных достижениях, их некоторых чертах; аспирант не имеет определенное представление о методах генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях
Умеет	Зачтено	реферат демонстрирует использование аспирантом хотя бы некоторых современных научных достижений, их некоторых черт; аспирант имеет представление о методах генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях
	Не зачтено	реферат не демонстрирует использование аспирантом хотя бы некоторых современных научных достижений, их некоторых черт; аспирант не имеет представления о методах генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях
Владеет	Зачтено	реферат демонстрирует, что аспирант владеет знаниями хотя бы о некоторых современных научных достижениях, их некоторых чертах; аспирант имеет определенное представление о методах генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях
	Не зачтено	реферат демонстрирует, что аспирант не владеет знаниями хотя бы о некоторых современных научных достижениях, их некоторых чертах; аспирант не имеет определенное представление о методах генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

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

Критерии оценки результатов решения задач

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

Этап: проведение промежуточной аттестации по модулю дисциплин

Методические рекомендации по подготовке к кандидатскому экзамену

Организация и проведение кандидатских экзаменов в СурГУ регламентируется следующими документами:

- Постановлением Правительства Российской Федерации от 24.09.2013 г. № 842 «О порядке присуждения ученых степеней»,
- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 28.03.2014 г. №247 «Порядок прикрепления лиц для сдачи кандидатских экзаменов, сдачи кандидатских экзаменов и их перечень»;
- Письмом Министерства образования и науки Российской Федерации от 28 октября 2014 г. №13-4139 «О подтверждении результатов кандидатских экзаменов»,
- СТО-2.12.11 «Порядок проведения кандидатских экзаменов».

Кандидатские экзамены являются формой промежуточной аттестации аспирантов и лиц, прикрепленных для сдачи кандидатских экзаменов (экстернов) без освоения основных профессиональных образовательных программ высшего образования подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре, их сдача обязательна для присуждения ученой степени кандидата наук.

Цель кандидатского экзамена по специальности 14.01.17 Хирургия состоит в проверке приобретенных аспирантами и соискателями ученой степени кандидата наук знаний, касающихся важнейших проблем общей хирургии, истории хирургии, методологии медицинской науки. Экзамен также ставит целью установить глубину профессиональных знаний соискателя ученой степени кандидата медицинских наук, уровень подготовленности к самостоятельной научно-исследовательской работе.

К экзамену допускаются аспиранты и соискатели, не имеющие задолженности по дисциплинам учебного плана на момент сдачи экзамена.

Аспирант, не сдавший кандидатский экзамен по специальности, не считается завершившим обучение в аспирантуре.

Экзамен по специальности включает обсуждение двух теоретических вопросов и собеседование по теме диссертации (третий вопрос) в соответствии с программой кандидатского экзамена, утверждённой проректором по УМР СурГУ, в соответствии с «Порядком проведения кандидатского экзамена» (СТО-2.12.11-15), принятого Ученым Советом СурГУ 18 июня 2015 года, протокол № 6.

Для успешной сдачи экзамена аспиранту необходимо выполнить несколько требований:

1) регулярно посещать аудиторные занятия по дисциплине; пропуск занятий не допускается без уважительной причины;

2) в случае пропуска занятия аспирант должен быть готов ответить на экзамене на вопросы преподавателя, взятые из пропущенной темы;

3) аспирант должен точно в срок сдавать письменные работы на проверку и к следующему занятию удостовериться, что они зачтены;

4) готовясь к очередному занятию по дисциплине, аспирант должен прочитать соответствующие разделы в учебниках, учебных пособиях, монографиях и пр., рекомендованных преподавателем в программе дисциплины, и быть готовым продемонстрировать свои знания; каждое участие аспиранта в обсуждении материала на практических занятиях отмечается преподавателем и учитывается при ответе на экзамене.

Критерии оценки кандидатского экзамена

Экзамен является неотъемлемой частью учебного процесса и призван закрепить и упорядочить знания аспиранта, полученные на занятиях и самостоятельно. На проведение экзамена отводятся часы занятий по расписанию.

Сдаче экзамена предшествует работа аспиранта на лекционных, практических занятиях и самостоятельная работа по изучению предмета и подготовки рефератов.

Отсутствие аспиранта на занятиях без уважительной причины и невыполнение заданий самостоятельной работы является основанием для недопущения аспиранта к экзамену.

Подготовка к экзамену осуществляется на основании методических рекомендаций по дисциплине и списка вопросов изучаемой дисциплины, конспектов лекций, учебников и учебных пособий, научных статей, информации среды интернет.

Экзамен оценивается по четырехбалльной шкале с оценками: «отлично»; «хорошо»; «удовлетворительно»; «неудовлетворительно».

Экзаменуемый получает оценку «отлично», если он успешно справляется со всеми заданиями, предложенными в билете; демонстрирует отличное знание теоретического материала; хорошо ориентируется в положениях своего научного исследования.

В случае наличия небольших несоответствий при изложении теоретического материала экзаменующийся получает оценку «хорошо». Экзаменующийся должен хорошо ориентироваться в основных положениях своего научного исследования.

При недостаточной адекватности раскрытия теоретических вопросов ответ экзаменующегося оценивается отметкой «удовлетворительно». Экзаменующийся должен ориентироваться в основных положениях своего научного исследования.

Экзаменующийся получает оценку «неудовлетворительно», если он не справляется с заданиями билета, демонстрирует плохое владение теоретическим материалом или отказывается отвечать на экзаменационные вопросы, не может обсуждать основные положения своего научного исследования.

Получение положительной оценки («отлично», «хорошо», «удовлетворительно») позволяет сделать вывод о достаточной сформированности следующих компетенций: ПК 2, ПК-3, ПК-4, ОПК-3, ОПК-4.