

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

УТВЕРЖДЕНО

на заседании Методического Совета
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова
« 4 » апреля 2022 г., протокол № 75
Проректор по учебной работе,
председатель Методического Совета
_____ **А.И. Яременко**

Рабочая программа

По	Общей хирургии	_____
		(наименование дисциплины)
для	Лечебное дело – 31.05.01	_____
специальности		(наименование и код специальности)
Факультет	лечебный	_____
		(наименование факультета)
Кафедра	Хирургии общей с клиникой	_____
		(наименование кафедры)

**Санкт-Петербург
2022**

Рабочая программа составлена в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по направлению подготовки **лечебное дело, 31.05.01**, утвержденного приказом Минобрнауки России от 12 августа 2020 г. № 988 и учебным планом

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры хирургии общей с клиникой «23» марта 2022 г., протокол №8

Заведующий кафедрой хирургии общей с клиникой

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

(подпись)

В.П.Морозов
(расшифровка фамилии И. О.)

Рабочая программа одобрена цикловой методической комиссией по хирургическим дисциплинам
«24» марта 2022 г., протокол №3.

Председатель цикловой методической комиссии

Профессор, д.м.н. _____ В.П.Морозов

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели и задачи дисциплины	4
2. Планируемые результаты обучения по дисциплине:	4
3. Место дисциплины в структуре образовательной программы	8
4. Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся.....	8
5 Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий.....	9
5.1 Учебно-тематическое планирование дисциплины	9
5.2 Содержание по темам (разделам) дисциплины.....	10
6. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине	18
7. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине:	21
7.1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и количества академических часов для проведения занятий клинического практического типа по темам (разделам)	21
7.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания	24
7.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования знаний, умений, навыков и опыта деятельности.....	26
7.4 Методические материалы и методика, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций	60
7.4.1. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности	61
8. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины.....	61
9. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети Интернет, необходимых для освоения дисциплины	64
10. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины	64
10.1. Характеристика особенностей технологий обучения в Университете	64
10.2 Особенности работы обучающегося по освоению дисциплины «_общая хирургия_».....	65
10.3 Методические указания для обучающихся по организации самостоятельной работы в процессе освоения дисциплины.....	65
10.4 Методические указания для обучающихся по подготовке к занятиям.....	66
11. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем	84
12. Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Общая хирургия».....	84

1. Цели и задачи дисциплины

Цель дисциплины – обучить студентов пропедевтике хирургических болезней и основам общей хирургической патологии, общим принципам диагностики и лечения общих хирургических заболеваний (в том числе ургентных) и основам клинического мышления и профессиональным умениям, которые необходимы для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности по медицинским специальностям. Курс общей хирургии включает основные, наиболее часто встречающиеся нозологические формы хирургических болезней группы «острого живота».

Задачами дисциплины являются:

- дать знания асептики и антисептики;
- дать основные понятия, классификации, этиологию и патогенез раневого процесса, некробиотических процессов, ожогов и отморожений
- обучить основам диагностик, классификаций и проведения временных и окончательных способов остановки кровотечения при кровотечениях различной этиологии
- вооружить обучающихся вопросами медицинской этики и деонтологии, уметь выяснять жалобы больного;
- научить студентов алгоритму и навыкам проведения физикального обследования хирургического больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
- научить студентов алгоритм составления плана обследования хирургического больного постановки показаний к хирургическому лечению
- обучение студентов проведению диагностики заболеваний и патологических состояний при оказании плановой, неотложной медицинской помощи и при травматических повреждениях;
- вырабатывать у студентов навыки оказания первой медицинской помощи на месте с определением вида транспортировки больного по назначению;
- знать основы анестезиологии и реанимации;
- обучить студентов методам диагностики повреждений и отдельных хирургических заболеваний,
- освоить выполнение туалета раны, наложения повязок,
- научиться выполнять транспортную иммобилизацию, обследовать хирургического больного;
- дать понятия об основных гнойно-септических заболеваниях мягких тканей: диагностика, классификация, лечение.
- освоить показания к применению методов экстра- и интракорпоральной детоксикации при гнойно-септических состояниях
- вооружить студентов знаниями об основах онкологии: принципах диагностики и комплексного лечения онкологических заболеваний
- сформировать представления об этиопатогенезе, клинике и течении заболеваний, входящих в программу курса, и о диагностической и лечебной тактике.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине:

Студент, освоивший программу дисциплины «**общая хирургия**», должен обладать общепрофессиональными компетенциями:

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Код компетенции	Индикаторы достижения компетенции	Оценочные средства
ОПК-4	ИД-1 Применяет медицинские изделия при диагностических исследованиях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи
	ИД-2 Применяет методы диагностики, в том числе с применением инструментальных методов, при проведении обследования пациента с целью установления диагноза	опрос, тестовые задания, ситуационные
	ИД-3 Обоснованно применяет медицинские изделия при решении диагностических задач	опрос, тестовые задания, ситуационные
ОПК-7	ИД-1 Назначать лечение с использованием медикаментозных препаратов, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	опрос, тестовые задания, ситуационные
	ИД-2 Поставить показания к оперативному лечению, согласно алгоритмам лечения острых хирургических заболеваний	опрос, тестовые задания, ситуационные
	ИД-3 Осуществить контроль эффективности и безопасности проводимого лечения с использованием лабораторных и инструментальных методов.	опрос, тестовые задания, ситуационные

Студент, освоивший программу дисциплины «**общая хирургия**», должен обладать профессиональными компетенциями:

ПК-1 Способен оценивать состояние пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах. Способен распознавать состояния, возникающие при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме

ПК-5 Способен применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах

ПК-6 Способен собирать жалобы, анамнез жизни и заболевания пациента.

Способен проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) Способен формулировать предварительный диагноз и составлять план лабораторных и инструментальных обследований пациента

ПК-7 Способен направлять пациента на лабораторное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.

Способен направлять пациента на инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи

Способен направлять пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи

Способен направлять пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,

клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи

ПК-9 Способен разрабатывать план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи

ПК-10 Способен назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи

ПК-11 Способен оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения

Код компетенции	Индикаторы достижения компетенции	Оценочные средства
ПК-1	ИД-1 Использует физикальные методы исследования для оценки состояния пациента	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи
	ИД-2 Использует лабораторные методы исследования для оценки состояния пациента	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи
	ИД-3 Использует инструментальные методы исследования для оценки состояния пациента	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи
ПК-5	ИД-1 Применяет медицинские изделия при оказании экстренной медицинской помощи в экстренной или неотложной формах	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи
	ИД-2 Применяет медикаментозные препараты при оказании экстренной медицинской помощи в экстренной или неотложной формах	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи
ПК-6	ИД-1 Собирает анамнез заболевания (anamnesis morbi) и жизни (anamnesis vitae) пациента при оказании экстренной медицинской помощи в экстренной или неотложной формах	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи, история болезни
	ИД-2 Проводит физикальный осмотр пациента при оказании экстренной медицинской помощи в экстренной или неотложной формах	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи, история болезни
	ИД-3 Формулирует предварительный диагноз при оказании экстренной медицинской помощи в экстренной или неотложной формах	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи, история болезни
	ИД-4 Составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента при оказании экстренной медицинской помощи в экстренной или неотложной формах	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи, история болезни
ПК-7	ИД-1 Направляет пациента на лабораторное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (прото-	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи

	колами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	
	ИД-2 Направляет пациента на инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи
	ИД-3 Направляет пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи
	ИД-4 Направляет пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи
ПК-9	ИД-1 Разрабатывает план лечения заболевания с учетом диагноза в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи
	ИД-2 Разрабатывает план лечения заболевания с учетом клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи
	ИД-3 Разрабатывает план лечения заболевания с учетом возраста в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи
ПК-10	ИД-1 Назначает лекарственные препараты с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи
	ИД-2 Назначает лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи	

	помощи с учетом стандартов медицинской помощи	
	ИД-3 Назначает медицинские изделия с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи
ПК-11	ИД-1 Оценивает эффективность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи
	ИД-2 Оценивает безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	опрос, тестовые задания, ситуационные задачи

3. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «общая хирургия» относится к блоку 1 базовой части учебного плана.

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

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	семестр	
		V	VI
Аудиторные занятия (всего)	120	72	58
В том числе:			
Лекции (Л)	10	4	6
Семинары (С)	112	64	48
Клинические практические занятия (КПЗ)	-		
Самостоятельная работа (всего)	58	40	18
Вид промежуточной аттестации	зачёт экзамен	зачет	экзамен 36
Общая трудоемкость	часы	216	108
	зачетные единицы	6	3
		108	36

5. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

5.1 Учебно-тематическое планирование дисциплины

Наименование темы	Контактная работа, академ. ч		Самостоятельная работа	Всего
	Лекции	Практика		
Введение в хирургию, история кафедры общей хирургии.	2		0	2
Антисептика.		8	6	14
Методика обследования хирургического больного. Хирургическая операция.		12	12	24
Раны. Понятие о раневом процессе. Огнестрельные раны.	2	16	8	26
Кровотечения. Острые желудочно-кишечные кровотечения		16	8	24
Поражения мягких тканей. Омертвения, язвы, ожоги, отморожения		12	6	18
Итого за V семестр	4	64	40	108
Острая гнойная хирургическая инфекция	2			2
Острый аппендицит	2			2
Острая гнойная хирургическая инфекция		4		4
ОГХИ мягких тканей	2	4	2	8
Панариций. Остеомиелит		4	2	6
Некротизирующая инфекция. Сепсис.		8	2	10
Острый аппендицит		4	1	5
Острый холецистит		4	1	5
Острый панкреатит		4	2	6
Острая кишечная непроходимость, ущемлённые грыжи		4	2	6

Наименование темы	Контактная работа, академ. ч		Самостоятельная работа	Всего
	Лекции	Практика		
Ущемлённые грыжи		4	2	6
Перфоративная язва		4	2	6
Перитонит		4	2	6
Итого за VI семестр	6	48	18	72
Промежуточная аттестация - экзамен				36
ИТОГО	10	112	58	216

5.2 Содержание по темам (разделам) дисциплины

№ п/п	Наименование темы (раздела) дисциплины*	Содержание темы (раздела)	Формируемые компетенции
1.	ВВЕДЕНИЕ В ХИРУРГИЮ	<p>Понятие о хирургии и хирургических болезнях. Понятие о хирургии и хирургической операции. Хирургические болезни – заболевания, при которых хирургическое лечение является основным. Виды хирургической патологии: повреждения, врожденные, приобретенные заболевания.</p> <p>Краткая история хирургии. Хирургия Древнего мира и Средних веков – хирургия «наружных» болезней. Открытие хирургического обезболивания. Открытие антисептики и асептики. Начало современной хирургии внутренних органов. Становление научной хирургии на основе фундаментальных открытий естественных наук. Дифференциация хирургических специальностей. История Российской хирургии. Крупнейшие Российские хирургические школы. Организация современной специализированной хирургии.</p> <p>Современное состояние хирургии. Современная хирургия – научно обоснованная область медицинского знания. Современные медицинские специальности хирургического профиля. Место хирургии в современной медицине. Современная</p>	ОПК-4 ИД-1, ИД-2, ИД-3

		<p>хирургическая литература. Использование элементов хирургии в других медицинских специальностях.</p> <p>Организация хирургической службы. Роль хирургии в системе современного здравоохранения. Основные хирургические учреждения. Хирургические отделения поликлиник. Общехирургический стационар. Специализированные (профилированные) хирургические стационары. Хирургические научно-исследовательские институты. Система обучения хирургии. Научные общества хирургов. Роль хирургического общества Н.И.Пирогова в развитии отечественной медицины.</p> <p>Хирургическая документация. Амбулаторная карта и карта стационарного больного – их лечебное, научное и юридическое значение. Другая хирургическая документация. Компьютерная регистрация полученных данных.</p> <p>Хирургическая деонтология. Понятие о деонтологии. Деонтология, как необходимый и обязательный элемент хирургической деятельности.</p>	
2.	Антисептика	<p>Антисептика. Понятие об антисептике. Виды антисептики по цели проведения, по уровню и глубине воздействия, по действующему агенту. Механическая антисептика. Комплекс хирургической обработки ран. Дренирование ран. Физическая антисептика (высушение, облучение раны, применение гипертонических растворов, гигроскопических материалов и др.). Гнотобиологическая изоляция в хирургии. Гипербарическая оксигенация и другие физиотерапевтические методы. Химическая антисептика. Основные группы антисептических средств и механизм их действия. Антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны. Основы рациональной антисептической химиотерапии. Способы и методы антибиотикотерапии. Биологическая антисептика. Методы воздействия на иммунные силы организма. Пассивная и активная иммунизация. Энзимотерапия хирургической инфекции.</p>	<p>ОПК-4 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p>
3	Методика обследования хирургического больного. Хирургическая операция. Послеоперационный период	<p>Предоперационный период. Обследование больного. Организация и последовательность проведения диагностических исследований. Показания к операции в плановой и экстренной хирургии. Абсолютные и относительные показания к операции. Понятие о противопоказаниях к операции. Оценка операционного риска, пути его снижения. Подготовка больного к операции. Цели подготовки. Деонтологическая подготовка. Медикаментозная и физическая подготовка больного. Роль</p>	<p>ОПК-4 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ОПК-7 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-1 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-6 ИД-1, ИД-2, ИД-3,</p>

		<p>физической подготовки в профилактике послеоперационных инфекционных осложнений. Подготовка полости рта, подготовка желудочно-кишечного тракта, кожных покровов. Выбор обезболивания и подготовка к нему. Подготовка к экстренным операциям.</p> <p>Период операции. Понятие о хирургической операции. Виды хирургических операций: плановые, срочные, экстренные, радикальные и паллиативные. Типы операций: с удалением патологического очага, восстановительные (реконструктивные) и пластические операции. Элементы хирургической операции: анестезия, разъединение тканей, остановка кровотечения, удаление инородного тела или патологически измененных тканей, соединение тканей, дренирование операционной раны.</p> <p>Подготовка к операции операционных помещений и оборудования. Операционный стол, положение больного на нем. Аппарат для диатермокоагуляции, «электронож», «лазерный скальпель». Электроотсосы. Централизованное газоснабжение операционного зала (кислород, закись азота, вакуум). Распределение обязанностей между всеми участками операции в период анестезии и операции. Контроль за состоянием больного во время операции.</p> <p>Послеоперационный период. Лечение больного в отделении (палате) интенсивной терапии. Оценка общего состояния больного и состояния его основных функциональных систем. Мониторные системы. Клиническое наблюдение за больным.</p> <p>Наблюдение за состоянием сознания, нервно-мышечной активности, дыхания, кровообращения, органов пищеварения и мочеотделения. Наблюдение за областью хирургического вмешательства. Диагностика осложнений в области раны и дренажей: послеоперационное кровотечение, эвентрация, нагноение раны – первая помощь и лечение. Местное лечение операционной раны. Проведение общехирургического лечения. Послеоперационный режим, диета, медикаментозная терапия и парентеральное питание, физиотерапия и лечебная физкультура. Лабораторный и функционально-диагностический контроль за состоянием основных функциональных систем организма. Осложнения послеоперационного периода. Понятие о реабилитации после хирургического лечения.</p>	<p>ИД-4</p> <p>ПК-7 ИД-1, ИД-2, ИД-3, ИД-4</p> <p>ПК-9 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p>
4	<p>Раны. Понятие о раневом процес-</p>	<p>Раны и раневой процесс. Определение раны и симптоматика раны. Виды ран. Классификации ран по виду, степени инфицированности, по от-</p>	<p>ОПК-4 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p>

	сии. Огнестрельная рана	ношению к полостям тела. Понятие об одиночных, множественных, сочетанных и комбинированных ранах. Фазы течения раневого процесса. Виды заживления ран. Осложнения рубцов. Принципы оказания первой помощи при ранениях. Первичная хирургическая обработка ран, ее виды. Вторичная хирургическая обработка. Закрывание раны методом кожной пластики. Гнойные раны первичные и вторичные. Общие и местные признаки нагноения раны. Лечение гнойной раны в зависимости от фазы течения раневого процесса. Применение протеолитических ферментов. Дополнительные методы обработки гнойных ран. Огнестрельные раны. Классификация, особенности течения, диагностики, первичной хирургической обработки лечения и прогноза огнестрельных ран.	ОПК-7 ИД-1, ИД-2, ИД-3 ПК-1 ИД-1, ИД-2, ИД-3 ПК-5 ИД-1, ИД-2 ПК-9 ИД-1, ИД-2, ИД-3 ПК-10 ИД-1, ИД-2, ИД-3 ПК-11 ИД-1, ИД-2
5	Кровотечения. Острые желудочно-кишечные кровотечения	Гемостаз. Понятие о кровотечении и кровопотере. Классификация кровотечений. Клиническая картина внутреннего и наружного кровотечения. Отдельные виды кровоизлияний и кровотечений. Лабораторная диагностика кровопотери. Значение специальных методов диагностики кровотечения. Оценка тяжести кровопотери и определение ее величины. Спонтанная остановка кровотечения. Понятие о системе коагуляции — антикоагуляции крови. Методы временной остановки кровотечения. Методы окончательной остановки кровотечения. Остановка кровотечения с применением адгезивных средств. Химические методы остановки кровотечения. Биологические методы остановки кровотечения. Осложнения кровотечений. Первая помощь при кровотечениях. Принципы лечения осложнений и последствий кровотечений. Транспортировка больных с кровотечением и кровопотерей. Причины острых кровотечений из ЖКТ. Особенности их диагностики и лечения в зависимости от тяжести и локализации.	ОПК-4 ИД-1, ИД-2, ИД-3 ОПК-7 ИД-1, ИД-2, ИД-3 ПК-1 ИД-1, ИД-2, ИД-3 ПК-5 ИД-1, ИД-2 ПК-6 ИД-1, ИД-2, ИД-3, ИД-4 ПК-9 ИД-1, ИД-2, ИД-3 ПК-10 ИД-1, ИД-2, ИД-3 ПК-11 ИД-1, ИД-2
	Поражения мягких тканей. Омертвения, язвы, ожоги, отморожения	Понятия некроза. Классификация некрозов по причине и по морфологическому типу. Причины развития прямых и циркуляторных некрозов, причины развития коагуляционных и колликвационных некрозов. Виды исходов некрозов. Причины развития и способы лечения трофических язв. Нарушения кровообращения, способные вызвать омертвение. Другие факторы, приводящие к местному (ограниченному или распространенному) омертвлению тканей. Виды омертвения,	ОПК-4 ИД-1, ИД-2, ИД-3 ОПК-7 ИД-1, ИД-2, ИД-3 ПК-1 ИД-1, ИД-2, ИД-3 ПК-5

	<p>местные и общие проявления. Гангрена сухая и влажная. Нарушения артериального кровотока: острые и хронические. Общие принципы клинической и инструментальной диагностики. Оперативное и консервативное лечение. Первая помощь при острых тромбозах и эмболиях артерий. Нарушения венозного кровообращения: острые и хронические. Понятие о флеботромбозе, флебите, тромбофлебите. Понятие об эмболии легочной артерии. Другие заболевания периферических вен и их осложнения. Трофические язвы, принципы оперативного и неоперативного лечения. Первая помощь при острых тромбозах и тромбофлебитах, кровотечении из варикозных язв, эмболии легочной артерии. Пролежни, как частный вид омертвления. Причины возникновения. Динамика развития пролежня. Профилактика пролежней: особенности ухода за больными, длительно пребывающими в постели. Местное лечение пролежней. Значение и характер общих мероприятий в лечении пролежней.</p> <p>Термические поражения. Комбустиология – раздел хирургии, изучающий термические повреждения и их последствия. Классификация ожогов. Распознавание глубины ожогов. Определение площади ожога. Прогностические приемы определения тяжести ожога. Первая помощь при ожогах. Первичная хирургическая обработка ожоговой поверхности: анестезия, асептика, хирургическая техника. Методы лечения местного лечения ожогов.: открытые, закрытые, смешанные. Пересадка кожи. Антимикробная терапия (сульфаниламиды, антибиотики, сыворотки). Амбулаторное лечение ожогов: показания, противопоказания, методы. Восстановительная и пластическая хирургия послеожоговых рубцовых деформаций. Ожоговая болезнь: 4 периода ее развития и течения. Общие принципы инфузионной терапии различных периодов ожоговой болезни, энтерального питания и ухода за больными. Виды лучевых ожогов. Особенности первой помощи при лучевых ожогах. Фазы местных проявлений лучевых ожогов. Лечение лучевых ожогов (первая помощь и дальнейшее лечение) .</p> <p>Травмы от охлаждения. Виды холодовой травмы: общие – замерзание и ознобление; местные – отморожения. Профилактика холодовой травмы в мирное и военное время. Симптомы замерзания и ознобления, первая помощь при них и дальнейшее лечение. Классификация отморожения по степеням. Клиническое течение отморожения: дореактивный и реактивный периоды болезни.</p>	<p>ИД-1, ИД-2 ПК-6 ИД-1, ИД-2, ИД-3, ИД-4</p> <p>ПК-9 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-11 ИД-1, ИД-2</p>
--	---	---

		<p>Первая помощь при отморожениях в дореактивный период. Общее и местное лечение отморожения в реактивный период в зависимости от степени поражения. Общая комплексная терапия пострадавших от холодовой травмы. Профилактика столбняка и гнойной инфекции, питание и особенности ухода. Электротравма. Действие электрического тока на организм человека. Понятие об электропатологии. Местное и общее действие электрического тока. Первая помощь при электротравме. Особенности дальнейшего обследования и лечения местной и общей патологии. Поражения молнией. Местные и общие проявления. Первая помощь. Химические ожоги. Воздействие едких химических веществ на ткани. Особенности местного проявления. Первая помощь при химических ожогах кожи, полости рта, пищевода, желудка. Осложнения и последствия ожогов пищевода.</p>	
	<p>Острая гнойная хирургическая инфекция</p>	<p>Основы гнойно-септической хирургии. Общие вопросы хирургической инфекции. Понятие о хирургической инфекции. Классификация хирургической инфекции: острая и хроническая гнойная (аэробная), острая анаэробная, острая и хроническая специфическая. Понятие о смешанной инфекции. Местные и общие проявления гнойно-септических заболеваний. Гнойно-резорбтивная лихорадка. Особенности асептики в гнойно-септической хирургии. Современные принципы профилактики и лечения гнойных заболеваний. Местное неоперативное и оперативное лечение. Общие принципы техники оперативных вмешательств. Современные методы обработки гнойного очага и способы послеоперационного ведения. Общее лечение при гнойных заболеваниях: рациональная антибактериальная терапия, иммунотерапия, комплексная инфузионная терапия, гормоно- и ферментотерапия, симптоматическая терапия. Острая аэробная хирургическая инфекция. Основные возбудители. Пути заражения. Патогенез гнойного воспаления. Стадийность развития гнойно-воспалительных заболеваний. Классификация острых гнойных заболеваний. Местные проявления.</p> <p>Острая анаэробная хирургическая инфекция. Понятие о клостридиальной и неклостридиальной анаэробной инфекции. Основные возбудители. Условия и факторы, способствующие возникновению анаэробной гангрены и флегмоны. Инкубационный период. Клинические формы. Комплексная профилактика и лечение клостридиальной анаэробной инфекции. Применение</p>	<p>ОПК-4 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ОПК-7 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-1 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-5 ИД-1, ИД-2</p> <p>ПК-6 ИД-1, ИД-2, ИД-3, ИД-4</p> <p>ПК-7 ИД-1, ИД-2, ИД-3, ИД-4</p> <p>ПК-9 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-10 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-11 ИД-1, ИД-2</p>

гипербарической оксигенации. Предупреждение внутрибольничного распространения анаэробной инфекции. Место неклостридиальной анаэробной инфекции в общей структуре хирургической инфекции. Возбудители. Эндогенная анаэробная инфекция. Частота анаэробной неклостридиальной инфекции. Наиболее характерные клинические признаки: местные и общие. Профилактика и лечение (местное и общее) анаэробной хирургической инфекции.

Острая специфическая инфекция. Понятие о специфической инфекции. Основные заболевания: столбняк, сибирская язва, бешенство, дифтерия ран. Столбняк – острая специфическая анаэробная инфекция. Пути и условия проникновения и развития столбнячной инфекции. Инкубационный период. Клинические проявления. Профилактика столбняка: специфическая и неспецифическая. Значение ранней диагностики столбняка. Комплексное симптоматическое лечение столбняка. Сибирская язва и дифтерия ран: особенности клинической картины, лечение, изоляция больного.

Гнойная хирургия кожи и подкожной клетчатки. Виды гнойных заболеваний кожи: акне, остиофолликулит, фолликулит, фурункул и фурункулез, карбункул, гидрадебнит, рожа, эризипеллоид, околораневые пиодермии. Клиника, особенности течения и лечения. Виды гнойно-воспалительных заболеваний подкожной клетчатки: абсцесс, целлюлит, флегмона. Клиника, диагностика, местное и общее лечение. Возможные осложнения. Гнойные заболевания лимфатических и кровеносных сосудов.

Гнойная хирургия кисти. Понятие о панариции. Виды панариция. Фурункулы и карбункулы кисти. Гнойные тендовагиниты. Гнойные воспаления ладони. Гнойные воспаления тыла кисти. Особые виды панариция. Принципы диагностики и лечения (местного и общего). Профилактика гнойных заболеваний кисти.

Гнойная хирургия клетчаточных пространств. Флегмоны шеи. Аксиллярная и субпекторальная флегмоны. Субфасциальные и межмышечные флегмоны конечностей. Флегмоны стопы. Гнойный медиастинит. Гнойные процессы в клетчатке брюшинного пространства и таза. Гнойный паранефрит. Гнойные и хронические острые парапроктиты. Причины возникновения, симптоматика, диагностика, принципы местного и общего лечения.

Гнойная хирургия железистых органов. Острые и

		<p>хронические гнойные маститы. Симптоматика, профилактика, лечение острого лактационного послеродового мастита. Гнойные заболевания других железистых органов (панкреатит, простатит и др.).</p> <p>Гнойная хирургия костей и суставов. Гнойные бурситы. Гнойные артриты. Причины, клиническая картина, принципы лечения. Остеомиелит. Классификация. Понятие об экзогенном (травматическом) и эндогенном (гематогенном) остеомиелите. Современное представление об этиопатогенезе гематогенного остеомиелита. Симптоматика острого остеомиелита. Понятие о первично-хронических формах остеомиелита. Хронический рецидивирующий остеомиелит. Диагностика различных форм остеомиелита. Принципы общего и местного (оперативного и неоперативного) лечения остеомиелита.</p> <p>Общая гнойная хирургическая инфекция. Понятие о сепсисе. Виды сепсиса. Этиопатогенез. Представление о входных воротах, роли макро- и микроорганизмов в развитии сепсиса. Клинические формы течения и клиническая картина сепсиса. Диагностика сепсиса. Лечение сепсиса: хирургическая санация гнойного очага, общая заместительная и корригирующая терапия.</p>	
	<p>Ургентная абдоминальная хирургия</p>	<p>Острый аппендицит: этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз. Лечение острого аппендицита, эндовидеохирургические технологии в лечении острого аппендицита. Осложнения острого аппендицита (аппендикулярный инфильтрат, абсцессы и др.), особенности хирургической тактики.</p> <p>Этиология, патогенез, клиническая картина острого холецистита. Дифференциальный диагноз. Специальные методы исследования. Осложнения острого холецистита. Лечение острого холецистита, эндовидеохирургические технологии в лечении острого холецистита и его осложнений.</p> <p>Этиология, патогенез, клиническая картина острого панкреатита. Дифференциальный диагноз острого панкреатита. Осложнения острого панкреатита. Лечение острого панкреатита.</p> <p>Этиология, патогенез различных видов острой кишечной непроходимости. Классификация. Клиническая симптоматика и диагностика острой кишечной непроходимости. Лечение: предоперационная подготовка, виды оперативных вмешательств, послеоперационная терапия. Ущемлённые грыжи. Этиология, патогенез. Клиническая симптоматика и диагностика. Лечение: предопе-</p>	<p>ОПК-4 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ОПК-7 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-1 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-5 ИД-1, ИД-2</p> <p>ПК-6 ИД-1, ИД-2, ИД-3, ИД-4</p> <p>ПК-7 ИД-1, ИД-2, ИД-3, ИД-4</p> <p>ПК-9 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-10 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-11 ИД-1, ИД-2</p>

	<p>рациональная подготовка, виды оперативных вмешательств, послеоперационная терапия</p> <p>Перфоративная язва желудка: клиника, диагностика, хирургическое лечение. Эндовидеохирургические технологии в лечении перфоративной язвы желудка.</p> <p>Перитонит. Этиология, патогенез, клиническая картина. Классификация. Консервативное лечение. Хирургическое лечение.</p>	
--	---	--

6. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

Основная литература:

1. Общая хирургия : учебник для мед. вузов / С. В. Петров. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР- Медиа", 2010. - 767 с. : ил., табл. + 1 эл. опт. Диск - НО (2), ЧЗ (4), УО (25)
2. Петров, С. В. Общая хирургия [Электронный ресурс] : гриф УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России. / Петров С.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - . - ISBN ISBN 978-5-9704-2281-6
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970422816.html?SSr=030134159c1022b3673f505khiga>
3. Общая хирургия : учебник для вузов с компакт-диск / С. В. Петров. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР- Медиа", 2007. - 767 с. : ил., табл. + 1 эл. опт. Диск - НО (2), УО (247)
4. **Гостищев, В. К.** Общая хирургия [Электронный ресурс] : гриф Минобрнауки России. / Гостищев В.К. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - . - ISBN ISBN 978-5-9704-2574-9.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970434918.html?SSr=030134159c1022b3673f505khiga> – для иностр.студ.
5. **Хирургические болезни** : учеб.-метод. пособие / [А. И. Кириенко, А. М. Шулутко, В. И. Семиков, В. В. Андрияшкин]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 184 с.

Дополнительная литература:

Учебники и руководства.

Общая хирургия

1. Хирургические болезни: учебник с компакт-диск: в 2 т. / ред.: В. С. Савельев, А. И. Кириенко. - 2-е изд., испр. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР- Медиа", 2006
2. Справочник семейного врача. Хирургические болезни. Седов В.М., т.1-СПб.: Изд-во «Диля».- 2008.- 272с.
3. Справочник семейного врача. Хирургические болезни. Седов В.М., т.2-СПб.: Изд-во «Диля».- 2008.- 272с.
4. Справочник семейного врача. Хирургические болезни. Седов В.М., т.3-СПб.: Изд-во «Диля».- 2008.- 208с.

Неотложная хирургия

1. **Неотложная абдоминальная хирургия:** справочное пособие для врачей / А. А. Гринберг [и др.] ; ред. А. А. Гринберг. - М.: Триада-Х, 2010. - 493
2. Неотложная хирургия живота: учебное пособие/Р.В.Чеминава; ред.Л.В.Поташов.- СПб, издательство СПбГМУ, 2016.-276 с.

Атласы

1. Атлас абдоминальной хирургии : [В 3-х т.] / Э. Итала; пер. с англ. под ред. Ю. Б. Мартова. - М. : Мед. лит., 2006 –
2. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники / Ю. В. Белов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Мед. информ. агентство, 2011. - 463 с.
3. Атлас хирургических операций: атлас / Р. М. Золлинггер (мл.), Р. М. Золлинггер (ст.) ; пер. с англ. под ред. В. А. Кубышкина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 479.

Патогенетические основы хирургических болезней

1. А. А. Власов, М. В. Кукош, В. В. Сараев. Диагностика острых заболеваний живота : руководство - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 448 с.

Монографии, посвященные отдельным темам:

Острый аппендицит

1. Седов В.М., К.Л.Бохан, А.А.Гостевской. Болезни червеобразного отростка»./ “Человек”, - Санкт-Петербург, 2016, - 338 с..

Заболевания желудка и 12-п. кишки

Общие вопросы язвенной болезни и ее осложнений

1. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки./ Москва, "МЕДпресс-информ". 2002.

Перфоративные гастродуоденальные язвы

1. Профилактика, лечение острых гастродуоденальных язв и язвенной болезни: монография / О. Н. Скрябин, И. А. Горбачева, Л. А. Шестакова [и др.]. - СПб. : [б. и.], 2009. - 243

Желудочные и дуоденальные кровотечения

1. В. К. Гостищев, М. А. Евсеев. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение) : рук. для врачей - М. : Изд. группа "ГЭОТАР - Медиа", 2008. - 379 с.

Острый холецистит

М. В. Самойлов, А. Г. Кригер, П. К. Воскресенский. Холецистит. Желчнокаменная болезнь. Холедохолитиаз: [Текст] : клинико-анатом. сопоставления, диагностика и тактика лечения /; Мед. центр Управления делами РАН. - М. : Наука, 2006. - 68, [1] с. : ил. - Библиогр.: с. 68-69

Острый панкреатит

1. Яицкий Н.А., Седов В.М., Сопия Р.А. Острый панкреатит./Москва.- Мед-пресс Информ.- 2003.
2. В. Лысенко, А. С. Девятов, С. В. Урсов, В. Г. Пасько, А. М. Грицюк. Острый панкреатит: дифференцированная лечебно-диагностическая тактика / М. - М. :

Изд-во "Литтерра", 2010. - 165 с., [2] л. цв. ил. : ил., табл. - (Практ. руководства). - Библиогр.: с. 156-161

3. Ившин В.Г. Чрескожное лечение больных с панкреонекрозом и распространенным парапанкреатитом. Тульская технология: монография / - Тула : Гриф и К, 2013. - 119, [3] с. : ил., табл. - Библиогр.: с. 119-120

Заболевания кишечника:

Острая кишечная непроходимость

1. А. П. Власов, М. В. Кукош, В. В. Сараев. Диагностика острых заболеваний живота : руководство / - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с.
2. Хирургические заболевания тонкой кишки: монография / В. М. Самойленко, А. Ц. Буткевич. - М. : Граница, 2014. - 247 с.

Перитонит

1. Гаин Ю.М. с соавт. Иммунный статус при перитоните и пути его патогенетической коррекции. Минск, 2001.

Учебно- методические пособия:

1. Сборник кратких конспектов лекций по курсу общей хирургии: учебное пособие под ред. Проф. Д.Ю. Семёнова– СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2014. – 123 с. (AcademicNT)
2. Ситуационные задачи по общей хирургии: пособие для студентов под редакцией проф. Д.Ю. Семёнова, СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2014. – 55 с. (AcademicNT)
3. Введение в травматологию: пособие для студентов: под ред. проф. В.П. Морозова СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2020. – 42 с. (AcademicNT)
4. Хирургический сепсис: пособие для студентов медицинских вузов ред. Проф. Д.Ю. Семёнова– СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2016. – 26 с. (AcademicNT)
5. Раны. Раневой процесс: учебное пособие, под ред. проф. В.П. Морозова СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2020. – 31 с. (AcademicNT)
6. Десмургия: учебное пособие, под ред. проф. В.П. Морозова СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2020. – 36 с. (AcademicNT)

Дополнительная:

1. Шаповалов В.М., *Основы внутреннего остеосинтеза*[Электронный ресурс] / Шаповалов В.М., Хоминец В.В., Михайлов С.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 240 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970412503.html?SSr=030134159c1022b3673f505khiga>
2. Глухов А.А., *Основы ухода за хирургическими больными*[Электронный ресурс] : учебное пособие / Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 288 с. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432167.html?SSr=030134159c1022b3673f505khiga>

3. Морозов В.П. и др. Варикозная болезнь вен нижних конечностей – СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2018. – 24 с. - [academicNT](#)
4. 01512 Хирургические аспекты заболеваний щитовидной железы [Текст] : практ. пособие для студентов, клинич. ординаторов и врачей практ. здравоохранения / [К. К. Мирчук и др.] ; Первый Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. фак. хирургии. - СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2018. - 82 с. : ил. - НО (5), УО (66), ЧЗ (3) – [academicNT](#)
5. Уход за хирургическими больными : руководство к практ. занятиям : учеб. пособие / [Кузнецов Н. А. и др.] ; под ред. Н. А. Кузнецова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 192 с. : ил.
6. Основы ухода за хирургическими больными: учебное пособие / А.А. Глухов, А.А. Андреев, В.И. Болотских. 2013. - 288 с.

7. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине:

7.1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и количества академических часов для проведения занятий клинического практического типа по темам (разделам)

№ п/п	Контролируемые темы (разделы) дисциплины	Код контролируемой компетенции (или ее части) по этапам формирования в темах (разделах)	Наименование оценочного средства, в академич. часах
1	Введение в хирургию, история кафедры общей хирургии.	ОПК-4 ИД-1, ИД-2, ИД-3	
2	Антисептика.	ОПК-4 ИД-1, ИД-2, ИД-3	Опрос (устный или письменный), ситуационные задачи 4 часа
3	Методика обследования хирургического больного. Хирургическая операция.	ОПК-4 ИД-1, ИД-2, ИД-3 ОПК-7 ИД-1, ИД-2, ИД-3 ПК-1 ИД-1, ИД-2, ИД-3 ПК-6 ИД-1, ИД-2, ИД-3, ИД-4 ПК-7 ИД-1, ИД-2, ИД-3, ИД-4 ПК-9 ИД-1, ИД-2, ИД-3	Опрос (устный или письменный), ситуационные задачи 12 часов

4	<p>Раны. Понятие о раневом процессии. Огнестрельная рана.</p>	<p>ОПК-4 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ОПК-7 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-1 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-5 ИД-1, ИД-2</p> <p>ПК-9 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-10 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-11 ИД-1, ИД-2</p>	<p>Опрос (устный или письменный), ситуационные задачи 16 часов</p>
7	<p>Кровотечения. Острые желудочно-кишечные кровотечения</p>	<p>ОПК-4 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ОПК-7 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-1 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-5 ИД-1, ИД-2</p> <p>ПК-6 ИД-1, ИД-2, ИД-3, ИД-4</p> <p>ПК-9 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-10 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-11 ИД-1, ИД-2</p>	<p>Опрос (устный или письменный), ситуационные задачи 12 часов</p>
8	<p>Поражения мягких тканей. Омертвения, язвы, ожоги, отморожения</p>	<p>ОПК-4 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ОПК-7 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-1 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p>	<p>Опрос (устный или письменный), ситуационные задачи 12 часов</p>

		<p>ПК-5 ИД-1, ИД-2</p> <p>ПК-9 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-11 ИД-1, ИД-2</p>	
9	зачёт		Билет, ситуационные задачи – 4 часа
10	Острая гнойная хирургическая инфекция	<p>ОПК-4 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ОПК-7 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-1 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-5 ИД-1, ИД-2</p> <p>ПК-6 ИД-1, ИД-2, ИД-3, ИД-4</p> <p>ПК-7 ИД-1, ИД-2, ИД-3, ИД-4</p> <p>ПК-9 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-10 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-11 ИД-1, ИД-2</p>	Опрос (устный или письменный), ситуационные задачи 16 часов
	Ургентная абдоминальная хирургия	<p>ОПК-4 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ОПК-7 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-1 ИД-1, ИД-2, ИД-3</p> <p>ПК-5 ИД-1, ИД-2</p> <p>ПК-6 ИД-1, ИД-2, ИД-3, ИД-4</p> <p>ПК-7</p>	Опрос (устный или письменный), ситуационные задачи, тесты 36 часов

		ИД-1, ИД-2, ИД-3, ИД-4 ПК-9 ИД-1, ИД-2, ИД-3 ПК-10 ИД-1, ИД-2, ИД-3 ПК-11 ИД-1, ИД-2	
10	экзамен		Билет, ситуационные задачи 4 часа

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

№ п/п	Наименование формы проведения промежуточной аттестации	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания
1	Зачёт	Билет содержит 1 теоретический вопрос по пройденным темам и 2 ситуационные задачи	Практико-ориентированные задания	Критерии оценки приведены в таблице 7.2.1. Итоговая оценка за зачёт выставляется преподавателем как сумма на основе оценивания результатов выполнения студентами всех заданий практико-ориентированного зачёта и баллов, полученных за семестр (от 36 до 60).
2	Экзамен	Билет содержит 2 теоретических вопроса по пройденным темам и 2 ситуационные задачи. Темы задач и вопросов – из разных семестров.	Практико-ориентированные задания	Критерии оценки приведены в таблице 7.2.2. Оценка выставляется за каждый ответ. Итоговая оценка за экзамен выставляется преподавателем как сумма на основе оценивания результатов выполнения студентами каждого задания и баллов, полученных за семестр.

7.2.1. Критерии оценки зачёта по «Пропедевтике общей хирургии».

Оценка	Интерпретация	баллы
--------	---------------	-------

Отлично	Ответ практически без ошибок, не было необходимости в дополнительных вопросах	15
Очень хорошо	Выше среднего, очень хорошо, с несколькими ошибками, затруднения с формулировками	13
Хорошо	Хорошо, с несколькими значительными ошибками, продемонстрировано знание лекционного материала	12
Удовлетворительно	Посредственно, со значительными ошибками, но ориентируется в основных аспектах вопроса	11
Достаточно	Минимальные знания всех разделов вопроса и лекционного материала	10
Неудовлетворительно	Ответ недостаточный по большинству вопросов, незнание лекционного материала	8
Плохо	Слабое знание наиболее важных моментов, требуется много дополнительных вопросов	6
Очень плохо	Ответ на незначительную часть вопроса, требуется много наводящих вопросов	4
Неприемлемо	Отрывочные бессвязные термины без смысловой привязки к вопросу	2
Нет ответа	Отказ от ответа	1

7.2.1. Критерии оценки экзамена по «Общей хирургии».

Оценка	Интерпретация	баллы
Отлично	Ответ практически без ошибок, не было необходимости в дополнительных вопросах	10
Очень хорошо	Выше среднего, очень хорошо, с несколькими ошибками, затруднения с формулировками	9
Хорошо	Хорошо, с несколькими значительными ошибками, продемонстрировано знание лекционного материала	8

Удовлетворительно	Посредственно, со значительными ошибками, но ориентируется в основных аспектах вопроса	7
Достаточно	Минимальные знания всех разделов вопроса и лекционного материала	6
Неудовлетворительно	Ответ недостаточный по большинству вопросов, незнание лекционного материала	5
Плохо	Слабое знание наиболее важных моментов, требуется много дополнительных вопросов	4
Очень плохо	Ответ на незначительную часть вопроса, требуется много наводящих вопросов	3
Неприемлемо	Отрывочные бессвязные термины без смысловой привязки к вопросу	2
Нет ответа	Отказ от ответа	1

7.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования знаний, умений, навыков и опыта деятельности

7.3.1.Перечень вопросов для зачета:

1. Антисептика. Определение, история развития. Виды антисептики.
2. Механическая антисептика, ее виды, современные методы, показания к применению.
3. Физическая антисептика: ее виды, современные методы, показания к применению.
4. Химическая антисептика, основные группы препаратов, показания к применению.
5. Биологическая антисептика: ее виды, методы, показания к применению.
6. Принципы рациональной антибиотикотерапии, Возможные осложнения, профилактика развития осложнений.
7. Раны: определение, классификации
8. Раны: местные и общие клинические признаки.
9. Раневой процесс: определение, местные реакции организма, характеристика фаз местного течения раневого периода
10. Раневой процесс: определение, общие реакции организма, характеристика периодов раневого процесса.
11. Раны: виды заживления, условия для заживления ран первичным натяжением.
12. Раны: виды заживления, причины для заживления ран вторичным натяжением.
13. Первичная хирургическая обработка ран: определение, показания, противопоказания, виды
14. Первичный шов раны: виды, показания и условия для наложения.

15. Вторичный шов раны: виды, условия и сроки применения
16. Раны: определение. Принципы общего лечения ран
17. Раны: определение. Принципы местного лечения гнойных ран в подготовительную фазу
18. Раны: определение. Принципы местного лечения гнойных ран в фазу грануляций
19. Раны: определение. Принципы местного лечения гнойных ран в фазу эпителизации
20. Раны: определение. Принципы лечения асептических ран. Профилактика раневых осложнений
21. Раны: определение. Классификация по инфицированности. Особенности лечения свежеинфицированных ран
22. Заживление раны вторичным натяжением. Грануляционная ткань. Определение, строение (слои грануляционной ткани), функции грануляционной ткани
23. Осложнение рубцов. Причины, профилактика, лечение
24. Раны: определение. Классификация по причине возникновения. Особенности операционных ран.
25. Огнестрельная рана. Понятие временной пульсирующей полости
26. Механизм образования огнестрельной раны. Местные факторы воздействия на ткани.
27. Огнестрельная рана. Зоны раневого канала. Макро- и микроскопические изменения
28. Огнестрельная рана. Местные реакции организма. Первичное очищение раны
29. Огнестрельная рана. Местные реакции организма. Вторичное очищение раны
30. Создание благоприятных условий для заживления огнестрельных ран
31. Этапы ПХО огнестрельных ран
32. Варианты завершения ПХО огнестрельных ран
33. Показания к наложению первичных швов при ПХО огнестрельных ран
34. Первичная, вторичная и повторная хирургическая обработка при огнестрельных ранениях
35. Кровотечение. Определение, классификации (анатомическая, по механизму возникновения, по отношению к внешней среде и времени возникновения).
36. Кровотечение. Определение, клинические проявления, классификация по степени тяжести кровопотери
37. Кровотечение. Определение, диагностика, методы оценки объема кровопотери.
38. Кровотечение. Способы временной остановки кровотечения.
39. Кровотечение. Механические способы окончательной остановки кровотечения.
40. Кровотечение. Химические способы окончательной остановки кровотечения.
41. Кровотечение. Физические способы остановки кровотечения.
42. Кровотечение. Биологические способы окончательной остановки кровотечения.
43. Кровотечение. Общие реакции организма на кровотечение. Общие методы лечения острой кровопотери.
44. Кровотечение из ЖКТ, определение. Причины и локализация источников острых желудочно-кишечных кровотечений
45. Кровотечение из ЖКТ, определение. Характерные симптомы при кровотечениях из желудочно-кишечного тракта
46. Кровотечение из ЖКТ, определение. Методы инструментальной диагностики ЖКК.
47. Классификация язвенных кровотечений по J.Forrest и её клиническое значение
48. Протокол обследования пациентов с кровотечением из ЖКТ (обязательный объём исследований)
49. Тяжёлое желудочно-кишечное кровотечение. Критерии направления в ОРИТ
50. Кровотечение из ЖКТ, определение. Способы восстановления ОЦК
51. Кристаллоидные и коллоидные растворы. Виды, механизм действия.
52. Эндоскопические методы остановки желудочно-кишечного кровотечения
53. Предоперационный период. Цели, задачи и этапы предоперационного периода.
54. Диагностический этап предоперационного периода. Основные задачи.

55. Подготовительный этап предоперационного периода. Основные задачи.
56. Отличие предоперационной подготовки при плановых и экстренных операциях.
57. Абсолютные, относительные показания к операции в плановой и экстренной хирургии. Понятие о противопоказаниях к операции.
58. Хирургическая операция: определение, классификации
59. Хирургическая операция. Этапы операции.
60. Хирургическая операция. Требования к оперативному доступу.
61. Хирургическая операция: одномоментные и многомоментные, сочетанные и комбинированные операции и их роль в современной хирургии.
62. Оперативный приём. Классификация по цели хирургического вмешательства. Требования к выполнению, профилактика интраоперационных осложнений
63. Виды завершения операции и профилактика ранних местных послеоперационных осложнений
64. Послеоперационный период: определение, задачи, фазы неосложненного течения.
65. Способы профилактики и лечения болевого синдрома в послеоперационном периоде. Продлённые методы обезболивания.
66. Пролежни: стадии, причины, профилактика и лечение пролежней.
67. Послеоперационный период: профилактика, диагностика и лечение местных осложнений раннего послеоперационного периода.
68. Послеоперационный период: профилактика, диагностика и лечение общих осложнений раннего послеоперационного периода.
69. Послеоперационный период: профилактика, диагностика и лечение местных осложнений позднего послеоперационного периода.
70. Послеоперационный период: профилактика, диагностика и лечение общих осложнений позднего послеоперационного периода.
71. Послеоперационный период: профилактика, диагностика осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы
72. Послеоперационный период: профилактика, диагностика осложнения со стороны дыхательной системы
73. Послеоперационный период: профилактика, диагностика осложнения со стороны мочевыделительной системы
74. Послеоперационный период: профилактика, диагностика осложнения со стороны пищеварительной системы.
75. Ожоги: определение. Классификация по причине возникновения. Термические ожоги.
76. Ожоги: определение. Классификация по причине возникновения. Химические ожоги
77. Ожоги: определение. Классификация по причине возникновения. Электроожоги
78. Ожоги: определение. Классификация по причине возникновения. Лучевые ожоги
79. Ожоги: определение. Классификация по глубине поражения. Клинические проявления.
80. Ожоги: определение. Методы определения площади ожоговой поверхности
81. Ожоговая болезнь: определение, стадии, клинические проявления.
82. Ожоговый шок. Степени тяжести ожогового шока.
83. Ожоговая болезнь. Основные принципы и этапы лечения.
84. Первая помощь при термической травме на догоспитальном этапе, в стационаре.
85. Местное консервативное и хирургическое лечение ожогов.
86. Отморожения: определение. Факторы, способствующие развитию. Отморожений.
87. Отморожения. Периоды развития отморожений.
88. Степени отморожения, патогенез, клиническая картина.
89. Первая помощь при отморожениях. Зоны патологических процессов при отморожениях III-IV степени.
90. Хирургическое лечение отморожений. Тактика. Сроки оперативного лечения.
91. Местные осложнения отморожений.
92. Омертвения. Классификация. По морфологическому признаку.

93. Омертвения. Прямые некрозы. Виды, лечение.
94. Омертвения. Классификация. Циркуляторные некрозы. Нарушение артериального кровотока.
95. Омертвения. Классификация. Циркуляторные некрозы. Нарушение венозного кровотока.
96. Омертвения. Классификация. Циркуляторные некрозы. Нарушение микроциркуляции
97. Омертвения. Пролежни: причины, стадии, клиническая картина, лечение
98. Омертвения. Виды исходов некрозов.
99. Трофические язвы: определение, классификация по причинам возникновения.
100. Трофические язвы. Клиническая картина, принципы лечения.

Ситуационные задачи (примеры):

АНТИСЕПТИКА

Задача № 73 Во время перевязки у больной 67 лет обнаружено, что поверхностная рана на передней брюшной стенке покрытая гнойно-некротическими тканями. Кожа вокруг раны отёчна, гиперемирована.

Какая стадии раневого процесса? Какие механические и физические методы антисептики вы используете?

Задача № 74 У больного на 10-й день после операции по поводу колото-резаного ранения правой половины грудной клетки отмечается появление одышки, гипертермия до 39°C, озноб. При аускультации дыхание справа не прослушивается, перкуторно — притупление до уровня VI ребра. На рентгенограмме грудной клетки определяется затемнение на уровне VI ребра. При пункции правой плевральной полости получен гной. Был установлен диагноз: посттравматический плеврит справа. Врач назначил антибиотики, сульфаниламиды и электрофорез с хлористым кальцием.

Какой метод антисептики можно ещё применить при лечении данного больного?

Какой метод контроля за лечением вы рекомендуете?

Задача № 75 Вечером, накануне операционного дня, медицинская сестра сбрила у больного волосы на передней брюшной стенке (на операционном поле). Утром было обнаружено, что на месте бритья имеется раздражение и мелкие папулы.

Можно ли оперировать больного? Когда следовало побрить волосы на операционном поле?

Задача № 76 Больному с постинфекционным абсцессом левой ягодицы во время операции произведено широкое рассечение гнойника, эвакуация гнойного содержимого электроотсосом из полости раны и затёков, полость промыта растворами антисептиков, после чего наложена ватно-марлевая стерильная повязка.

Достаточен ли объем хирургического вмешательства? Какой способ антисептики необходимо применить?

Задача № 77 В приемное отделение хирургического стационара доставлен пострадавший с обширной раной левого бедра и сильным кровотечением. Необходимо срочно вмешаться и остановить кровотечение.

Каким способом хирург должен обработать руки?

Задача № 78 Операция по поводу разлитого калового перитонита была завершена промыванием брюшной полости растворами антисептиков и в конце операции поставлен один дренаж в брюшную полость для оттока отделяемого. Брюшная полость зашита наглухо. Назначена дезинтоксикационная и антибактериальная терапия.

Какие виды дренирования могли бы быть в этом случае применены?

Задача № 79 В операционную доставлен пациент 47 лет с диагнозом «ректальный свищ». Хирург обработал операционное поле 5%-ной настойкой йода дважды, отгородил операционное поле стерильными простынями, вновь обработал операционное поле настойкой йода и приступил к операции.

Правильно ли сделал хирург?

Задача № 80 В операционную доставлено в биксах операционное бельё. Операционная медсестра обнаружила, что бельё влажное, бензойная кислота в ампуле в порошкообразном состоянии.

Назовите возможные ошибки при автоклавировании белья.

Задача № 81 Перевязочная сестра выполнила перевязку больного с нагноением послеоперационной раны в начале рабочего дня. После этого на 15 минут включила в перевязочной бактерицидную лампу.

пу, после чего продолжила перевязки больных после асептических операций.

Правильно ли поступила сестра? Что необходимо делать если в клинике одна перевязочная?

Задача № 82 Операционная медсестра получила задание заложить в бикс перевязочный материал для аппендэктомии. Сестра уложила в бикс 8 простыней.

Какой вид укладки бикса использовала медсестра? Правильно ли она выполнила задание?

Задача № 83. После гнойной операции инструменты были помыты в горячей воде щеткой с мылом, высушены и разложены на полки в сухажаровом шкафу, в котором они находились в течение 1 часа при температуре 183 гр.С. Индикатор стерилизации расплавился.

Правильно ли все сделано? Какие индикаторы стерилизации Вы знаете?

Задача № 84. Пациент на 8 сутки после радикальной операции пупочной грыжи. планируется снятие швов. Повязка сухая. При выполнении перевязки студент, получив от медсестры стерильный пинцет начинает им снимать повязку с послеоперационной раны.

Какую оценку получит студент?

ОБСЛЕДОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Задача 97 Больной поступил в клинику в плановом порядке с диагнозом "Правосторонняя вправимая косая приобретённая паховая грыжа".

Какой обязательный пункт при описании объективного статуса будет в истории болезни?

Задача 98 Больной 77 лет поступает в экстренном порядке с диагнозом острый аппендицит. В приёмном покое при осмотре больного определяется клиническая картина острого аппендицита. Поставлены показания к оперативному лечению. При этом при поступлении у больного АД=210/100 мм рт.ст, на ЭКГ значительные изменения, подозрительные на острый инфаркт миокарда. В anamnesis vitae: мочекаменная болезнь, аденома предстательной железы, псориаз и катаракта левого глаза.

Каким специалистом, по вашему мнению, необходимо показать больного перед операцией?

Задача 99 Больная 35 лет поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке с раной левой половины грудной клетки. Активные движения резко болезненны, дыхание затруднено, ЧДД - 26 в минуту, аускультативно - дыхание в левой половине грудной клетки не выслушивается.

Какие методы исследования должны быть применены для постановки диагноза?

Задача 100 В приёмный покой поступает больной в экстренном порядке с диагнозом скорой помощи "Желудочно-кишечное кровотечение". При осмотре больной в сознании, бледный, тахикардия 110 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст., живот мягкий безболезненный. Гемоглобин 80 г/л.

Какие мануальные и инструментальные методы исследования должны быть применены для постановки диагноза?

Задача 101 В плановом порядке поступает больной с желчекаменной болезнью, хроническим калькулёзным холециститом. Лечащий врач выяснил, что больной страдает этим заболеванием 5 лет, в последний год боли участились усилились, что и явилось причиной госпитализации

Что ещё должно быть отражено в anamnesis morbi?

Задача 102 При поступлении в экстренном порядке у больного определяется желтушность кожных покровов, субфебрилитет, выраженные боли в правом подреберье, тошнота, рвота.

Что должно быть отражено в инфекционном анамнезе?

Задача 103 Больной 45 лет поступил в хирургическую клинику для оперативного лечения варикозно расширенных вен нижних конечностей. Из анамнеза стало известно, что дед и отец пациента умерли в молодом возрасте от рака толстой кишки.

Какие инструментальные методы исследования вы предложите данному больному?

Задача 104 Больному с мочекаменной болезнью была выполнена попытка проведения внутривенной урографии. Однако, после введения урографина у больного развился отёк Квинке.

Какой пункт anamnesis vitae не был учтён перед исследованием?

Задача 105 Больная поступает в плановом порядке с диагнозом варикозная болезнь нижних конечностей, рецидив после флебэктомии. Предъявляет жалобы на отёки и боли в нижних конечностях, наличие варикозно расширенных вен, шелушение кожи на нижних конечностях, трещины на стопах, а также выраженная тревожность и раздражительность, тремор рук, субфибрилитет, нарушение стула, ощущение учащённого сердцебиения, слабость, повышенная утомляемость.

Какие из этих жалоб вы отметите в истории болезни?

Задача 106 Больной поступает в плановом порядке с диагнозом вправимая приобретённая пупочная грыжа для планового оперативного лечения. предъявляет жалобы на наличие грыжи в области пупка, боли в области грыжи при физической нагрузке. Кроме этого пациент отмечает слабость, утомляемость, слезливость, плохой сон, раздражительность, отсутствие аппетита, снижение массы тела на 5

кг да 2 месеца, наличие шелушащегося красного пятна на спине.

Какие из этих жалоб вы отметите в истории болезни?

Задача 107 Больной поступает в плановом порядке с диагнозом вправимая приобретённая пупочная грыжа для планового оперативного лечения. предъявляет жалобы на наличие грыжи в области пупка, боли в области грыжи при физической нагрузке. Кроме этого пациент отмечает слабость, утомляемость, слезливость, плохой сон, раздражительность, отсутствие аппетита, снижение массы тела на 5 кг да 2 месеца, наличие шелушащегося красного пятна на спине.

Какие из этих жалоб вы отметите в истории болезни?

Задача 108 При поступлении в плановом порядке для оперативного лечения ЖКБ, хронического калькулёзного холецистита приёмном покое при осмотре больного отмечаются выраженные катаральные явления, субфебрилитет, кашель с отхождением мокроты.

Что должен сделать врач приёмного покоя?

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ

Задача 169 В приемное отделение хирургического стационара доставлен больной с резкими, внезапно начавшимися болями в животе. Объективно - состояние тяжёлое, положение в постели вынужденное - больной не может лежать, живот при пальпации резко болезненный во всех отделах. Дежурный хирург поставил диагноз «перфоративная язва желудка, разлитой перитонит».

В какой операции по срочности выполнения нуждается больной? Что может быть с больным, если сроки операции не будут соблюдены?

Задача 170 В хирургическое отделение поступил пациент 52 лет в плановом порядке. При обследовании установлен клинический диагноз «хронический калькулёзный холецистит, левосторонняя кося паховая грыжа». После проведенного обследования противопоказаний к оперативному лечению не выявлено.

Возможно ли одномоментное выполнение оперативного вмешательства по поводу обеих заболеваний? Как называются подобные операции? В какой последовательности необходимо выполнить операции?

Задача 171 Пациент 56 лет поступил в приёмный покой с яркими клиническими признаками признаками острого аппендицита. На ЭКГ - признаки острого инфаркта передней стенки левого желудочка. **Будете ли вы оперировать больного? Если да - то каков Ваш план предоперационного обследования и подготовки к операции в данном случае?**

Задача 172 Больной 76 лет проступил в клинику с установленным диагнозом ЖКБ, хронический калькулёзный холецистит. Страдает частыми болевыми приступами (1-2 раза в неделю) после приёма пищи с минимальным нарушением диеты, в связи с чем неоднократно госпитализировался в различные клиники города. Известно, что 2 года назад перенес инсульт с правосторонним гемипарезом, страдает аденомой предстательной железы, сахарным диабетом и псориазом вне обострения.

Каков план предоперационного обследования больного? Возможно ли, что больному будет отказано в оперативном лечении?

Задача 173 У пациента на 6-е сутки после аппендэктомии по поводу острого гангренозно-перфоративного аппендицита, которая была выполнена со значительными техническими трудностями, возникла лихорадка до 38 °С, частый жидкий стул. Количество лейкоцитов в периферической крови - $19,5 \cdot 10^9/\text{л}$.

Каковы Ваши предположения о причинах происходящих событий? Какие необходимо выполнить обследования и дальнейшие действия?

Задача 174 У пациента 80 лет, перенесшего резекцию желудка на 1-е сутки после операции появился кашель в связи с обострением бронхиальной астмы, которой больной страдает в течение последних 50 лет, постоянно получая медикаментозное лечение. На 2 и 3 сутки - повязка в области раны обильно промокала серозно-сукровичным отделяемым. На перевязке после снятия 2 швов в ране появилась кишка.

Какое осложнение появилось в этом послеоперационном периоде? Меры профилактики данного вида осложнений. Какое лечение показано?

Задача 175 У пациентки 27 лет диагностирована злокачественная феохромоцетома правого надпочечника. Размер образования - 2,0*2,5 см. Показано оперативное лечение. Данная операция начинается с френолюмботоракотомии. Оперативный приём заключается в удалении надпочечника с опухолью.

Каким требованиям к оперативному доступу отвечает данное начало операции и каким не соответствует? Какой ещё оперативный доступ Вы можете предложить?

Задача 176 В послеоперационном периоде после выполнения лапароскопической холецистэктомии по поводу острого гангренозного холецистита у больного 78 лет с выраженной сердечно-сосудистой патологией развились следующие осложнения: послеоперационная вентральная грыжа, кровотечение из ложа желчного пузыря, аспирационная пневмония, нагноение послеоперационной раны, абсцесс лёгкого.

В какие сроки послеоперационного периода по Вашему мнению могли развиваться эти осложнения?

Задача 177 У больного 23 лет после приема пищи внезапно появились «кинжальные» боли в верхних отделах живота. Из анамнеза известно, что в течение 3-х лет пациент находился на диспансерном учете по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, однако назначенные лекарства с целью профилактики язвенной болезни не принимал. Бригадой скорой помощи больной доставлен в хирургический стационар.

Какие методы обследования помогут врачу-хирургу в подтверждении диагноза? Какая по срочности операция должна быть выполнена при подтверждении диагноза?

Задача 178 Больной 43 лет в плановом порядке предстоит операция по поводу гигантской неправильной послеоперационной вентральной грыжи. Грыжа появилась после выполнения холецистэктомии 8 лет назад, постепенно увеличиваясь в размерах. Ущемлений не было. при осмотре грыжевое выпячивание 30*45 см, самостоятельно не вправляется в брюшную полость. Из сопутствующих заболеваний – ожирение 4 степени, гипертоническая болезнь II ст., сахарный диабет 2 типа, бронхоэктатическая болезнь.

Какой объем исследований необходимо произвести данной пациентке перед операцией? Что может послужить причиной отказа от оперативного лечения?

Задача 179 Больной 20 лет, поступил в хирургическое отделение с диагнозом острый аппендицит. За 1 час до госпитализации он пообедал (суп, макароны с сосиской, чай с бутербродом). Стула не было 2 суток. Больному показана экстренная операция.

Какую подготовку ЖКТ Вы должны провести больному и с какой целью?

Задача 180 Больной 84 лет поступил с клинической картиной острой кишечной непроходимости, вызванной обтурирующей опухолью сигмовидной кишки. До поступления в стационар стула не было 8 дней. Объективно состояние крайне тяжёлое, что обусловлено возрастом, сопутствующей сердечно-сосудистой патологией и интоксикацией, вызванной кишечной непроходимостью и раковой кахексией.

В этом случае можно ли выполнить одномоментную операцию: резекцию сигмовидной кишки с наложением анастомоза? Аргументируйте свой ответ. Какие ещё варианты хирургического лечения возможны?

Задача 181 У пациента 68 лет с выраженной сердечно-сосудистой патологией планируется выполнение резекции сигмовидной кишки по поводу гигантского полипа, обтурирующего просвет кишки и вызывающего частичную кишечную непроходимость. В этот день в операционной планируются также операции паховой грыжи у пациентки 39 лет и геморроидэктомия у пациента 30 лет.

Определите последовательность оперативных вмешательств и необходимость антибактериальной терапии во всех случаях.

Задача 182 Молодому человеку 25 лет выполнена аппендэктомия по поводу острого гангренозно-перфоративного аппендицита. На операции при ревизии брюшной полости - большое количество гнойного выпота в правой подвздошной области и малом тазу. К завершению операции - гемостаз достигнут.

Каким образом будет завершена операция? Нужна ли будет антибиотикотерапия в послеоперационном периоде?

Задача 183 Пациентке 56 лет выполняется холецистэктомия в плановом порядке по поводу ЖКБ, хронического калькулёзного холецистита. Из анамнеза известно, что 3 года назад ей было выполнено АКШ, в связи с чем она постоянно принимает плавикс. Также больная страдает сахарным диабетом I типа, постоянно получает инсулин.

Какие осложнения возможны в раннем и позднем послеоперационных периодах? Какова профилактика в дооперационном периоде?

Задача 184 В приемный покой одновременно тремя машинами скорой помощи доставлены три пациента 40 лет с диагнозами: острый калькулёзный холецистит, кровотечение из язвы желудка и ущемлённая паховая правосторонняя грыжа. **В какой последовательности пациенты будут прооперированы? Аргументируйте свой ответ.**

РАНЫ, РАНЕВОЙ ПРОЦЕСС

Задача № 85 В хирургический стационар доставлен больной с рваной раной передней поверхности верхней трети левого бедра 5*10*8 см. Рана получена не более 5 часов назад при автоаварии, загрязнена землёй. Дежурный врач иссек края раны, остановил кровотечение, промыл рану фурациллином и наложил первичные швы на кожу.

Все ли сделано правильно?

Задача № 86 В результате падения с дерева и удара о твердый предмет у пострадавшего на наружной поверхности средней трети левой голени образовалась рана неправильной формы размерами 5 * 8 см с неровными краями. Кровотечение отсутствует, отмечается выраженный отёк и имбибиция кровью окружающих тканей. Обратился к врачу через 12 часов после травмы.

К какому виду ран относится такая рана и какие осложнения возможны в течение раневого процесса? Необходима ли хирургическая помощь?

Задача № 87 В стационар обратился молодой человек с резаной раной правого предплечья через 14 часов после травмы. При осмотре рана с ровными краями, размерами 2*6*2 см, вокруг раны умеренный отек, кровотечение отсутствует. Жалуется на боль в предплечье.

Какая фаза раневого процесса и чем она характеризуется? Какая необходима медицинская помощь?

Задача № 88 Больной доставлен в хирургическое отделение с обширной ушибленно-рваной раной средней трети левого бедра через 3 суток после аварии. При осмотре края раны резко отечны, гиперемированы. Из полости раны обильное серозно-гнойное отделяемое. Дно и края раны участками покрыты фибринозно-гнойным налетом.

В какой фазе раневого процесса находится данная рана? Какое местное лечение необходимо проводить больному? Может ли быть выполнена первичная хирургическая обработка раны?

Задача № 89 У больного через 15 дней после вскрытия абсцесса в верхне-наружном квадранте правой ягодицы имеется рана размером 12х3х5 см. Края и дно раны покрыты яркими сочными грануляциями без гнойного отделяемого. Фибринозно-гнойный налет в ране и отек окружающих тканей отсутствуют.

В какой фазе раневого процесса находится рана? Какое местное лечение необходимо проводить больному?

Задача № 90 Вам, как дежурному хирургу травматологического пункта доставили подростка 15 лет с множественными ссадинами кожи на обоих предплечьях и коленях полученных после падения с велосипеда.

Какой объём хирургической помощи необходим? Какие профилактические мероприятия следует провести?

Задача № 91 У больного рана, покрытая розовыми грануляциями, размерами 14х4х6 см, отделяемое скудное, серозное. Кожа вокруг не изменена. Больной получил рану при аварии 3 недели назад.

Укажите фазу раневого процесса. Возможно ли хирургическое лечение?

Задача № 92 При перевязке раны плеча врач обнаружил гнойную рану, дно и стенки которой покрыты некротическими тканями. Произведен туалет раны перекисью водорода, фурациллином. С целью удаления нежизнеспособных тканей применены препараты, способствующие очищению раны без повреждения здоровых тканей.

Что это за препараты? Назовите наиболее широко применяемые из них. Что делать, если этих препаратов нет?

Задача № 93 Во время перевязки больной на 8 сутки после резекции желудка обнаружено, что повязка промокла серозно-гнойным отделяемым, кожа вокруг раны передней брюшной гиперемирована, ткани отёчны, в нижней трети послеоперационной раны - между швами мутное отделяемое с неприятным запахом.

Укажите фазу раневого процесса. Что необходимо сделать и можно ли в данном случае применять мазевые повязки?

Задача № 94 В хирургическое отделение доставлен больной с резаной раной правого плеча размером 3*8*3 см. Хирург иссек края раны, ее стенки и дно обработал перекисью водорода и раствором фурациллина, остановил кровотечение, рану ушил наглухо.

Следовало ли рану дренировать? Если да, то какой вид дренирования вы бы предложили? На какой срок?

Задача № 95 В приёмный покой поступил пациент с ножевым ранением в спину через 1 час после получения раны. Входное отверстие располагалось на уровне 11 межреберья по среднелопаточной линии. После выполнения ПХО с тщательной ревизией раневого канала рана расценена как случайная,

свежеинфицированная, сложная и непроникающая.

Объясните каждую характеристику раны.

Задача № 96 После длительного лечения раны области правого запястья полученной вследствие укуса собаки пациент отмечает нарушение функции кисти - затруднение сгибания и разгибания пальцев, вынужденное положение кисти в состоянии супинации.

Какое осложнение рубца развилось и почему?

КРОВОТЕЧЕНИЕ

Задача 157 В приемный покой доставлен больной с выраженной анемией (эритроциты — $1,2 \times 10^{12}/л$). При опросе установлено, что травмы у больного не было, стул обычного цвета. В правой подвздошной области имеется обширная гематома. Больной отмечает, что ранее беспричинно, а иногда после незначительной травмы у него появлялись обширные кровоизлияния под кожей и в области суставов.

Какой вид кровотечения можно заподозрить у больного и в чем заключается его возможная причина?

Задача 158 На операцию взят больной с выраженной механической желтухой. Во время операции был удален желчный пузырь и камни общего желчного протока. В послеоперационном периоде имело место внутреннее кровотечение из ложа желчного пузыря. При этом хирург утверждает, что он производил тщательный гемостаз.

Какой вид кровотечения у больного и в чем заключается его причина?

Задача 159 Больной 25-ти лет доставлен в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе и левой половине грудной клетки в нижнем ее отделе. В анамнезе больной 5 часов назад получил тупую травму живота слева. Объективно: кожные покровы и слизистые бледные. В левом подреберье при пальпации напряжение мышц левой половины живота. Боли иррадиируют в левую ключицу и плечо. Больной не может находиться в горизонтальном положении и все время пытается встать. Срочный анализ крови: эритроциты — $2,8 \times 10^9/л$, гемоглобин — 78.

Ваш диагноз и тактика дальнейшего лечения больного.

Задача 160 У больной через 1,5 часа после операции аппендэктомии повязка промокла кровью. Известно, что остановку кровотечения из сосудов подкожной клетчатки в ране осуществляли лигированием. У больной имеются сопутствующие заболевания: хронический обструктивный бронхит, гипертоническая болезнь III ст.

Какая наиболее вероятная причина кровотечения?

Как оно называется и что необходимо сделать для остановки кровотечения?

Задача 161 У больного с варикозной болезнью после травмы развилось кровотечение из истонченной измененной большой подкожной вены в средней трети голени нижней конечности.

Как вы остановите кровотечение?

Нужно ли применить наложение жгута? Если да – то где его накладывать?

Задача 162 Во время ревизии резаной раны средней трети левого предплечья в условиях перевязочной внезапно началось артериальное кровотечение из a. ulnaris.

Как выполнить временную и окончательную остановку кровотечения?

Задача 163 На железнодорожном переезде вы случайно оказались свидетелем ампутации левой ноги у мужчины колесами локомотива.

Что следует предпринять с целью остановки кровотечения?

Как дальше поступать с больным?

Задача 164 В хирургическое отделение доставлен больной с диагнозом поликлиники "Внутрибрюшное кровотечение". При осмотре пациент в сознании, пульс 120/мин, АД 75 мм рт.ст. Кожные покровы бледные, акроцианоз, умеренная болезненность при пальпации живота.

Какие лабораторные и инструментальные исследования вы назначите для уточнения диагноза?

Задача 165 Больной 23 лет в течение 2-х лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки. Доставлен в хирургический стационар с жалобами на резкую слабость, "звон в ушах", головокружение, сердцебиение. В течение 3-х дней у больного дегтеобразный кал.

Общее состояние больного средней тяжести, кожные покровы бледны, пульс - 115 в мин., удовлетворительного наполнения, А/Д - 100/60 мм рт.ст. Живот - мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется наличие дегтеобразного кишечного содержимого.

Какой диагноз поставите больному?

Какие диагностические методы используете для подтверждения диагноза?

Задача 166 У больного с вазоренальной гипертензией (АД=210/100 мм рт.ст) после выполнения аортографии через бедренную артерию по методу Сельдингера через 3 часа развилось артериальное кровотечение в связи с тем, что больной самостоятельно снял давящую повязку.

Какие временные и окончательные способы остановки кровотечения вы можете предложить?

Задача 167 Больной 30 лет произведена операция по поводу флегмоны правой подмышечной области. Гной эвакуирован, рана дренирована. Через 2 дня после операции из раны возникло сильное кровотечение алой кровью пульсирующей струей.

Почему возникло кровотечение у больной с флегмоной подмышечной области? Что следует предпринять для окончательной остановки кровотечения?

Задача 168 Больной с хронической печёночной недостаточностью поступил в экстренном порядке с жалобами на рвоту кровью со сгустками. При обследовании выявлено кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. кровь поступает постоянно из 5 дефектов вен.

Какие временные и окончательные способы остановки кровотечения вы можете предложить?

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

1. Больной 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, отметил, что последние два дня боли у него стали менее интенсивные, но в то же время появилась нарастающая слабость, головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, у него закружилась голова. Больной бледен, живот мягкий, безболезненный. **Ваш диагноз и тактика?**
2. У больного 26 лет, четыре часа назад появилась резкая слабость, головокружение, рвота кровью и сгустками. Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Пульс 110 слабого напряжения, артериальное давление 90 и 60 мм рт. ст. При гастроскопии установлено, что в просвете желудка кровь, на задней стенке двенадцатиперстной кишки имеется язва с крупным кровоточащим сосудом. **Ваша тактика?**
3. У больного 45 лет, за сутки до поступления в клинику отмечалась слабость, головокружение, кратковременная потеря сознания, затем был дегтеобразный стул. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс 100, артериальное давление 100 и 60 мм рт. ст. При срочной гастроскопии обнаружены следы крови в желудке, на задней стенке двенадцатиперстной кишки язва размерами 1,5x1,1 см не кровоточит, произведена диатермокоагуляция дна язвы. Начато консервативное лечение. Через три часа по зонду из желудка интенсивное отделение крови. **Ваш диагноз и тактика лечения?**
4. У больного с кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки отмечается некоторое возбуждение, частота дыхания 25 в минуту, пульсовое давление снижено, пульс больше 100 в минуту, артериальное давление 90 и 60 мм рт.ст. **Оцените степень кровопотери.**
5. Больной 42 лет поступил в стационар в порядке оказания экстренной помощи. Кровавая рвота возникла внезапно. Больной отмечает, что в течение 2 лет такое кровотечение начинается в третий раз. В анамнезе болезнь Боткина. При осмотре выраженная венозная сеть на животе в виде «головы Медузы», пальпируется большая селезенка и увеличенная плотная бугристая печень. **Ваш диагноз и тактика?**
6. Больной 45 лет заболел после многократной рвоты, обусловленной неумеренным приемом алкоголя. Во время одного из приступов рвоты в рвотных массах появилась кровь, а затем каждая последующая рвота сопровождалась извержением жидкости цвета кофейной гущи с примесью алой крови. При экстренной фиброгастроскопии в кардиальном отделе желудка видны трещины слизистой размерами до 1 см с активным подтеканием крови. **Ваш диагноз и тактика?**
7. Год назад больной была сделана резекция желудка по Бильрот-Н по поводу язвенной болезни желудка. Через полгода у пациентки появились боли в эпигастрии после еды, тошнота, иногда черный оформленный стул. **Ваш предварительный диагноз и тактика?**
8. При гастроскопии у пациента выявлена язва по задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки 0,5x0,5x0,2 прикрытая рыхлым сгустком, без подтекания свежей крови. **Каково кровотечение по классификации Forrest? Ваш план дообследования и тактика?**
9. Во время операции у тяжёлого больного 36 лет с геморрагическим шоком выявлено струйное кровотечение из сосуда диаметром 1 мм в центре язвенного дефекта 1,2x1,2 из язвы по задней стенке двенадцатиперстной кишки. **Ваша тактика?**

10. У больной 41 г с язвой двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением отмечается: артериальное давления 110 и 70 мм рт.ст., пульс 82 в минуту, однократный оформленный чёрный стул, общая слабость. **Каков Ваш план дообследования? Оцените степень кровопотери.**
11. Больной 48 лет поступил в стационар по поводу внезапно возникшей у него обильной кровавой рвоты. Никаких указаний на заболевание желудка в анамнезе установить не удалось. Считал себя здоровым. Перенес инфекционный гепатит 8 лет назад. Общее состояние удовлетворительное. У брата больного туберкулез легких. **С какими заболеваниями вам придется проводить дифференциальный диагноз? Каковы будут ваши действия при поступлении такого больного? Какие дополнительные методы исследования можно применить на высоте кровотечения для уточнения диагноза?**
12. Больной 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью желудка, отметил, что последние 2 дня боли у него стали менее интенсивными, но в то же время появилась нарастающая слабость, головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Больной бледен, В эпигастральной области очень небольшая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. **Какое осложнение язвенной болезни вы заподозрили? Какие срочные дополнительные исследования примените для подтверждения вашего предположения? Куда и каким способом вы отправите на лечение больного?**
13. У больного 35 лет, поступившего в приемное отделение, диагностирована кровоточащая язва желудка. Кровотечение скрытое, но подтверждено реакцией Грегерсена и падением гемоглобина и эритроцитов. Общее состояние больного вполне удовлетворительное. **Какие назначения вы сделаете больному сразу же при поступлении в стационар? Какова тактика лечения данного больного?**
14. Больной 35 лет поступил в хирургическое отделение с клинической картиной язвенного желудочного кровотечения. Это кровотечение у него третье за 2 года. После применения ряда консервативных мероприятий кровавая рвота прекратилась, гемоглобин поднялся с 60 до 108 г/л. Общее состояние улучшилось. Но через 2 часа вновь появилась обильная кровавая рвота. Гемоглобин упал до 80,1 г/л и затем до 58,1 г/л, гематокрит снизился до 22. **Какова ваша тактика в лечении данного больного Как организовать лечение?**
15. Больной 45 лет поступил в стационар с диагнозом желудочного кровотечения неясной этиологии. До момента возникновения кровотечения никаких жалоб не предъявлял. Заболевание началось после многократной рвоты, вызванной неумеренным приемом алкоголя. Вовремя одного из приступов рвоты в рвотных массах появилась кровь, а затем каждая рвота сопровождалась извержением жидкости цвета кофейной гущи с примесью алой крови. В больнице кровотечение продолжалось несмотря на энергичные попытки остановить его консервативными мероприятиями. Больной взят на операцию с неясным диагнозом. Во время лапаротомии было обнаружено, что желудок и верхние отделы кишечника наполнены кровью, другой патологии не обнаружено. После гастротомии в кардиальном отделе желудка были обнаружены трещины слизистой и подслизистой оболочек желудка размером 16x5 мм, из которых струйкой поступала алая кровь. **Что произошло с больным? Как следует поступить хирургу?**

НЕКРОЗЫ, ЯЗВЫ

Задача 121 Больной 55 лет длительное время страдает облитерирующим эндартериитом нижних конечностей. Уже выполнялись ампутации обеих нижних конечностей - по линии поперечного сустава предплюсны (сустав Шопара) вследствие развития гангрены.

Какой вид некроза развивался у этого больного?

Задача 122 Пожилая пациентка 72 лет страдает сахарным диабетом II типа, коррегируемого инсулином, распространенным атеросклерозом. Обратилась к хирургу с жалобами на боли в правой нижней конечности, отёчность стопы и голени и почернение III пальца правой стопы.

Какой диагноз вы поставите? Какие причины развития данного состояния?

Задача 123 Медсестра при выполнении внутривенной инъекции раствора хлорида кальция повредила венозную стенку и ввела раствор в подкожную клетчатку.

Какие последствия могут развиваться у пациента? Какую помощь можно оказать немедленно?

Задача 124 Больной страдает варикозной болезнью нижних конечностей. Длительное время отказывается от настоятельно предлагаемого оперативного вмешательства. При осмотре на коже голени с обеих сторон - участки индurations, гиперпигментации отёка.

Какие последствия могут развиваться у пациента при отсутствии патогенетического лечения?

Задача 125 У больной 44 лет на фоне хронической венозной недостаточности, варикозной болезни нижних конечностей развилось рожистое воспаление в области правой глени - буллёзно-геморрагическая форма, осложнившаяся некротическим фасциитом.

Какие исходы некроза наиболее вероятны в данном случае?

Задача 126 у больного 32 лет, страдающего хроническим алкоголизмом развился острый панкреатит, осложнившийся панкреанекрозом в области головки поджелудочной железы.

Какие возможны исходы некроза в данном случае?

Задача 127 У пожилой пациентки 83 лет в области лица и волосистой части головы образовались множественные базалиомы диаметром до 6 см. В центре одного образования определяется округлое образование с подрытыми контурами, на дне которого видны бесструктурные массы тёмного цвета, с гнилостным запахом, не кровоточащими при удалении.

Какое осложнение развилось в данном случае?

Задача 128 У пациента развилась влажная гангрена правой нижней конечности вследствие острого тромбоза бедренной артерии в средней трети бедра.

Опишите клиническую картину и объективные данные, выявленные при осмотре пациента.

Задача 129 У пациента страдающего хроническим остеомиелитом подвздошных костей при операции выявлена полость в костной ткани размером 5*3*4 см, заполненная жидким гноем и нефиксированными участками костной ткани. Выполнена санация и дренирование очага.

Какой исход некроза наблюдался в данном случае? Чем он может сопровождаться?

Задача 130 Молодая женщина 31 года предъявляет жалобы на частое похолодание пальцев кистей рук, онемение в кончиках пальцев, побеление дистальных фаланг пальцев при минимальном охлаждении. Больной поставлен диагноз "Болезнь Рейно", назначена терапия.

Какой вид некроза может развиться в данном случае?

Задача 131 Солдату, получившему сквозное пулевой ранение в средней трети бедра с повреждением бедренной артерии был наложен жгут в верхней трети бедра для остановки кровотечения. Транспортировка была затруднена в связи со сложной обстановкой. Жгут был снят через 5 часов.

Какой вид некроза может развиться в данном случае?

Задача 132 Пациент 64 лет с распространённым атеросклерозом артерий 35 лет работал дорожным рабочим. Длительное время работал с отбойным молотком, не соблюдая правила техники безопасности (более 15 минут непрерывной работы). Поступил в хирургическое отделение с некрозом дистальных фаланг 2-4 пальцев правой верхней конечности.

Какой вид некроза развился в данном случае?

ОЖОГИ, ОТМОРОЖЕНИЯ

Задача № 133 У больного после длительного пребывания на морозе (-20°C) произошло отморожение ушных раковин. После отогревания обе ушные раковины синюшные, с наличием эпидермальных пузырей с серозно-геморрагическим содержимым.

Какая степень отморожения у больного? Какое лечение необходимо провести?

Задача № 134 В хирургический стационар поступил мужчина 46 лет после длительного пребывания на морозе (-19°C) в алкогольном опьянении. Правая стопа находилась в обуви, промоченной водой. При осмотре правая стопа бледная, плотная при пальпации и обледеневшая, Пульсация на периферических артериях - не определяется.

Какая степень отморожения предполагается? Какие методы экстренной помощи необходимы?

На какие сутки возможна при необходимости ампутация конечности?

Задача 135 В приемный покой доставлен больной, получивший термический ожог левой верхней конечности, лица, передней поверхности туловища. Больной заторможен, в контакт почти не вступает. АД 80/60 мм рт.ст. Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Кожные покровы бледные. Ожоговая поверхность покрыта пузырями, содержащими геморрагическую жидкость, местами лопнувшими, под которыми имеется плотный струп бело-серого и желтовато-коричневого цвета.

Какая фаза ожоговой болезни? Можно ли сразу определить глубину ожога? Когда можно начать обработку ожоговой поверхности?

Задача № 136 В хирургическое отделение доставлен больной, получивший ожог правого бедра и голени кипятком. При осмотре обнаружено, что в зоне поражения ярко выраженная гиперемия кожи, разорвавшиеся и целые пузыри с серозным отделяемым.

Какая степень ожога у больного? Какая площадь ожоговой поверхности? Какие способы определения площади ожога вам известны?

Задача 137 Пострадавший В., 40 лет получил ожог пламенем головы и шеи, верхних конечностей, туловища III степени 2 недели назад. Состояние пострадавшего - тяжелое: высоко лихорадит до 39° С, тахикардия - пульс - 130 в мин, имеются признаки пневмонии.

Какая стадия ожоговой болезни у пострадавшего? Какие методы лечения необходимо применить?

Задача 138 Больная И., 70 лет, получила ожог кипящей водой обеих нижних конечностей. При осмотре пострадавшей установлено, что вся ожоговая поверхность ярко гиперемирована и покрыта крупными пузырями с серозным экссудатом.

Определите степень и площадь ожога. Какой прогноз у данной пострадавшей?

Задача 139 При тушении пожара пострадавший 35 лет получил ожог пламенем обеих верхних конечностей и туловища. Врач скорой помощи при осмотре пострадавшего установил, что он возбужден, отмечается тахикардия - пульс 120 в мин., удовлетворительного наполнения, А/Д - 140/80 мм рт.ст.

Какая стадия ожоговой болезни у пострадавшего? Какая площадь ожога? Какую первую помощь на догоспитальном этапе должен оказать врач скорой помощи?

Задача 140 В хирургический стационар доставлен больной 36 лет в заторможенном состоянии после попадания в вольтовую дугу на электровозе. Пульс нитевидный, до 140 ударов в минуту. АД 70/50 мм рт.ст., дыхание учащенное, поверхностное.

Что с больным? Какова фаза ожоговой болезни? Какова тактика врача? Какие особенности электроожогов Вы можете назвать?

Задача 141 У больного с ожогом всей спины III степени на четвертые сутки имеется выраженная интоксикация. В анализе крови анемия, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево до палочкоядерных форм.

Какая фаза ожоговой болезни? Какие трансфузионные препараты вы назначите? Укажите примерную площадь ожога.

Задача 142 Мужчина 42 лет при приготовлении пищи получил ожог ладонной поверхности правой кисти кипящим подсолнечным маслом. Объективно: Кожа на ладонной поверхности гиперемирована, в области тенара и гипотенара пузыри с серозной жидкостью.

Оцените площадь ожоговой поверхности, степень ожога и назначьте лечение.

Задача 143 На производстве электрик, халатно относящийся к правилам техники безопасности, производил ремонт электрооборудования, не обесточив прибор. Случайно коснулся двух клемм пальцами одной руки. Обратился в медпункт через 2 суток. При осмотре - на дистальных фалангах I и V пальцев кисти - точечные дефекты. Кисть отёчна, резкая болезненность при пальпации как ладонной, так и тыльной поверхности. Кожа незначительно гиперемирована, в остальном - не изменена.

Какова тактика обследования и лечения пациента?

Задача 144 Учитель химии при подготовке к уроку разводил концентрированную серную кислоту. Случайно опрокинул банку с кислотой на колени.

Какую первую помощь необходимо оказать учителю? От чего будет зависеть дальнейшая тактика лечения больного?

Образец зачётного билета:

Билет № 72	
1.	Ожоговая болезнь: определение, стадии, клиника, лечение.
2.	<u>Задача 183</u> Пациентке 56 лет выполняется холецистэктомия в плановом порядке по поводу ЖКБ, хронического калькулёзного холецистита. Из анамнеза известно, что 3 года назад ей было выполнено АКШ, в связи с чем она постоянно принимает плавикс. Также больная страдает сахарным диабетом I типа, постоянно получает инсулин. Какие осложнения возможны в раннем и позднем послеоперационных периодах? Какова профилактика в дооперационном периоде?
3.	<u>Задача 158</u> На операцию взят больной с выраженной механической желтухой. Во время операции был удален желчный пузырь и камни общего желчного про-

	<p>тока. В послеоперационном периоде имело место внутреннее кровотечение из ложа желчного пузыря. При этом хирург утверждает, что он производил тщательный гемостаз.</p> <p><i>Какой вид кровотечения у больного и в чем заключается его причина?</i></p>
<p>Зав.кафедрой общей хирургии</p>	<p>проф.В.П.Морозов</p>

7.3.2.Перечень вопросов для экзамена:

Экзаменационные билеты помимо вопросов и ситуационных задач, включённых в билеты для зачёта по «Пропедевтике общей хирургии», содержат следующие вопросы и задачи:

Вопросы:

1. Острая гнойная хирургическая инфекция. Определение, международная классификация по уровням поражения (примеры).
2. Острая гнойная хирургическая инфекция. Входные ворота инфекции, предрасполагающие факторы для развития острой хирургической инфекции.
3. Острая гнойная хирургическая инфекция. Общие реакции организма на развитие острой хирургической инфекции.
4. Острая гнойная хирургическая инфекция. Местные проявления при развитии острой гнойной хирургической инфекции. Особенности течения острой гнойной инфекции у больных сахарным диабетом.
5. Общая характеристика современной гнойной инфекции, возбудители. Синдром системной воспалительной реакции.
6. Принципы и методы общего лечения больных с острой гнойными хирургическими заболеваниями
7. Принципы и методы местного лечения больных с острой гнойными хирургическими заболеваниями
8. Гидроаденит. Определение, основной возбудитель, диагностика, стадии, общее и местное лечение по стадиям.
9. Фурункул. Определение, основной возбудитель, стадии, диагностика, общее и местное лечение по стадиям. Особенности лечения фурункула лица.
10. Карбункул. Определение, основной возбудитель, стадии, диагностика, общее и местное лечение по стадиям
11. Мастит. Определение, классификация. Клиника, стадии общее и местное лечение острого гнойного нелактационного мастита.
12. Острый гнойный лактационный мастит. Предрасполагающие факторы. Клиника, стадии, общее и местное лечение острого гнойного лактационного мастита.
13. Флегмона. Определение, основной возбудитель, стадии, диагностика, общее и местное лечение по стадиям
14. Абсцесс. Определение, основной возбудитель, стадии, диагностика, общее и местное лечение по стадиям
15. Лимфангит, лимфаденит, аденофлегмона. Определение, основной возбудитель, диагностика, общее и местное лечение.
16. Рожистое воспаление. Определение, классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, общее и местное лечение эритематозной и буллёзной форм рожи. Профилактика рожистого воспаления.

17. Рожистое воспаление. Определение, классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, общее и местное лечение эритематозно-геморрагической и буллезно-геморрагической форм рожи. Профилактика рожистого воспаления.
18. Рожистое воспаление. Осложнения рожистого воспаления. Клиника, лечение.
19. Панариций: этиопатогенез, классификация, Особенности анатомического строения пальцев кисти.
20. Поверхностный панариций. Виды, показания к консервативному и оперативному лечению, методы консервативной терапии
21. Кожный и подкожный панариций. Клиника, диагностика, лечение по стадиям .
22. Глубокий панариций. Виды, этиопатогенез, диагностика, методы исследования больного.
23. Тендовагинит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, методы исследования больного, виды лечения.
24. Костный и суставной панариций. Этиопатогенез, клиника, диагностика, методы исследования больного, виды лечения.
25. Пандактилит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, методы исследования больного, виды лечения
26. Флегмоны кисти. Классификация. Этиопатогенез, клиника, диагностика, виды лечения
27. Остеомиелит, классификация. Гематогенный остеомиелит: причины развития, клиника, методы диагностики, лечение
28. Негематогенный остеомиелит, классификация. Клиника методы диагностики, лечение.
29. Анаэробная клостридиальная инфекция: возбудители, клиника, диагностика, лечение
30. Современная неклостридиальная инфекция: возбудители, клиника, диагностика, лечение.
31. Столбняк: этиопатогенез, диагностика, лечение. Профилактика столбняка: специфическая и неспецифическая.
32. Сепсис. Определение, классификации, диагностика. Синдром полиорганной недостаточности.
33. Хирургический сепсис: современные методы общего лечения.
34. Хирургический сепсис: современные методы местного лечения
35. Хирургический сепсис: теории этиопатогенеза, клиника. Интегральные системы оценки тяжести состояния больных (SAPS).
36. Классификация и клинические проявления ВИЧ-инфекции. Хирургические заболевания у больных СПИДом.
37. **Острый аппендицит**, Этиопатогенез. Классификация. Основные осложнения и механизм их развития.
38. **Острый аппендицит**. Клиническая картина и диагностика. Дифференциальный диагноз.
39. **Острый аппендицит**. Осложненные формы, их клиническая картина, диагностика, лечение.
40. **Острый аппендицит**. Показания к хирургическому лечению, виды применяемых операций, возможные осложнения.
41. **Острый холецистит**. Этиопатогенез. Классификация. Основные осложнения и механизм их развития.
42. **Острый холецистит**. Клиническая картина и диагностика.
43. **Острый холецистит**. Дифференциальный диагноз. Диагностическая значимость и сравнительная эффективность применения дополнительных методов исследования.
44. **Острый холецистит**. Показания к медикаментозному лечению, его характер, критерии эффективности.

45. Острый холецистит. Показания и противопоказания к хирургическому лечению, виды применяемых операций, возможные осложнения.
46. Острый панкреатит. Этиопатогенез. Классификация. Основные осложнения и механизм их развития.
47. Острый панкреатит. Клиническая картина и диагностика.
48. Острый панкреатит. Дифференциальный диагноз. Диагностическая значимость и сравнительная эффективность применения дополнительных методов исследования.
49. Острый панкреатит. Показания к медикаментозному лечению, его характер, критерии эффективности.
50. Острый панкреатит. Показания к хирургическому лечению, виды применяемых операций, возможные осложнения.
51. Острая кишечная непроходимость. Этиопатогенез. Классификация.
52. Острая кишечная непроходимость. Клиническая картина и диагностика.
53. Острая кишечная непроходимость. Дифференциальный диагноз. Диагностическая значимость и сравнительная эффективность применения дополнительных методов исследования.
54. Острая кишечная непроходимость. Лечение. Показания к хирургическому лечению, виды применяемых операций.
55. Ущемлённые грыжи. Виды ущемления. Клиника. Лечение.
56. Ущемлённые грыжи. Показания к хирургическому лечению, виды применяемых операций
57. Ущемлённые грыжи. возможные осложнения.
58. Острый перитонит. Этиопатогенез. Классификация.
59. Острый перитонит. Клиническая картина и диагностика.
60. Острый перитонит. Дифференциальный диагноз.
61. Острый перитонит. Лечение. Предоперационная подготовка. Виды применяемых операций.
62. Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Этиопатогенез. Классификация. Основные осложнения и механизм их развития.
63. Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиническая картина и диагностика.
64. Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Дифференциальный диагноз. Диагностическая значимость и сравнительная эффективность применения дополнительных методов исследования.
65. Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Лечение. Предоперационная подготовка. Виды применяемых операций.

Ситуационные задачи:

ОСТРАЯ ГНОЙНАЯ ХИРУГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

Задача № 37 Больной А., 25 лет оперирован по поводу острого, флегмонозного аппендицита, выполнена аппендэктомия. На 4 день после операции состояние больного ухудшилось. Появился озноб, повышение температуры тела до 39°C, резкая слабость, головная боль, тупые, ноющие и пульсирующие боли в области операционной раны. При осмотре больного установлено: пульс - 120 в мин., удовлетворительного наполнения, кожные покровы влажные, горячие, температура тела 38,5°C. В правой подвздошной области в области послеоперационной раны определяется инфильтрат размерами 10x8 см, гиперемия кожи в области раны, местный жар, резкая болезненность при пальпации.

Какое осложнение возникло у больного и почему? Что необходимо предпринять для лечения больного?

Задача № 38 У больной К., 20 лет возник фурункул в области верхней губы. Больная решила лечиться сама и пыталась "выдавить" стержень фурункула. Через 6 часов после этой манипуляции состояние больной резко ухудшилось, появились сильнейшие головные боли, озноб, повысилась температура тела до 40°C. Машиной скорой помощи доставлена в отделение реанимации. При осмотре больной установлено крайне тяжелое состояние, сознание спутанное, с трудом отвечает на вопросы, температура тела 4,2°C, пульс - 130 в мин., слабого наполнения, АД - 80/60 мм рт.ст., резкий отек лица, лба, выраженный экзофтальм. Несмотря на проводимую интенсивную терапию больная скончалась.

Какое осложнение фурункула возникло у больной и почему?

Задача № 39 Больной К., 65 лет, страдающий сахарным диабетом, жалуется на сильные боли в затылочной области головы и задней поверхности шеи, появление в этой области припухлости, повышение температуры тела до 39°C, головную боль, озноб. Заболел 2 дня назад, состояние прогрессивно ухудшается, держится лихорадка, усиливаются боли в области шеи и затылочной части головы. Объективно: состояние больного средней тяжести, вялый, заторможенный, температура тела 38,7°C, пульс - 120 в мин., ритмичный, АД - 140/90 мм рт.ст. Status localis: в затылочной области головы на границе с задней поверхностью шеи определяется инфильтрат размерами 8*8 см с яркой гиперемией кожи и множественными некротическими стержнями в области инфильтрата. Определяются увеличенные, болезненные шейные лимфоузлы.

Какой диагноз поставите больному? Какие есть осложняющие факторы заболевания? Какое лечение следует предпринять?

Задача № 40 Больная Н., 38 лет, в результате травмы получила ссадину спинки носа. Через 2 дня в области носа, лба, шеи появилась яркая гиперемия кожи, повысилась температура тела до 38,5°C, резкий озноб и сильная головная боль. При осмотре больной общее состояние средней тяжести, пульс 180 уд. в мин., удовлетворительного наполнения. АД- 110/70 мм рт. ст., Кожные покровы в области лба, носа, щек резко гиперемированы, отечны. Граница участка гиперемии кожи четкая, имеет неровные края, напоминающие географическую карту, очаг гиперемии возвышается над уровнем кожи. На фоне гиперемированной кожи имеются множественные мелкие пузыри, заполненные геморрагическим экссудатом./ Клинический анализ крови: лейкоцитоз – $19 \cdot 10^9$; П - 10%, С- 78%, Л-9%, М-3%. СОЭ – 52 мм/час.

Какой диагноз поставите больной? Каков план лечения? Возможны ли рецидивы заболевания в последующем, с чем они связаны?

Задача № 41 Больной А., 55 лет, по поводу гипертонического криза был введен внутримышечно в область правой ягодицы дибазол с папаверином. Через 3 дня на месте инъекции возникла пульсирующая боль, уплотнение, местный жар, температура тела повысилась до 38 С. Доставлена в хирургический стационар. При осмотре больной установлено, что общее её состояние средней тяжести, температура тела 38,1°C, пульс - 115 уд. в мин., удовлетворительного наполнения, АД - 180/90 мм рт.ст. В верхне-наружном квадранте правой ягодичной области определяется яркая гиперемия кожи и инфильтрат размерами 5х6 см, пальпация его болезненна. В центре инфильтрата выявляется участок размягчения.

Какой диагноз поставите больной? Какое лечение следует предпринять?

Задача № 42 Больной Т., 28 лет получил на работе точечную колотую рану ладонной поверхности левой кисти. К врачу не обращался, сам наложил повязку и продолжал работать. Через 2 дня в области левой кисти появилась сильная пульсирующая боль, кисть значительно увеличилась в объеме, повысилась температура тела до 37,8°C. Больной обратился к хирургу поликлиники. При осмотре общее состояние средней тяжести, температура тела – 38,2°C. Вся правая кисть отечна, особенно на тыле кисти, на ладонной поверхности у основания 3 пальца - колотая рана 0,5 см с гнойным отделяемым. Кожные покровы ладони умеренно гиперемированы, отчетливо определяется местный жар, резкая болезненность при пальпации области срединного ладонного пространства. Симптом флюктуации отчетливо не определяется.

Сформулируйте клинический диагноз. Какое лечение показано больному?

Задача № 43 Больная И., 21 года, первородящая, три недели назад родила ребенка. Роды сопровождались кровопотерей/ Через неделю после родов образовалась трещина в области левого соска. Ребенок сосет грудь плохо, молочные железы приходится постоянно опорожнять сцеживанием. Накануне появились сильные боли в левой молочной железе, уплотнение в верхне-наружном квадранте, сразу повысилась температура тела до 39°C, появился резкий озноб, слабость, головная боль. При поступлении в стационар общее состояние больной тяжелое, кожные покровы бледные, влажные, температура тела 39,3°C, пульс - 130 в мин., удовлетворительного наполнения. Левая молоч-

ная железа резко увеличена в размерах, в области соска трещина длиной 0,7 см. Кожные покровы в верхне-наружном квадранте на участке 10x8 см гиперемированы. При пальпации в этой области определяется резко болезненный инфильтрат, в центре которого выявляется очаг размягчения.

Какой диагноз поставите больной? Какие факторы способствовали развитию заболевания? Как лечить больную?

Задача № 44 Больная О., 54 лет на кухне получила колотую рану шипом плавника рыбы в области ногтевой фаланги 1 пальца правой кисти. Обработки раны не производила. Через 2 суток после травмы больная не спала ночь из-за сильной пульсирующей боли в пальце. Утром обратилась к хирургу поликлиники. Состояние удовлетворительное пульс - 85 уд/мин., температура - 37,2°C. Вынужденно держит кисть в приподнятом положении. При осмотре кисти выявлено значительное увеличение в объеме I пальца, активная функция пальца ограничена. Кожа в области ногтевой фаланги гиперемирована, максимум болезненности при исследовании пальца пуговчатым зондом приходится на область ладонной поверхности дистальной фаланги, имеются яркие полосы гиперемии кожи, идущие от I пальца до локтевой ямки.

Какой диагноз поставите больной? Какая реальная опасность распространения инфекции у данной больной и куда? Какое лечение показано больной?

Задача № 45 Больной И., 40 лет, обратился в поликлинику с жалобами на очень сильную боль в области ногтевой фаланги 2 пальца левой кисти пульсирующего характера, лишающую больного сна. 2 дня назад во время работы, под ногтевую пластинку 2 пальца левой кисти попала заноза, которую больной сам удалил. При осмотре больного выявлен отек ногтевой фаланги 2 пальца левой кисти, ногтевая пластинка приподнята, под ногтем определяется раневой канал на месте бывшей занозы. Давление на ногтевую пластинку резко болезненно.

Какой диагноз поставите больному? Какое лечение предпримете? Показано ли больному оперативное лечение? Какие для этого необходимы условия?

Задача № 46 Больной А., 60 лет, оперирован по поводу карбункула задней поверхности шеи. Произведены крестообразные разрезы с иссечением некротизированной клетчатки и дренированием раны. Состояние улучшилось, но через 2 дня наступило резкое ухудшение состояния больного: вновь повысилась температура тела до 39,5°C, был озноб. При осмотре состояние больного тяжелое, кожные покровы бледны, желтушны, на коже имеется геморрагическая сыпь. Пальпируются увеличенные печень и селезенка. Рана на месте рассеченного карбункула покрыта фибрином, из неё небольшое количество гнойного отделяемого. При рентгенологическом исследовании легких выявляется абсцедирующая пневмония.

Какой диагноз поставите больному? Какими дополнительными методами обследования его можно подтвердить? Как лечить, больного?

Задача № 47 Пострадавший В., 21 года, получил во время автомобильной катастрофы открытый перелом обеих костей голени и обширную рану мягких тканей с повреждением мышц. Раны были обильно загрязнены землей. Пострадавший доставлен в хирургическое отделение, где ему произведена первичная хирургическая обработка ран голени с наложением первичного шва, начато лечение скелетным вытяжением. Через сутки у пострадавшего появились сильные распирающие боли в области поврежденной голени и бедра, начал нарастать отек тканей, кожа голени приобрела синеватую окраску, на ней появились пузыри, заполненные геморрагическим экссудатом. При пальпации мягких тканей определяется крепитация, из раны голени выделяется экссудат с неприятным запахом и пузырьки газа.

Какое осложнение возникло у больного?

Что способствовало его развитию? Какое лечение необходимо предпринять?

Задача № 48 Пострадавший К., 35 лет, доставлен в хирургический стационар в тяжелом состоянии, с выраженной клинической картиной шока и травматической ампутацией левого бедра. Выше места травматической ампутации на бедре был наложен жгут. Больному выполнена ампутация бедра в верхней трети. На раны культи наложены редкие первичные швы. Через 12 часов состояние пострадавшего ухудшилось, стала беспокоить сильные распирающие боли в области культи левого бедра, нарастающий отек бедра, распространяющийся на брюшную стенку. Осмотр: состояние пострадавшего тяжелое больной, с трудом отвечает на вопросы, пульс - 130 в мин., АД - 90/60 мм рт.ст. Культи левого бедра резко увеличена в объеме за счет отека, кожа имеет синеватую окраску. Симптом А.В.Мельникова положительный.

Какой диагноз поставите больному? Какой симптом данного заболевания описан А.В.Мельниковым? Как лечить больного?

Задача № 49 Больной П., 45 лет, во время работы на огороде, получил рану правой стопы, которая оказалась обильно загрязненной землей. Обратился в травмпункт, где произвели первичную хирургическую обработку раны. В связи с наличием у больного бронхиальной астмы от введения противостолбнячной сыворотки и столбнячного анатоксина решено воздержаться. Через 2 суток с момента травмы у пострадавшего появились затруднения при открывании рта, судорожные подергивания мышц лица, в области раны стопы, а затем судороги всего тела.

Какое заболевание возникло у больного и почему? Какое лечение необходимо больному? Какие методы профилактики этого заболевания?

Задача № 50 Больной А., 10 лет, заболел остро после охлаждения тела, связанного с длительным пребыванием на рыбной ловле. Заболевание началось с повышения температуры тела до 38° С, сильной головной боли, резкой слабости. Вызванный врач поставил диагноз ОРВИ и назначил лечение. Однако, состояние мальчика не улучшалось, держалась высокая лихорадка, озноб, резкая слабость. Через 4 дня от начала заболевания стал жаловаться на боли в области правого бедра. При осмотре в области нижней трети правого бедра выявляется незначительная припухлость и болезненность.

О каком заболевании следует думать? Что следует предпринять для уточнения диагноза? Как лечить больного?

Задача № 51 Больная А., 80 лет, оперирована по поводу правостороннего паранефрита, произведено вскрытие очага инфекции и дренирование его. Однако, состояние больной после произведенной операции не улучшалось: продолжала высоко лихорадить до 38-39°С, держались озноб, резкая слабость, головные боли. Через 4 дня после вскрытия паранефрита образовался абсцесс в области правого бедра, который был вскрыт, затем возник абсцесс правой ягодичной области. В последующем диагностирована абсцедирующая пневмония. Клинический анализ крови: Эр.- 2,5*10, гемоглобин - 70 ед., Лейкоцитоз- 21х10⁹, П-14%, С-70%, Л-11%, М-5 %, СОЭ-60 мм/час.

Какой диагноз поставите больной? Какая форма заболевания в данном случае? Как верифицировать диагноз? Как лечить больную?

Задача № 52 Больная К., 25 лет, кормящая ребенка грудью, обратилась в поликлинику с жалобами, на боли в левой молочной железе распирающего характера, повышение температуры тела до 39°С, озноб, слабость, головную боль. При обследовании больной установлено, что левая молочная железа значительно увеличена в объеме. При пальпации вся железа болезненна, плотна, но инфильтратов в железе не определяется. Пальпируются увеличенные болезненные лимфатические узлы в левой подмышечной области.

Какой диагноз поставите больной? Какой метод лечения примените?

Задача № 53 В хирургическое отделение доставлен больной с жалобами на высокую температуру, боли на внутренней поверхности верхней трети правого бедра, уплотнение тканей в этой зоне. При обследовании выявлено наличие инфильтрата правого бедра. При УЗИ мягких тканей жидкостных структур в области инфильтрата не выявлено.

Какое лечение вы назначите? Какой результат лечения возможен?

Задача № 54 Во время консультации в инфекционном отделении хирург обнаружил у больного высокую температуру с ознобом, которая появилась у пациента 2 дня назад. При осмотре выявлен очаг яркой гиперемии с четкими фестончатыми краями, возвышающийся над уровнем кожи и незначительный отек кожи в области задней поверхности правой голени. Пациент утверждает, что накануне этого очага не было.

Что у больного? В каком отделении следует лечить больного?

Задача № 55 В хирургическое отделение доставлена больная из родильного дома на 5 сутки после родов. При поступлении хирург диагностировал серозную форму мастита.

Назовите клинические признаки данного заболевания. Какие инструментальные методы исследования могут быть применены для подтверждения диагноза? Какое лечение вы назначите больной?

Задача № 56 Больному К. 43 лет вскрыта флегмона гипотенара. Полость гнойника обработана антисептиками, дренирована. Наложена мягкая бинтовая повязка с гипертоническим раствором хлорида натрия.

Чем необходимо завершить операцию?

Задача № 57 У больного 62 лет с сахарным диабетом, постинфарктным кардиосклерозом и варикозной болезнью нижних конечностей после переохлаждения на задней поверхности шеи появился болезненный инфильтрат размером 4 * 6 см. Кожа над ним гиперемирована, напряжена. В центре

инфильтрата кожа истончена, серо-чёрного цвета, через отверстия в эпидермисе отделяется гной.
Какое заболевание у больного? Какие предрасполагающие факторы вы можете назвать? Какое общее и местное лечение необходимо провести?

Задача № 58 В женскую консультацию обратилась кормящая мать с жалобами на боли в левой молочной железе, повышение температуры тела до 39,8°C, озноб, головную боль. Из анамнеза известно, что ребёнок ослаблен, плохо сосёт грудь. Осмотр: в верхнем наружном квадранте молочной железы определяется резко болезненное уплотнение с нечеткими границами. Кожа над уплотнением гиперемирована. Флюктуации нет. Подмышечные лимфоузлы не увеличены.

Какое заболевание у больной? Какие предрасполагающие факторы? Какие моды диагностики можно применить для подтверждения диагноза?

Задача № 58 При осмотре второго пальца левой кисти пожилого больного, страдающего сахарным диабетом, выявлено, что он резко увеличен в объеме, отечен, имеет неправильную форму, движения в нем отсутствуют. Имеются множественные свищи, через которые выделяется гной, костные секвестры, кусочки омертвевшего сухожилия, кожа некротизирована. На рентгенограмме второго пальца левой кисти определяются деструктивные изменения фаланг пальца.

Какое заболевание у больного? Какое лечение вы назначите?

Задача № 59 Домохозяйка обратилась в поликлинику с жалобами на припухлость, гиперемию и болезненность околоногтевого валика. Заболевание развилось через день после выполнения маникюра. Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела нормальная, тахикардии нет. Околоногтевой валик II пальца правой кисти отёчен, кожа истончена, у латерального края ногтя – очаг размягчения 0,3 см.

Какое заболевание развилось у больной? Какое лечение вы назначите?

Задача № 60 У молодого человека при осмотре в хирургическом кабинете районной поликлиники отмечается выраженная отечность верхней губы с переходом на правую щеку. Кожа губы гиперемирована больше справа. Здесь же определяется болезненный инфильтрат с некротическим стержнем в центре. Температура тела 38,6°C, ЧСС 90 в минуту, ЧДД – 18 в минуту.

Какое заболевание у больного? Какое лечение вы назначите? Можно ли больного лечить амбулаторно? Чем опасна данная локализация гнойного процесса?

Задача № 61 Больной жалуется на боли в проксимальном межфаланговом суставе II пальца правой кисти, возникшие на четвертые сутки после травмы, повышение температуры до 39°C с ознобом, припухлость в зоне сустава и всего пальца, резкое ограничение движений.

Что у больного? Какие методы инструментальной диагностики следует применить? Как лечить?

Задача № 62 В хирургическое отделение поступил мужчина 35 лет с жалобами на боли и припухлость в левой голени, повышение температуры до 38°C. 12 месяцев назад перенес открытый перелом костей левой голени. Проводилось лечение скелетным вытяжением с последующей гипсовой иммобилизацией. При объективном обследовании левая голень увеличена в объеме по сравнению с правой на 5 см. По передне-наружной поверхности имеется инфильтрация мягких тканей, яркая гиперемия, резкая болезненность при пальпации, флюктуация.

Какое заболевание можно предположить у данного больного? Какое исследование необходимо выполнить для уточнения диагноза? Предложите лечение.

Задача № 63 В хирургическое отделение доставлен подросток 14 лет с жалобами на боли в правом бедре, повышение температуры до 39,5°C, недомогание, общую слабость. Из анамнеза выявлено, что за 10 дней до заболевания перенес ангину. Внезапно состояние ребенка ухудшилось, появились вышеперечисленные жалобы. При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, правая нижняя конечность находится в вынужденном положении (полусогнутом). Активные и пассивные движения в суставах резко ограничены из-за болезненности. При поколачивании по пяточной кости выявляется резкая болезненность в области бедра.

О каком заболевании идет речь? Предложите объем лечебных мероприятий. Показано ли хирургическое лечение? Если да, то в какие сроки?

Задача № 64 У больного с огнестрельным остеомиелитом левого бедра имеется свищ, который длительное время не закрывается, несмотря на проводимое консервативное лечение в условиях стационара.

Какими методами исследования можно уточнить, что поддерживает свищ?

Задача № 65 В хирургическое отделение доставлен больной 67 лет с жалобами на высокую температуру, боли в области правой ягодицы, возникшие через 3 дня после введения сернокислой магне-

зии по поводу гипертонического кризиса. При поступлении диагностирован постинфекционный абсцесс правой ягодицы. После вскрытия гнойника состояние больного улучшилось, нормализовалась температура и показатели периферической крови.

Чем была обусловлена тяжесть состояния больного до вскрытия гнойника?

Задача № 66 Больной П. 26 лет, наркоман, длительное время отмечает повышение температуры тела 37,1-37,4°C, слабость. В течение последних 8 месяцев больному выполнено 4 операции по поводу гнойников различной локализации (флегмона кубитальной области, два межплетельных абсцесса брюшной полости, гнойный гонит). Поступил в хирургическое отделение с абсцессом легкого.

Ваш диагноз? Каковы причины данного состояния больного?

Задача № 67 В хирургическом отделении находится больной, оперированный по поводу гнойного аппендицита, разлитого перитонита. После операции прошло 3 недели. Однако у больного продолжает оставаться температура до 39,9°C с разницей вечерней и утренней температуры в 2-3°C. Повышение температуры сопровождается ознобами, снижение — проливающим потом. Послеоперационная рана покрыта серой фибриновой пленкой, грануляции скудные, бледные, вялые, из раны гнойное отделяемое. У больного отмечается потеря массы тела, наличие гнойничковых высыпаний на коже, снижение тургора кожи, безразличное отношение к окружающим, иногда эйфория.

Чем обусловлено состояние больного? Что необходимо делать?

Задача № 68 У больного К. 42 лет выполнено вскрытие абсцессов на левой ягодице и левом бедре. При перевязке раны обращало на себя внимание сине-зелёное окрашивание салфеток. Раны с сероватым оттенком, плохо гранулируют, отделяемое скудное, гнойное.

Какой микроорганизм скорее всего будет выявлен при обследовании флоры раны? Какие препараты следует применять для местного лечения?

Задача № 69 Мужчина 43 лет, вскапывая землю в саду, незначительно поранил себе лопатой левую голень. Поверхностная рана через 3-4 дня покрылась коричневатым струпом и практически не беспокоила больного. Однако через 10 дней после травмы у него появились сильные головные боли, слабость, обильная потливость, незначительные боли в области раны, а также некоторое напряжение и подергивание мышц вокруг нее. Вскоре больной отметил появление утомляемости жевательных мышц и их стойкое напряжение при приеме пищи, что затрудняло открывание рта. Участковый врач, к которому обратился больной с указанными жалобами, направил его к стоматологу.

Правильно ли поступил участковый врач? Какое заболевание имеется у больного? В каком отделении он должен находиться? Какое лечение необходимо проводить больному в данном случае?

Задача № 70 В отделение реанимации поступил 12-летний ребенок в крайне тяжелом состоянии. Со слов родителей, около недели назад, бегая босиком по земле, он уколол подошву стопы колючкой. При поступлении у больного отмечались повышение температуры тела до 42°C, учащение пульса до 130 ударов в минуту и увеличение частоты дыхания до 32 в минуту. На этом фоне у ребенка наблюдалось судорожное сокращение мышц лица с образованием глубоких морщин на лбу и щеках. Периодически приступы судорог распространялись на мышцы шеи, спины, конечностей, что сопровождалось спастическим сокращением этих мышц и резким переразгибанием туловища и конечностей.

Какой диагноз должен быть поставлен? Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка? Какие неотложные реанимационные мероприятия должны быть проведены в первую очередь? Какое лечение необходимо проводить в таких случаях?

Задача № 71 У пожилой женщины с трофической язвой нижней трети правой голени, обусловленной хронической венозной недостаточностью, после переохлаждения появились боли и продольные полосы гиперемии по внутренней поверхности правой нижней конечности. При осмотре также выявлены увеличенные паховые лимфоузлы справа.

Ваш диагноз и лечение пациентки.

Задача № 72 Пациентка 18 лет поступила в клинику с диагнозом острый гидроаденит правой подмышечной области. При осмотре – состояние удовлетворительное, температура тела – 37,1°C, пульс – 88 ударов в минуту. Правую верхнюю конечность поднимает и отводит с трудом из-за болей. В правой подмышечной области определяются 3 конусообразных инфильтрата диаметров до 3 см. Кожа над ними резко гиперемирована, в центре инфильтратов – очаги размягчения. Поставлены показания к оперативному лечению. ***Какой вид анестезии вы выберете? Обоснуйте свой ответ.***

ОСТРЫЙ ЖИВОТ

1. В приемный покой машиной скорой помощи доставлен больной с болями в животе. Клиническое обследование и лабораторные данные не позволяют Вам с достоверностью поставить или отвергнуть диагноз острого аппендицита в приемном покое. **Какова будет Ваша тактика?**
2. Больной 32 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся сутки назад. Сначала боль возникла в эпигастральной области, была однократная рвота, затем боли локализовались в правой подвздошной области и с тех пор усиливаются, что и заставило пациента обратиться к врачу. Стул нормальный. При осмотре: язык влажный, температура нормальная, отмечается болезненность в правой подвздошной области, напряжения мышц нет. Положительные симптомы Ровзинга и Ситковского. Симптом Щеткина-Блюмберга и Менделя отрицательный. Лейкоцитов в крови $8,0 \times 10^9/\text{л}$, анализ мочи без особенностей. **Ваш диагноз и тактика лечения.**
3. Поступает больной 70 лет с жалобами на небольшие, но стойкие боли в правой подвздошной области, которые появились у него двое суток назад, диспепсических расстройств нет. Температура нормальная, ранее никогда подобных болей пациент не отмечал. Страдает гипертонической болезнью. При осмотре: язык суховат, пульс 80, артериальное давление 140 и 90 мм рт. ст., живот принимает участие в акте дыхания, мягкий, в правой подвздошной области локальная болезненность. Симптомы Ровзинга и Ситковского не выявляются, симптомы Менделя и Воскресенского (симптом "рубашки") отрицательные. Лейкоцитоз в крови $6,2 \times 10\%$, в моче изменений нет. **Ваш диагноз и тактика.**
4. Больной 19 лет поступил через сутки от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота и правой подвздошной области. Тошноты и рвоты не было. Общее состояние удовлетворительное. Температура $37,8^\circ \text{C}$, пульс 92. Обращает внимание вынужденное положение больного на спине с согнутым в тазобедренном суставе и приведенным к животу правым бедром. При попытке разогнуть бедро больной начинает кричать от сильных болей в поясничной области. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области только при глубокой пальпации. Симптом Ровзинга положительный, симптомы Ситковского, Менделя отрицательные. Дизурических расстройств нет, моча не изменена. Лейкоцитоз в крови $14,3 \times 10\%$. **Какое заболевание можно предположить?**
5. У больного 23 лет, за 12 часов до поступления в клинику появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота. В последующем боли локализовались над лоном и сопровождались тенезмами. Состояние больного удовлетворительное, пульс 96. Язык суховат, живот умеренно напряжен в правой подвздошной области. Симптом Воскресенского (симптом скольжения) отрицательный. При ректальном исследовании обнаружена болезненность передней стенки прямой кишки. Лейкоцитоз в крови $12,9 \times 10^9/\text{л}$. Ваш диагноз и тактика.
6. У больной с 32 недельной нормально протекающей беременностью появились сильные боли в правой подвздошной области, рвота, температура $37,7^\circ \text{C}$. Язык сухой, обложен белым налетом. Дно матки пальпируется на два поперечных пальца выше пупка. В правой половине живота, больше в нижних отделах, определяется при пальпации резкая болезненность, защитное напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптом Пастернацкого отрицательный. Лейкоцитов в крови $12,4 \times 10^9/\text{л}$, в моче следы белка, 5-6 лейкоцитов в поле зрения. **Ваш диагноз и тактика.**
7. У больного 59 лет, двое суток назад появились боли в животе. Была тошнота, однократная рвота. Больной принимал анальгин, прикладывал к животу грелку, после чего боли стихли. Но через некоторое время возобновились, появилась многократная рвота. Состояние тяжелое, сознание спутанное, эйфоричен. Пульс 120, артериальное давление 95 и 60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот напряжен и болезненный во всех отделах. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура $37,2^\circ \text{C}$. Лейкоцитоз $18,6 \times 10^9/\text{л}$. **Ваш диагноз и тактика.**
8. У больной 59 лет, 4 дня назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились затем в правую подвздошную область. Дважды была рвота, температура повышалась до $37,5^\circ \text{C}$. Больная принимала тетрациклин и обратилась к врачу только на 4-й день заболевания в связи с сохранением болей. Состояние больной удовлетворительное. Температура $37,4^\circ \text{C}$, пульс 88. Язык влажный, обложен белым налетом. В правой подвздошной области пальпируется образование размерами 12×8 см плотнoэластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Менделя отрицательный. Лейкоцитоз в крови $11,1 \times 10^9/\text{л}$. **Ваш диагноз и тактика.**

9. Больной 44 лет жалуется на сильные боли в правом подреберье, тошноту и однократную рвоту пищей не принесшую облегчение. Болен со вчерашнего дня. При осмотре живот симметричен, правая половина отстает в акте дыхания, при пальпации болезненность и напряжение в правой половине живота. Положительные симптомы Ситковского и Менделя в правой половине. **Ваш диагноз и тактика.**
10. Больная 33 лет жалуется на боли в правой подвздошной области, тошноту и частый жидкий стул. Больна около суток, боли, возникнув в эпигастрии, переместились в правую подвздошную область. При осмотре живот симметричен, правая половина отстает в акте дыхания, при пальпации болезненность и напряжение в правой половине живота. Положительные симптомы Ситковского и Ровзинга. Ваш диагноз и тактика.
11. Больной 32 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся сутки назад. Сначала возникла боль в эпигастриальной области, была однократная рвота, температура $37,6^{\circ}\text{C}$. Затем боли локализовались в правой подвздошной области и значительно стихли, но не исчезли совсем. Стул был нормальный. При осмотре: язык влажный, температура нормальная, отмечается небольшая болезненность в правой подвздошной области, напряжения мышц нет. Положительные симптомы Ситковского и Ровзинга. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Никаких образований в брюшной полости не определяется. Лейкоцитов в крови $8,0 \times 10^9/\text{л}$. Анализ мочи без особенностей. Ваш диагноз и тактика лечения?
12. Поступает больной 70 лет с жалобами на незначительные, но постоянные боли в правой подвздошной области, которые появились у него сутки назад. Диспептических расстройств нет. Температура нормальная. Ранее никогда подобных болей больной не отмечал. Ничем не болел. При осмотре: язык суховат, пульс 80 в минуту. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий. В правой подвздошной области локальная болезненность. Симптомы Ровзинга и Ситковского не выявляются. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. Лейкоцитов в крови $6,1 \times 10^9/\text{л}$. В моче изменений нет. Ваш диагноз и тактика лечения?
13. У больной с 35-недельной нормально протекающей беременностью появились боли в правой подвздошной области, рвота, температура $37,8^{\circ}\text{C}$. Язык сухой, обложен белым налетом. Дно матки пальпируется на два поперечных пальца выше пупка. В правой половине живота, больше в нижнем отделе, определяется при пальпации резкая болезненность, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптом Пастернацкого отрицателен. Лейкоцитов в крови $16,0 \times 10^9/\text{л}$. В моче следы белка, 5-6 лейкоцитов в поле зрения. Ваш диагноз и тактика лечения?
14. У больного 36 лет появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до $37,6^{\circ}\text{C}$, была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положителен. Положительные симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Пастернацкого отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови $16,0 \times 10^9/\text{л}$. Ваш предположительный диагноз? Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?
15. Больной 26 лет поступил на 4-й день заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у больного острый аппендицит. Однако в правой подвздошной области отчетливо определяется плотно-эластическое, неподвижное образование размером 10×12 см, прилегающее к гребешку подвздошной кости, болезненное при пальпации. Общее состояние больного вполне удовлетворительное, перитонеальные симптомы не выражены. Какой диагноз вы поставите? Как будете лечить больного?
16. У больной 50 лет, поступившей в хирургическое отделение на 4-е сутки от начала заболевания, диагноз острого аппендицита несомненен. Ни при пальпации, ни при влагалищной и ректальном исследованиях четких данных об инфильтрате не получено. Больную решено оперировать. Вскрыта брюшная полость и обнаружен аппендикулярный инфильтрат. Каковы ваши действия на операционном столе? Каково дальнейшее лечение больной?
17. У больной с четко отграниченным аппендикулярным инфильтратом, уже нормализовавшейся температурой и снизившимся лейкоцитозом на 4-е сутки после поступления и на 8-е сутки от начала заболевания появились боли внизу живота. Температура приняла гектический характер с размахами до полутора градусов. При осмотре: язык влажный, пульс 92 в минуту; живот мягкий, безболезненный, за исключением правой подвздошной области, где определя-

ется резкая болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При пальцевом ректальном исследовании нависания передней стенки прямой кишки не обнаружено. Какое осложнение наступило у больной? Что следует предпринять для лечения?

18. У больного, оперированного по поводу острого флегмонозного аппендицита 7 дней назад, поднялась температура. Она носит гектический характер. Болей в области операционной раны больной не отмечает. Жалуется на болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позы-вы на дефекацию. Язык суховат. Пульс 110 в минуту. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий при пальпации, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитов в крови $18,0 \times 10^9/\text{л}$. В области раны воспалительной реакции нет. В легких при аускультации и рентгенологическом исследовании патологии не выявлено. О каком осложнении можно думать? Какие следует применить исследования для уточнения диагноза? Какова тактика в течении такого осложнения?
19. У больного 25 лет 10 часов назад появились боли в правой подвздошной области умеренной интенсивности, постоянные, периодически усиливаются. Была однократная рвота. Стула не было. Мочеиспускание нормальное. Температура 38°C . Пульс 92 удара в I минуту. Язык суховат. Живот болезненный и напряженный в правой подвздошной области. Положительные симптомы Ровзинга и Щеткина-Блюмберга, остальные болевые симптомы отрицательные. Лейкоциты $12,0 \times 10^9/\text{л}$. Поставлен диагноз острого деструктивного аппендицита. Во время операции обнаружен серозный выпот в брюшной полости и слегка гиперемированный отросток. Что нужно сделать для уточнения диагноза? Какова тактика хирурга? Каков окончательный диагноз?
20. Больная, 68, лет поступила в отделение через сутки от начала заболевания с жалобами на резкие приступообразные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правое плечо и лопатку и сопровождающиеся неоднократной рвотой. Аналогичными приступами страдает более 5 лет. Не лечилась и не обследовалась. При поступлении пульс 100, температура тела $37,5^\circ\text{C}$. Число лейкоцитов в крови $18,3 \times 10^9/\text{л}$. Язык сухой, обложен зеленоватым налетом, живот не вздут, в дыхании участвует. При пальпации передняя брюшная стенка в правом подреберье напряжена, резко болезненна, там же определяется увеличенное и резко болезненное овоидной формы образование до 16 см в диаметре. Симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье резко положителен. Ваш диагноз и тактика лечения?
21. Больная, 35 лет, вскоре после еды почувствовала приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и поясницу, периодически принимающие опоясывающий характер. Аналогичный приступ отмечала 3 года назад, тогда приступ сопровождался легкой желтушностью склер. Не обследовалась, не лечилась. Объективно: язык влажный, не обложен, пульс 76, живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье и эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет, желчный пузырь не пальпируется, положительные симптомы Ортнера, Мерфи. Ваш диагноз и тактика лечения?
22. Больная, 67 лет, внезапно почувствовала острые боли в верхней половине живота, была однократная рвота. Ранее подобных болей не отмечала. При поступлении язык влажный, чистый. Пульс слабого наполнения 118, артериальное давление 80 и 50 мм рт.ст. Живот умеренно вздут в верхних отделах, при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет, желчный пузырь не пальпируется, печень на два поперечных пальца выступает из-под края реберной дуги, болезненна, положительный симптом Ортнера. Лейкоцитоз в крови $9,8 \times 10^9/\text{л}$. Амилаза мочи 75. Ваш диагноз и тактика лечения?
23. У больной 51 года после приема жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое надплечье и лопатку, была однократная рвота. Температура тела $38,3^\circ\text{C}$. При пальпации болезненность и напряжение в правом подреберье, положительные пузырьные симптомы. Лейкоцитоз в крови $12,4 \times 10^9/\text{л}$. После проведенного лечения боли уменьшились, сохраняется небольшая болезненность при пальпации в точке желчного пузыря, температура нормальная, лейкоцитов в крови $6,1 \times 10^9/\text{л}$. Ваш диагноз и дальнейшая тактика?
24. У больного 56 лет, в течение 4 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ сопровождался рвотой, повышением температуры до $38,5^\circ\text{C}$, напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. Проводимые консервативные мероприятия не дают положительного результата в течение суток. Лейкоцитоз в крови $9,4 \times 10^9/\text{л}$. Ваша тактика?

25. У больной 72 лет, тучной женщины, в течение 20 лет страдающей желчнокаменной болезнью и тяжелым сахарным диабетом, появились резкие боли в правом подреберье, рвота. Боли держатся уже трое суток. Язык сухой, обложен белым налетом. Небольшая иктеричность склер, живот слегка вздут, резкая болезненность при пальпации в правом подреберье и значительное мышечное напряжение. Положительные симптомы Ортнера, Кера, Щеткина-Блюмберга. Лейкоцитоз в крови $12,5 \times 10^9/\text{л}$, сахар крови 2,46 ммоль/л. Ваш диагноз и тактика лечения?
26. У больной 65 лет, ряд лет страдающей приступами желчнокаменной болезни, очередной приступ не купировался окончательно. В течение 2 месяцев больная продолжала отмечать тупые ноющие боли в правом подреберье, которые беспокоили её постоянно. Температура нормальная. При пальпации там же определяется значительных размеров плотно эластическое малоболезненное образование с гладкой поверхностью. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитов в крови $5,6 \times 10^9/\text{л}$. Ваш диагноз и тактика?
27. Больную 38 лет, третий раз за два последних года доставляют в клинику с приступами острого холецистита. Поступила с явлениями раздражения брюшины, которые постепенно нарастают. Выражена и становится интенсивнее желтушность кожных покровов. Кал частично обесцвечен, моча темная. Какая операция показана больной, к какой интраоперационной диагностике следует прибегнуть?
28. Поступила больная, 48 лет, с клинической картиной острого флегмонозного холецистита. Больной начато консервативное лечение. Через 6 часов после поступления появились сильные боли в животе, холодный пот. Пульс 120. Живот напряжен, резко болезненный во всех отделах. Симптом Менделя положительный в верхних и нижних отделах живота. Какое осложнение развилось у больной и какова лечебная тактика?
29. У больной, поступившей в клинику с острым флегмонозным холециститом, в последующие 3 дня появились ознобы, температура повысилась до 38°C , стала нарастать желтуха кожи склер. Боли в животе не усилились, и явлений перитонича не было. О каком осложнении острого холецистита можно думать и что нужно предпринять?
30. В отделение неотложной хирургии поступила больная 48 лет с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, температуру $37,5^\circ \text{C}$, кожный зуд. Ваш предварительный диагноз и план обследования больной?
31. В отделении неотложной хирургии 4 сутки находится больная, поступившая с диагнозом «Острый калькулезный холецистит». Сегодня с утра она отметила потемнение мочи. О чем необходимо подумать в первую очередь и что предпринять?
32. Во время оперативного вмешательства у больного по поводу острого калькулезного холецистита при интраоперационной холеграфии обнаружены конкременты в общем желчном протоке. Ваш диагноз и тактика? Как завершить оперативное пособие?
33. При оперативном вмешательстве у больного выявлено истечение мутной желчи с хлопьями фибрина из пузырного протока. Ваш диагноз и тактика? Как завершить оперативное пособие?
34. В приемный покой обратилась больная А., 52 лет, с жалобами на сильные опоясывающие боли в животе и многократную рвоту застойным желудочным содержимым. Похожие приступы, но меньшей интенсивности, бывали и раньше. В прошлом году при УЗИ органов брюшной полости патологии не выявлено. При объективном исследовании: живот вздут в верхних отделах, здесь же болезненный, мягкий, положительный симптом Воскресенского, отрицательный симптом Щеткина-Блюмберга. Ваш предварительный диагноз?
35. У больного 51 года, злоупотреблявшего алкоголем, внезапно появились резкие боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу. Появилась многократная рвота, не приносящая облегчения. Состояние тяжелое. Мраморная окраска кожных покровов. Дыхание 22 в минуту. Пульс - 120, артериальное давление 70/ 60 мм рт.ст. При осмотре живот вздут, болезненный в эпигастрии и левом подреберье, положительные симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона. Температура нормальная. Лейкоцитоз - $18 \times 10^9/\text{л}$. Амилаза мочи 4 ед. по Вольгемуту. Ваш предварительный диагноз?
36. У больной 32 лет, после погрешности в диете через 12 часов появились сильные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, многократная рвота желчью, слабость. Несколько месяцев назад при плановом обследовании при УЗИ обнаружены конкременты желчного пузыря. Состояние тяжелое. Возбуждена. Склеры глаз слегка иктеричны. Пульс 100 в 1 мин. Артериальное давление 120/ 70 мм рт.ст. Язык сухой, обложен желтым налетом. Живот вздут резко болезненный и напряженный в эпигастрии и правом подреберье, положительные

симптомы Воскресенского, Мейо-Робсона, Ортнера. Ваш предварительный диагноз и тактика лечения?

37. Больная 49 лет госпитализирована в клинику по поводу острого панкреатита, жирового очагового панкреонекроза. На 10-е сутки консервативного лечения стал пальпироваться болезненный инфильтрат в эпигастрии и левом подреберье, поднялась температура до 38,2°C. Лейкоцитоз - $20 \times 10^9/\text{л}$. Ваш предварительный диагноз и тактика лечения?
38. У больной 49 лет после обильного приема жирной пищи внезапно появился приступ сильной боли в эпигастрии и многократная рвота. Температура нормальная. При пальпации живота умеренная болезненность в эпигастрии. Амилаза мочи по Вольгемуту 1024 ед. Проведенное консервативное лечение привело к улучшению состояния: боли стали значительно меньше, прекратилась рвота. Живот стал мягким, симптомов раздражения брюшины нет. Амилаза мочи в динамике 256 ед. Ваш диагноз и тактика?
39. У больного 51 года, злоупотреблявшего алкоголем, внезапно появились резкие боли в эпигастрии с иррадиацией в спину. Температура нормальная. Появилась многократная рвота, не приносящая облегчения. При осмотре: небольшая болезненность в эпигастрии живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Амилаза мочи по Вольгемуту 4096 ед. Консервативные мероприятия улучшения не дали. Общее состояние значительно ухудшилось, амилаза мочи в динамике стала 6 ед. Ваш диагноз и тактика?
40. Больная 49 лет поступила в клинику по поводу острого панкреатита. Комплекс консервативных мероприятий не дал эффекта. Состояние ухудшилось. Решено больную оперировать. При ревизии брюшной полости был констатирован отек поджелудочной железы. Общий желчный проток расширен, желчный пузырь напряжен, с трудом опорожняется, в нем прощупываются камни. В чем должно заключаться оперативное пособие в данном конкретном случае?
41. При срочной операции у больного с флегмонозным гангренозным холециститом по вскрытии брюшной полости обнаружено, что в большом сальнике имеются "пятна" жирового некроза, забрюшинное пространство отечно пропитано желчью. Ваш диагноз и тактика?
42. Больная 54 лет, взята в операционную по поводу перитонита неясной этиологии. На операции обнаружено, что в брюшной полости около 1,5 л геморрагического выпота, в малом и большом сальнике стеатонекрозы. По вскрытии желудочно-ободочной связки установлено, что поджелудочная железа и забрюшинное пространство пропитаны кровянистым содержимым, дольчатый рисунок железы отсутствует. Желчный пузырь резко напряжен, при надавливании плохо опорожняется, конкрементов не содержит. Ваш диагноз и тактика лечения?
43. Больному 59 лет, поступившему с клиникой перитонита неясной этиологии с диагностической целью произведена лапароскопия. При этом в брюшной полости имеется умеренное количество геморрагического выпота, на большом сальнике пятна стеатонекроза, область гепатодуоденальной связки пропитана сукровичным содержимым. При срочном исследовании выпота брюшной полости на амилазу, содержание её оказалось высоким. Ваш диагноз и тактика лечения?
44. У больного 51 года, злоупотреблявшего алкоголем, внезапно появились резкие боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу. Появилась многократная рвота, не приносящая облегчения. Состояние тяжелое. Мраморная окраска кожных покровов. Дыхание 22 в минуту. Пульс 120, артериальное давление 70 и 60 мм рт. ст. При осмотре живот вздут, болезненный в эпигастрии и левом подреберье, положительные симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона. Температура нормальная. Лейкоцитоз - $18 \times 10^9/\text{л}$. Амилаза мочи 4 ед. по Вольгемуту. Ваш предварительный диагноз и тактика.
45. У больного, находящегося на лечении в стационаре по поводу смешанного тотального панкреонекроза выполнены лапаротомия и люмботомия, внезапно на 8-е сутки после операции из люмботомической раны началось профузное кровотечение. Ваш диагноз и тактика.
46. У больного 30 лет с деструктивным панкреатитом на 14-е сутки заболевания появилась гектическая температура, озноб, тахикардия, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, инфильтрат в эпигастрии. Ваш диагноз и тактика.
47. Больной 48 лет, выписанный из неотложного хирургического отделения месяц назад, где лечился по поводу острого панкреатита (справки не сохранились), жалуется на тупые распирающие боли в левом подреберье, где неотчетливо пальпируется эластичное образование больших размеров. Ваш предварительный диагноз и тактика.
48. 15. У больной 52 лет, находящейся в стационаре по поводу смешанного тотального панкреонекроза выполнены лапаротомия и люмботомия. Послеоперационное течение гладкое.

Раны заживают вторичным натяжением. На 20 сутки сменился характер отделяемого из лумботомической раны. Появилось скудное слизистое отделяемое с характерным запахом. Ваш диагноз и тактика.

49. Больная 43 лет оперирована в экстренном порядке по поводу тотального геморрагического панкреонекроза. Произведена марсупиализация, некрэксвестрэктомия поджелудочной железы, установлен двух просветный дренаж от правого подреберья вдоль поджелудочной железы, выведен в левом подреберье. В первые дни по дренажу отходил гной и мелкие секвестры, затем отделяемого не было, на 10 сутки появилось отделяемое светло-желтого цвета с ихорозным запахом. Ваш диагноз и тактика лечения.
50. У больного 27 лет с диагнозом: Деструктивный панкреатит, инфильтрат поджелудочной железы появилась высокая температура, ознобы. При осмотре выбухание в левой поясничной области, резкая болезненность при пальпации. Ваш диагноз и тактика.
51. У больной 49 лет после приема обильной мясной, жирной и пряной пищи внезапно появился приступ жестокой опоясывающей боли в эпигастральной области, многократная рвота. Температура оставалась нормальной. При пальпации эпигастральной области умеренная болезненность. Диастаза мочи. Проводимое консервативное лечение в течение суток привело к улучшению состояния: боли стали значительно меньше, прекратилась рвота. Живот стал мягкий, легкая болезненность в эпигастральной области еще оставалась. Симптомов раздражения брюшины не выявлялось. Диастала мочи стала 120. Ваш диагноз и тактика лечения?
52. Больной 28 лет, инвалид 2-й группы, поступил в клинику и порядке скорой помощи с жалобами на сильные приступообразные опоясывающие боли с иррадиацией в межлопаточное пространство, тошноту, периодическую рвоту, расстройство стула (чередование запоров и поносов), похуцание, слабость. Из анамнеза известно, что больной 2 недели назад был оперирован по экстренным показаниям по поводу острого панкреатита в фазе отека П.Ж. Операция состояла в дренировании и тампонировании полости малого сальника. В последующем, после выписки из стационара, больной диету не соблюдал, продолжал злоупотреблять алкоголем. Объективно: состояние средней тяжести, истощен, кожные покровы бледные, несколько желтушны. Пальпаторно в области правого подреберья, в проекции головки ПЛ., определяется округлой формы болезненное образование размером 10x10 см. Печень на 3 см ниже реберной дуги. При рентгенологическом исследовании желудка - явления гастродуоденальной непроходимости, оттеснение медиальной стенки 12-перстной кишки. Амилаза мочи - 960 г.г./л. Лейкоцитоз - $12,8 \times 10^3$ мм. Какие методы инструментальной диагностики необходимо применить для уточнения характера патологии? Какова лечебная тактика?
53. У больной 41 года, страдавшей в прошлом много лет хроническим холециститом, внезапно развился приступ резких болей в верхней половине живота. Боли носили опоясывающий характер, сопровождались многократной рвотой, не приносящей облегчения. Состояние средней тяжести; пульс 80-90 ударов в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. В подложечной области определяется умеренное вздутие и болезненность. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Диастаза в моче повышена до 600. Консервативное лечение, проводившееся в течение 2 суток, эффекта не дало. Состояние больной ухудшалось, повысилась температура тела до $38,2^{\circ}\text{C}$, пульс участился до 120 ударов в минуту. Живот стал вздутым, повысилась болезненность при пальпации боковых отделов брюшной полости и симптомы раздражения брюшины. Диастаза мочи снизилась до 40. Диагноз? Тактика?
54. Рабочий аккумуляторного завода обратился в приемный покой с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе. Состояние удовлетворительное. Пульс 88 в минуту, артериальное давление 100/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот симметричен, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный при поверхностной пальпации во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Ректально без патологии. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости без изменений. Ваш диагноз и тактика.
55. Больной 26 лет, находящийся на лечении в терапевтическом отделении по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии, жалуется на схваткообразные боли в животе. Состояние средней тяжести. Температура 38°C . Дыхание ослаблено справа сзади снизу, множественные хрипы. Пульс 100 в минуту, артериальное давление 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен желтым налетом. Живот умеренно равномерно вздут, мягкий, болезненный при пальпации во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. На рентгеноскопии органов брюшной полости - пневматоз толстого кишечника. Ваш диагноз и тактика лечения.

56. Больной 87 лет жалуется на отсутствие стула 7 дней. Состояние удовлетворительное. Подкожный жировой слой истончен. Пульс 88 в минуту, артериальное давление 150/ 90 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий. Через тонкую переднюю брюшную стенку пальпируются все отделы толстого кишечника эластичные, подвижные, заполненные каловыми массами. При ректальном исследовании выявленные плотные каловые массы, заполняющие всю ампулу прямой кишки. На обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости патологии не выявлено. Ваш диагноз и тактика.
57. В приемный покой доставлен больной 58 лет с жалобами на схваткообразные боли в животе, затруднение отхождения стула и газов. Болен около 3 суток, когда появились боли, которые постепенно нарастали. Подобные боли, но меньшей интенсивности, отмечает в течение последнего года. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Пульс 92 в минуту, артериальное давление 130/ 90 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот асимметричен, вздут в правой половине, мягкий, болезненный при пальпации больше слева. Перкуторно - высокий тимпанит, аускультативно - активная перистальтика, шум падающей капли. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. На рентгенограмме брюшной полости - уровни жидкости и чаши Клойбера. Ваш диагноз и тактика лечения.
58. Больной 25 лет, пониженного питания, поступил с жалобами на сильные постоянные боли в области пупка, рвоту, начавшуюся остро 3 ч назад. Стула не было, газы не отходят. Больной бледен, беспокоен. Язык обложен белым, влажный. Пульс 100, температура нормальная. Живот не вздут, мягкий. Пальпируется спастически сократившиеся петли кишечника. В правой половине живота на уровне пупка определяется плотное образование. Консервативное лечение не эффективно. На операции: в терминальном отделе спастически сокращенной подвздошной кишки обнаружено образование 5х5 см, на серозной оболочке в этом месте кровоизлияния. Образование плотное с неровной поверхностью, создается впечатление, что оно находится в просвете и не связано со стенкой кишки. Ваш диагноз и тактика?
59. Мужчина 39 лет проснулся среди ночи от жестоких болей в животе, постоянного характера, сопровождающихся многократно повторяющейся рвотой. Состояние тяжелое, черты лица заострены, кожа цианотичная, пульс 112 слабого наполнения. АД 90/ 60 мм рт.ст. Беспокоен, кричит от боли, язык сухой, рвота. Живот мягкий, асимметричный, вздут в правой половине, где нечетко пальпируется образование. Симптом Щеткина отрицательный. Выслушивается шум плеска, перистальтики нет. При пальцевом ректальном исследовании: сфинктер зияет, ампула пуста. Ваш диагноз и тактика.
60. Больной 42 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. Состояние средней тяжести, ведет себя беспокойно, температура нормальная, пульс 112. живот вздут больше в верхней половине, мягкий, болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка пальпируется овоидной формы плотное эластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии нет. Рентгенологически - множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут. Ваш диагноз и тактика?
61. У больной 28 лет вскоре после еды внезапно появились резкие боли в животе, схваткообразного характера, перестали отходить газы, не было стула, была многократная рвота. Состояние средней тяжести, беспокойная, стонет, пульс 80. Язык суховат, обложен. Живот умеренно вздут. В правой подвздошной области виден послеоперационный рубец после аппендэктомии. При пальпации живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет, перистальтика резонирующая, «шум плеска». На рентгенограмме - повышенная пневмотизация кишечника, горизонтальные уровни жидкости, чаши Клойбера в мезогастральной области. Ваш диагноз и тактика?
62. Больной 32 лет поступил с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, однократную рвоту. Общее состояние удовлетворительное, язык суховат, пульс 92, температура нормальная. Живот вздут, мягкий, болезненный в правой подвздошной области, здесь же пальпируется плотное эластическое образование, выслушивается усиленная перистальтика. Положительный симптом Валя, Обуховской больницы. Был скудный однократный стул, газы не отходят. Консервативное лечение без эффекта. Ваш диагноз и тактика?
63. Больная 65 лет заболела 3 дня назад, когда стали беспокоить умеренной силы боли в животе, тошнота. Затем боли усилились, появился стул с кровью «малиновое желе». Состояние средней тяжести, пульс 100. живот несколько увеличен в объеме, мягкий, болезненный в

правой половине, симптом Щеткина отрицательный. Произведена диагностическая лапароскопия: в брюшной полости большое количество геморрагического выпота, петли тонкого кишечника багрово красного цвета. Стенка киши и брыжейка резко отечны. Ваш диагноз и тактика?

64. У мальчика 12 лет поставлен диагноз илео-цекальной инвагинации. С момента начала заболевания прошло 10 часов. Общее состояние больного вполне удовлетворительное. Какова должна быть лечебная тактика?
65. Больной 42 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура в подмышечной впадине нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется мягкоэластическое образование, перистальтические шумы над которым не выслушиваются. Определяется высокий тимпанит. При ректальном исследовании патологических изменений не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкая кишка раздута. Ваш диагноз и тактика лечения ?
66. Мужчина 39 лет проснулся среди ночи от жестоких болей в животе, постоянного характера, сопровождавшихся многократно повторяющейся рвотой. Через час после начала заболевания был госпитализирован в хирургический стационар. Состояние больного тяжелое. Черты дтща заострены, кожные покровы цианотичны. Пульс слабого наполнения, 112 в минуту. Артериальное давление 90/60 мм рт.ст. Температура нормальная. Больной беспокоен, все время меняет положение. Кричит от болей. Рвота продолжается, рвотные массы приобрели каловый запах. Стула нет, газы не отходят. Язык сухой. Живот мягкий, асимметричен, вздут в правой половине, где нечетко пальпируется плотно-эластическое образование. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика не выслушивается. При пальцевом ректальном исследовании: сфинктер зияет, ампула прямой кишки пуста. Ваш диагноз и действия ?
67. Больной 56 лет, находящийся на лечении в терапевтическом отделении по поводу тяжелой формы нижнедолевой крупозной пневмонии слева, со 2-го дня заболевания стал жаловаться на распирающие тупые боли в животе, которые постепенно нарастали. Вздулся живот. Появилась задержка стула, перестали отходить газы, появилась рвота, не вызывавшая облегчения. Температура в это время была 38° С, пульс 120 в минуту. Живот вздут, но мягкий, слегка болезненный при пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. При перкуссии высокий тимпанит. Свободная жидкость в животе не определяется. Перистальтика не выслушивается. При ректальном исследовании: тонус сфинктера сохранен, в прямой кишке небольшое количество каловых масс. При рентгенологическом исследовании определяется большое количество газа в желудке, тонком и толстом кишечнике; жидкости в кишечнике немного; диафрагма стоит высоко, подвижность ее ограничена. Ваш диагноз и тактика лечения?
68. У больного 46 лет ночью начались острые боли в левой половине живота схваткообразного характера, рвота, газы перестали отходить. От болей принимал вынужденное положение, не находил себе места. Боли иррадиировали в левую паховую область. Стула не было. Мочеиспускание участилось, но моча оставалась светлой. При осмотре состояние средней тяжести, бледен, пульс 70 в минуту. Язык влажный, температура нормальная. Живот равномерно вздут, при перкуссии над ним тимпанит. При пальпации - мягкий, болезненный в правой половине, при аускультации перистальтика ослаблена. Симптом Раздольского и Щеткина-Блюмберга нерезко положительны в левой половине. Поколачивание в левой поясничной области - болезненно. Анализ крови: Л - 10.200; РОЗ - 5 мм/час. Анализ мочи: в осадке - эритроциты свежие 15-20 в поле зрения. Лейк. - 2-3 в поле зрения. При ректальном исследовании ампула прямой кишки расширена. Поставьте диагноз ? Составьте план обследования и лечения больного.
69. Больной 37 лет, шофер, после длительного перерыва в приеме пищи обильно поел и лег спать. В 4 часа утра проснулся от сильных режущих болей по всему животу, которые затем приняли схваткообразный характер. Стул был накануне. При осмотре: больной от болей занимает коленно-локтевое положение, покрыт холодным потом. Пульс 100 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 100/60 мм рт.ст. Язык сухой. Живот асимметричен, за счет левой половины живота, при пальпации усиливается перистальтика и

боль. При перкуссии слева над поверхностью живота - высокий тимпанит. Ректально: ампула заполнена каловыми массами. Ваш диагноз? Лечебная тактика?

70. Больной 48 лет поступил с жалобами на тупые приступообразные боли, больше в левой половине живота, задержку стула в течение 4 дней, плохое отхождение газов. Болен в течение 3 недель, когда появились тупые боли в животе. Применял клизмы в связи с запорами, похудел, плохой аппетит. При обследовании: состояние удовлетворительное, Удовлетворительного питания, кожные покровы бледные. Язык суховат. Живот умеренно вздут, мягкий, безболезненный. В левой подвздошной области пальпируется слегка болезненное образование без четких контуров. Перистальтика живая, временами усилена. Ректально без особенностей. Ваш диагноз? Лечебные мероприятия План обследования?
71. .Во время экстренной операции установлено, что причиной острой кишечной непроходимости явилось узлообразование - узел подвздошной и сигмовидной кишки. Несмотря на все попытки узел развязать не удается. Что делать ?
72. Во время операции по поводу острой толстокишечной непроходимости была найдена стенозирующая опухоль средней трети сигмовидной кишки. Метастазов нет. Ваши действия?
73. После подъема тяжести у больного внезапно появились сильнейшие боли в животе, рвота, перестали отходить газы, в связи с чем через 4 часа от начала заболевания больной был доставлен в приемный покой хирургического стационара. Состояние при поступлении тяжелое - одышка в покое, цианоз губ, тахикардия, гипотония - АД 80/50 мм рт.ст. Живот не вздут, мягкий, болезненный в левом подреберье. Симптом Блюмберга отрицателен. При обследовании грыжевых ворот (паховых, бедренных и пупочного кольца) болезненности нет, При обзорной рентгенографии - брюшной полости обнаружено скопление газа в правой половине ободочной кишки и единичные уровни в тонкой кишке. Эффекта от консервативной терапии не получено (спазмолитики, сифонная клизма) ж больной был срочно оперирован. На операции была обнаружена ущемленная диафрагмальная грыжа слева. После рассечения диафрагмы ущемленная петля поперечно-ободочной кишки извлечена из грыжевого мешка, жизнеспособность ее не нарушена. Дефект в диафрагме зашит. В дальнейшем было выяснено, что в прошлом у больного имела место тупая травма брюшной полости с переломом ребер. Почему до операция не было распознано, что причиной непроходимости является ущемленная диафрагмальная грыжа?
74. Больной жалуется на тупые боли в паховой области при длительной ходьбе и физической нагрузке. При осмотре в паховой области в вертикальном положении больного определяется овоидной формы мягко эластическое образование размером 5х6 см, исходящее из наружного отверстия пахового канала. В горизонтальном положении больного образование исчезает. Диаметр отверстия 1,5 см. Элементы семенного канатика не дифференцируются от образования. Ваш диагноз и тактика?
75. Больной 71 года в течение трех последних лет испытывает затруднения при мочеиспускании. Моча выделяется тонкой вялой струйкой, частыми стали позывы на мочеиспускание. Год назад больной заметил в обеих паховых областях округлой формы выпячивания размером 5х5 см, исчезающие в положении лежа. При осмотре образования эти безболезненные, мягкой консистенции. Семенные канатики расположены снаружии от выпячиваний, наружные отверстия паховых каналов круглой формы диаметром 2 см. Ваш диагноз и тактика?
76. У больной 45 лет в течение последнего года стало появляться выпячивание ниже паховой складки справа и дизурия. За 5 часов до поступления в клинику выпячивание увеличилось в размерах, стало резко болезненным. При осмотре в правой паховой области имеется выпячивание размерами 6х5 см, резко болезненное, неврправимое в брюшную полость, симптом "кашлевого толчка" отрицательный. Ваш диагноз и тактика лечения?
77. Пациент, 54 лет, жалуется на боли в эпигастральной области, появляющиеся без определенных причин и на наличие опухолевидного образования на 7 см выше пупка по средней линии. При осмотре выявлено образование 2,5х1,5 см овоидной формы, эластической консистенции, безболезненное, не меняющее свою форму при перемене положения тела. Ваш диагноз и тактика?
78. Больная 46 лет в течение 2 лет страдает неврправимой пупочной грыжей, особых неприятностей она ей не причиняла. Но в последние 3 дня в области выпячивания появилась краснота, отечность и резкая болезненность. Пальпация живота в других отделах безболезненная, симптомов раздражения брюшины нет. Ваш диагноз и тактика?

79. У больного 16 лет во время операции по поводу паховой грыжи обнаружено, что грыжевой мешок размерами 6х6 см и по вскрытии его содержит прядь сальника и яичко. С каким видом грыжи встретился хирург, и какой объем оперативного вмешательства должен быть выполнен у данного пациента?
80. Больного, 66 лет, оперируют по поводу рецидивной пахово-мошоночной грыжи в четвертый раз. При ревизии обнаружено, что апоневроз наружной косой мышцы живота истончен, разволокнен и не даёт возможности надежно укрепить стенку пахового канала. Как поступить, чтобы избежать очередного рецидива?
81. В приемный покой доставлен пациент 55 лет, страдающий в течение 4 лет пахово-мошоночной грыжей. Сутки назад грыжа ущемилась. Больной, находясь дома, пробовал сам вправить грыжу, это ему не удалось. Состояние ухудшалось, и он решил обратиться в клинику. В приемном отделении грыжа самопроизвольно вправилась. Больной почувствовал себя «здоровым» и просит отпустить его домой. Ваша тактика?
82. Больной 65 лет оперирован по поводу ущемленной паховой грыжи, при ревизии кишечника ущемленная петля оказалась нежизнеспособной, была произведена резекция участка кишки. Что заставляет считать ущемленную кишку нежизнеспособной? На каком расстоянии от границы некротизированного участка следует резецировать кишку в дистальном и проксимальном направлениях?
83. Больному 36 лет через 12 часов после ущемления косой паховой грыжи сделана операция. В грыжевом мешке оказалось две жизнеспособные петли тонкой кишки, операция закончена грыжесечением и пластикой пахового канала. На следующий день у больного развилась клиника перитонита. С каким видом ущемления столкнулся хирург, какие ошибки им допущены во время операции?
84. Больной 26 лет, оперирован по поводу острого перитонита через 17 часов от начала заболевания. На операции обнаружен гангренозный аппендицит с перфорацией червеобразного отростка. В правой подвздошной области около 150 мл гнояного экссудата, париетальная и висцеральная брюшины гиперемированы, остальные отделы брюшной полости - без видимых патологических изменений. Укажите дальнейшие действия хирурга и особенности ведения больного в послеоперационном периоде.
85. Больная 56 лет, поступила в стационар с картиной обострения хронического холецистита на 2-е сутки от начала приступа. Общее состояние больной было удовлетворительным. Температура 38° С. Пульс 92 в мин. Живот болезненный только в правом подреберье, где определяется умеренно выраженное защитное мышечное напряжение. Остальные отделы живота оставались спокойными. Больная получала консервативное лечение. Внезапно состояние больной резко ухудшилось: появились сильные боли в животе, «чувство страха», больная побледнела, появились одышка и рвота, температура повысилась до 40,0° С, пульс 120 в мин. Живот вздут, определяется разлитая болезненность и симптом Менделя во всей правой половине живота. Лейкоцитоз увеличился с 9,0 до 25,0 (х10⁷/л). Что произошло с больной? Какова должна быть тактика хирурга?
86. У молодой женщины внезапно 7 часов назад возникли сильные боли в нижней половине живота справа. Боли носят постоянный характер, иррадиируют в прямую кишку. Общее состояние больной средней тяжести. Температура 38,8°С. Язык влажный. Пульс 100 в мин. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации брюшной стенки в правой подвздошной области определяется болезненность и резкое напряжение. Симптом Щеткина-Блюмберга определяется по всей нижней половине живота. Аппендикулярные симптомы отрицательны. При вагинальном исследовании резкая болезненность. При ректальном исследовании определяется нависание переднего свода. Какое заболевание можно предположить? Как лечить больную?
87. Больной 29 лет, доставлен вертолетом из геологической партии на третьи сутки от начала заболевания в крайне тяжелом состоянии. Он вялый, апатичный, адинамичный, с трудом вступает в контакт, не может сообщить о начале и течении заболевания. Имеется типичное «лицо Гиппократата». Температура 39,2°С. Дыхание поверхностное, 36 дыхательных движений в мин. Пульс 132 в мин., слабого наполнения. Артериальное давление 80 и 40 мм рт.ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот резко и диффузно вздут, при пальпации умеренно болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печеночная тупость отсутствует, в свободной брюшной полости определяется жидкость. Перистальтика

кишечника не выслушивается. Какой диагноз Вы поставите больному? Как будете его лечить?

88. Больному 42 лет, в плановом порядке по поводу язвы желудка была сделана резекция желудка по Бильрот-11. На 3-й день состояние пациента резко ухудшилось. Появились боли в эпигастриальной области, которые, постоянно нарастая, распространились по всему животу. Дыхание стало затрудненным, появилась икота. В легких везикулярное дыхание. Пульс 120 в мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный (особенно в эпигастриальной области), напряжен. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный, перистальтические шумы не выслушиваются. В отлогих местах брюшной полости притупление перкуторного звука. О каком осложнении в этом случае следует думать? Какова Ваша тактика лечения больного?
89. Во время утреннего обхода врач обратил внимание на 16-летнего мальчика, который ночью был оперирован дежурным хирургом по поводу острого аппендицита. Больной крайне беспокоен, мечется от болей. Боли носят постоянный характер. Температура 39,0°C. Дыхание частое, поверхностное. Пульс 122 в мин. Язык сухой. Живот напряжен, даже легкое прикосновение к коже живота вызывает резкую болезненность. Перистальтика кишечника не выслушивается. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. К больному вызван оперировавший хирург. Он сообщил, что во время операции обращала на себя внимание необычная тусклость брюшины, выпота не было. Макроскопически им был поставлен диагноз: Флегмонозный аппендицит. Что происходит с больным? Какова Ваша тактика?
90. У больного, оперированного 5 дней назад по поводу острого флегмонозного аппендицита, появились боли в правом подреберье, усиливающиеся на вдохе. Повысилась температура до 38,7°C. Пульс учащен. Язык влажный, Живот мягкий при пальпации, но в правом подреберье слегка болезненный. Печень выходит из-под реберной дуги на 6 см. Симптом Грекова-Ортнера положителен. В легких везикулярное дыхание. При рентгенологическом исследовании изменений со стороны легочной паренхимы не найдено. В плевральном синусе имеется небольшое количество выпота. Правый купол диафрагмы уплощен, ограничен в подвижности. Лейкоцитов в крови $16,0 \times 10^9$ в 1 л О каком осложнении вы подумали? Какое исследование может помочь уточнить диагноз? Ваша тактика при лечении этого больного?
91. У больного, доставленного скорой помощью, острый панкреатит. Температура 38,2°C, пульс 128 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 85/65 мм рт.ст. Живот вздут, в отлогих отделах определяется притупление, положителен симптом Блюмберга-Щеткина. Лейкоцитоз - $18,0 \times 10^9$ /л, нейтрофильный сдвиг. Формулы крови влево. Давность заболевания - менее 2-х суток. Ваше представление о больном и ваша тактика?
92. Молодая женщина 31 года доставлена с диагнозом перитонит. Заболела остро через 12 часов после случайной половой связи. Общее состояние средней тяжести. Температура в подмышечной впадине 38,5°C, в прямой кишке - 40°C. Тахикардия. Язык влажный. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в нижней половине, главным образом над лоном. Положителен симптом Блюмберга. При ректальном исследовании определяется болезненность движений шейки матки. Ваши представления о больной? И ваши действия?
93. На 4-е сутки после экстирпации желудка у больного на фоне введения анальгетиков и проводимой антибиотикотерапии: внезапно появились сильные боли в верхней половине живота, которые вскоре стихли. Однако затем, несмотря на проведение мероприятий по стимуляции перистальтики кишечника, начал нарастать парез кишечника и интоксикация - высокая лихорадка, лейкоцитоз со значительным нейтрофильным сдвигом влево. Ваше мнение - чем обусловлена тяжесть состояния больного? Ваша тактика?
94. В состоянии сильного алкогольного опьянения больной, со слов соседей, накануне вечером был избит собутыльниками. Сам пострадавший ничего не помнит. В момент осмотра в приемном покое жалуется на постоянные сильные боли в животе, рвоту. Состояние тяжелое. На лице, туловище и конечностях множество ссадин и кровоподтеков. Пульс частый (140 в минуту), ритмичный, слабого наполнения. АД 70/40 мм рт.ст. Язык сухой. Живот вздут, резко болезненный во всех отделах. Положителен симптом Блюмберга. В отлогих отделах живота определяется притупление. Ваше мнение - чем определяется тяжесть состояния больного? Ваша тактика?
95. Из психоневрологического интерната с диагнозом желудочное кровотечение доставлен больной М., 34 лет, страдающий врожденной дебильностью. Контакт с больным затруднен, он плачет. С трудом можно понять, что его беспокоят боли в животе. Состояние больного тяже-

лое. В момент осмотра дважды была рвота, рвотные массы цвета "кофейной гущи". Температура в подмышечной впадине 38,5°, пульс 120 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 100/70 мм рт.ст. Живот вздут, болезненный во всех отделах. Положителен симптом Блюмберга. В отлогих отделах живота определяется притупление. При пальцевом исследовании прямой кишки - нависание и болезненность передней стенки ее. В крови лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево и снижение гемоглобина. Ваше представление о больном? Ваша тактика?

96. Больной Н., 67 лет, три дня назад был оперирован по поводу правостороннего гнойного паранефрита. Гнойник вскрыт и дренирован. Однако определяемое до операции напряжение передней брюшной стенки и болезненность, которые трактовались как "сочувственные" явления со стороны брюшной полости, сохраняются. Несмотря на проводимую массивную антибактериальную терапию продолжают нарастать явления интоксикации, стал положительным симптом Блюмберга. Ваше представление о больном? Ваша тактика?
97. У больного, страдающего комбинированным митральным пороком сердца с мерцательной аритмией, внезапно появились очень сильные боли в животе, которые через 4 часа исчезли, но затем возобновились и стали носить разлитой характер, медленно нарастая. К моменту поступления в стационар состояние больного тяжелое, беспокоят постоянные сильные боли в животе, усиливающиеся при движениях. Температура в подмышечной впадине 39°C. Выражение лица страдальческое. Акроцианоз. Пульс слабого наполнения - 140 ударов в I минуту, мерцательная аритмия. АД 80/40 мм рт.ст. Язык сухой. Живот вздут, резко болезненный во всех отделах. Положителен симптом Блюмберга. Определяется лейкоцитоз со значительным нейтрофильным сдвигом влево. Ваше мнение о больном? Ваша тактика?
98. У больного С., 78 лет, много лет страдающего вправимой паховой грыжей, накануне вечером внезапно наступило ущемление. За врачебной помощью больной не обращался, сам произвел вправление ущемленной грыжи. Но боли в животе сохранились, в связи с чем утром больной был доставлен в дежурный хирургический стационар. Состояние при поступлении тяжелое. Температура в подмышечной впадине 38,5°C. Бледен. Стонет от болей. Пульс 136 в I минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 90/60 мм рт.ст. Язык сухой. Живот несколько вздут, мягкий, резко болезненный. Положителен симптом Блюмберга. Анализ крови - лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево. Ваше мнение о больном и тактика?
99. У больного 28 лет два часа назад внезапно возникла кинжальная боль в эпигастрии, а затем по всему животу. Ранее беспокоила изжога, боли натощак, ночью. Состояние средней тяжести. Живот втянут, в дыхании не участвует. При пальпации отмечается резкая болезненность по всему животу, разлитое мышечное напряжение, положительные симптомы Менделя, Воскресенского, Щеткина-Блюмберга. Печеночная тупость отсутствует. Температура 36,6°C. Лейкоцитов в крови 10,7x10%. Ваш диагноз и тактика?
100. Больной 68 лет поступил через сутки от начала заболевания с жалобами на сильные боли по всему животу. Состояние тяжелое, положение вынужденное, пульс 100, артериальное давление 110 и 70 мм рт.ст. Язык сухой, живот напряжен, положительные симптомы раздражения брюшины, печеночная тупость отсутствует. Ваш диагноз и тактика лечения?
101. У больного 39 лет, страдающего в течение многих лет язвой двенадцатиперстной кишки, появилось чувство тяжести в желудке после еды, отрыжка тухлым, ежедневная рвота съеденной накануне пищей. Состояние больного удовлетворительное. Живот мягкий, определяется "шум плеска" натощак. При рентгеноскопии установлено, что желудок значительных размеров, начальная эвакуация замедлена, пилорoduоденальный отдел сужен, в луковице двенадцатиперстной кишки на задней стенке имеется "депо" контраста. Через 12 часов значительная часть контрастной взвеси остается в желудке. Ваш диагноз и тактика?
102. Больному 60 лет, в течение 25 лет страдает язвой желудка. В последний год отметил изменение характера болей - они стали постоянными, тупыми, исчезла "сезонность" обострений. Появился плохой аппетит, слабость. При обследовании в клинике выявлено снижение общей кислотности желудочного сока до 10, свободная соляная кислота - 0. При рентгеноскопии желудка в антральном отделе определяется "ниша" размерами 2,5 см., ригидность стенки желудка, "географический рисунок" складок слизистой. Ваш диагноз и тактика?
103. Больной 4 года назад перенес субтотальную резекцию желудка по поводу рака антрального отдела. Обратился с жалобами на слабость, утомляемость, плохой аппетит. Изредка бывают боли в эпигастрии, рвота. При осмотре обращает на себя внимание похудание, дефи-

цит массы 25 кг, незначительные отеки на правой стопе и голени. Ваш предварительный диагноз и тактика?

104. Больной 55 лет страдает язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в течение 8 лет. При выявлении жалоб отмечены симптомы субкомпенсированного стеноза. Ваш план обследования и лечения?
105. Больной 18 лет заболел 6 часов назад, когда в верхних отделах живота появилась интенсивная режущая боль, которая затем самостоятельно уменьшилась. При пальпации живота отмечается умеренная болезненность в правой подвздошной области, по правому флангу, здесь же определяются положительные симптомы Менделя, Воскресенского, Щёткина-Блюмберга, незначительная болезненность в эпигастральной области. Печёночная тупость сохранена. Каков Ваш диагноз, план обследования и лечение?
106. Через 12 часов от начала заболевания у больного 40 лет на операции выявлено перфорационное отверстие на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, с перифокальной инфильтрацией до 2,5 см, рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, больших размеров желудок, во всех отделах брюшной полости серозно-фибринозный выпот. Ваш выбор операции?
107. У больного 28 лет, страдающего язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, болевой синдром резко усилился за последние 2 часа. При обследовании выявлено наличие печёночной тупости, болезненность в эпигастрии, сомнительные симптомы раздражения брюшины, пульс 74 в минуту. Ваш предположительный диагноз, план дальнейшего обследования?
108. В приемное отделение доставлен больной в бессознательном состоянии, с периодическими приступами клонических судорог. По словам родственников он много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у больного часто были обильные рвоты и он сильно похудел. При осмотре: больной истощен, обезвожен, в эпигастральной области имеется пигментация кожи и определяется шум плеске. Какой диагноз может быть поставлен? С чем связано состояние, в котором больной поступил? Как следует лечить больного, начиная с момента поступления? В чем заключаются неотложные мероприятия?
109. Больной 36 лет в течение 12 лет страдает язвенной болезнью желудка с почти ежегодными обострениями. Лечится регулярно в поликлинике, несколько раз был на курорте, тщательно соблюдает диету. В терапевтическом стационаре ни разу не лечился. При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании язва все время прослеживается. Следует ли больному предлагать операцию? Дайте обоснование лечения.
110. Больной 42 лет страдает язвенной болезнью желудка в течение 10 лет. После лечения в стационаре наступали ремиссии, длящиеся 1-2-3 года. Три месяца назад у больного появились боли в поясничной области, иногда носящие опоясывающий характер, в остальном течение заболевания не изменилось. При рентгенологическом исследовании определяется глубокая ниша, располагающаяся по задней стенке ближе к малой кривизне антрального отдела желудка. Почему изменился характер болей? Как рекомендуется печатать больного?
111. Больной доставлен в приемный покой клиники с жалобами на боли в правой подвздошной области. Заболевание началось внезапно за 10 часов до поступления в стационар с сильных болей в эпигастрии. Затем они распространились по всему животу. Позже максимальные боли стали ощущаться в правой подвздошной области. При осмотре состояние больного средней тяжести. Пульс 112 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Язык су;сой, обложен. Живот болезненный в правой половине, особенно в правой подвздошной области, где определяется напряжение и резко положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Анализ крови: Л - 15600; п. - 16% с - 77; л - 4; М - 3. С диагнозом острый деструктивный аппендицит больной был оперирован. В правой подвздошной ямке обнаружен мутный выпот с примесью пищевых масс, червеобразный отросток не утолщен, гиперемирован. Дальнейшая тактика хирурга? Диагноз?
112. Больной 35 лет доставлен в приемный покой клиники с жалобами на сильные боли в животе. Боли появились внезапно среди полного здоровья при физической нагрузке за 1,5 часа до поступления в стационар. В момент осмотра состояние больного средней тяжести, он бледен, заторможен, положение вынужденное ~ на спине с приведенными бедрами, Пульс - 56 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД - 70/40. Язык сухой. Передняя брюшная стенка резко напряжена, болезненна, участия в акте дыхания не принимает. Положительный

симптом Блюмберга-Щеткина, В верхней половине живота над печенью определяется высокий тимпанит. Ваш диагноз? Дополнительные исследования? Тактика?

113. Больной 36 лет поступил через 8 часов от начала заболевания. Заболевание началось очень остро, резкими болями в эпигастриальной области, была однократная рвота. Больной находился в квартире один и мог вызвать врача только через 7 часов. В момент осмотра общее состояние больного удовлетворительное, жалуется на боли в правой подвздошной области, где имеется локальная болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура 37,3° С, пульс 100 в минуту. Лейкоцитов в крови 15,0 в I мкл. Положительным оказался и симптом Ровзинга, Был поставлен диагноз острого аппендицита и больной взят на операцию. Однако после вскрытия брюшной полости выделилось значительное количество мутной жидкости с примесью кусочков непереваренной пищи. Каков правильный диагноз? Почему ошибся хирург? Что следует предпринять?

Образец экзаменационного билета

Билет № 33	
1.	Общая характеристика современной гнойной инфекции, возбудители. Синдром системной воспалительной реакции.
2.	Химическая антисептика, основные группы препаратов, показания к применению.
задача 1	114. Больной жалуется на тупые боли в паховой области при длительной ходьбе и физической нагрузке. При осмотре в паховой области в вертикальном положении больного определяется овоидной формы мягко эластическое образование размером 5х6 см, исходящее из наружного отверстия пахового канала. В горизонтальном положении больного образование исчезает. Диаметр отверстия 1,5 см. Элементы семенного канатика не дифференцируются от образования. Ваш диагноз и тактика?
задача 2	115. Больной 32 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся сутки назад. Сначала боль возникла в эпигастриальной области, была однократная рвота, затем боли локализовались в правой подвздошной области и с тех пор усиливаются, что и заставило пациента обратиться к врачу. Стул нормальный. При осмотре: язык влажный, температура нормальная, отмечается болезненность в правой подвздошной области, напряжения мышц нет. Положительные симптомы Ровзинга и Ситковского. Симптом Щеткина-Блюмберга и Менделя отрицательный. Лейкоцитов в крови $8,0 \times 10^9/\text{л}$, анализ мочи без особенностей. Ваш диагноз и тактика лечения.
Зав.кафедрой общей хирургии	
проф.В.П.Морозов	

7.4 Методические материалы и методика, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Специфика формирования компетенций и их измерение определяется структурированием информации о состоянии уровня подготовки обучающихся.

Алгоритмы отбора и конструирования заданий для оценки достижений в предметной области, техника конструирования заданий, способы организации и проведения стандартизированных оценочных процедур, методика шкалирования и методы обработки и

интерпретации результатов оценивания позволяют обучающимся освоить компетентностно-ориентированные программы дисциплин

Формирование части компетенций **ОПК-4** ИД-1, ИД-2, ИД-3, **ОПК-7** ИД-1, ИД-2, ИД-3, **ПК-1** ИД-1, ИД-2, ИД-3, **ПК-5** ИД-1, ИД-2, **ПК-6** ИД-1, ИД-2, ИД-3, ИД-4, **ПК-7** ИД-1, ИД-2, ИД-3, ИД-4, **ПК-9** ИД-1, ИД-2, ИД-3, **ПК-10** ИД-1, ИД-2, ИД-3, **ПК-11** ИД-1, ИД-2 осуществляется в ходе всех видов занятий, практики а контроль их сформированности на этапе текущей, промежуточной аттестации и государственной итоговой аттестации.

7.4.1. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности

1. Порядок применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ высшего образования.
2. Положение о порядке формирования Фонда оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации высшего профессионального образования.
3. Положение об организации и проведении текущего контроля знаний и промежуточной аттестации интернов, ординаторов факультета последипломного образования в ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.
4. Положение об итоговой государственной аттестации выпускников ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.
5. Положение о балльно-рейтинговой системе для обучающихся по образовательным программе.

8. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины

Основная литература:

6. Общая хирургия : учебник для мед. вузов / С. В. Петров. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР- Медиа", 2010. - 767 с. : ил., табл. + 1 эл. опт. Диск - НО (2), ЧЗ (4), УО (25)
7. Петров, С. В. Общая хирургия [Электронный ресурс] : гриф УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России. / Петров С.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - . - ISBN ISBN 978-5-9704-2281-6
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970422816.html?SSr=030134159c1022b3673f505khiga>
8. Общая хирургия : учебник для вузов с компакт-диск / С. В. Петров. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР- Медиа", 2007. - 767 с. : ил., табл. + 1 эл. опт. Диск - НО (2), УО (247)
9. **Гостищев, В. К.** Общая хирургия [Электронный ресурс] : гриф Минобрнауки России. / Гостищев В.К. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - . - ISBN ISBN 978-5-9704-2574-9.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970434918.html?SSr=030134159c1022b3673f505khiga> – для иностр.студ.

10. **Хирургические болезни** : учеб.-метод. пособие / [А. И. Кириенко, А. М. Шулутко, В. И. Семиков, В. В. Андрияшкин]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 184 с.

Дополнительная литература:

Учебники и руководства.

Общая хирургия

5. Хирургические болезни: учебник с компакт-диск: в 2 т. / ред.: В. С. Савельев, А. И. Кириенко. - 2-е изд., испр. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР- Медиа", 2006
6. Справочник семейного врача. Хирургические болезни. Седов В.М., т.1-СПб.: Изд-во «Диля».- 2008.- 272с.
7. Справочник семейного врача. Хирургические болезни. Седов В.М., т.2-СПб.: Изд-во «Диля».- 2008.- 272с.
8. Справочник семейного врача. Хирургические болезни. Седов В.М., т.3-СПб.: Изд-во «Диля».- 2008.- 208с.

Неотложная хирургия

3. **Неотложная абдоминальная хирургия:** справочное пособие для врачей / А. А. Гринберг [и др.] ; ред. А. А. Гринберг. - М.: Триада-Х, 2010. - 493
4. Неотложная хирургия живота: учебное пособие/Р.В.Чеминава; ред.Л.В.Поташов.- СПб, издательство СПбГМУ, 2016.-276 с.

Атласы

1. Атлас абдоминальной хирургии : [В 3-х т.] / Э. Итала; пер. с англ. под ред. Ю. Б. Мартова. - М. : Мед. лит., 2006 –
2. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники / Ю. В. Белов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Мед. информ. агентство, 2011. - 463 с.
3. Атлас хирургических операций: атлас / Р. М. Золлингер (мл.), Р. М. Золлингер (ст.) ; пер. с англ. под ред. В. А. Кубышкина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 479.

Патогенетические основы хирургических болезней

2. А. А. Власов, М. В. Кукош, В. В. Сараев. Диагностика острых заболеваний живота : руководство - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 448 с.

Монографии, посвященные отдельным темам:

Острый аппендицит

2. Седов В.М., К.Л.Бохан, А.А.Гостевской. Болезни червеобразного отростка»./ “Человек”, - Санкт-Петербург, 2016, - 338 с..

Заболевания желудка и 12-п. кишки

Общие вопросы язвенной болезни и ее осложнений

2. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки./ Москва, "МЕДпресс-информ". 2002.

Перфоративные гастродуоденальные язвы

2. Профилактика, лечение острых гастродуоденальных язв и язвенной болезни: монография / О. Н. Скрябин, И. А. Горбачева, Л. А. Шестакова [и др.]. - СПб. : [б. и.], 2009. - 243

Желудочные и дуоденальные кровотечения

2. В. К. Гостищев, М. А. Евсеев. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение) : рук. для врачей - М. : Изд. группа "ГЭОТАР - Медиа", 2008. - 379 с.

Острый холецистит

М. В. Самойлов, А. Г. Кригер, П. К. Воскресенский. Холецистит. Желчнокаменная болезнь. Холедохолитиаз: [Текст] : клинико-анатом. сопоставления, диагностика и тактика лечения /; Мед. центр Управления делами РАН. - М. : Наука, 2006. - 68, [1] с. : ил. - Библиогр.: с. 68-69

Острый панкреатит

4. Яицкий Н.А., Седов В.М., Сопия Р.А. Острый панкреатит./Москва.- Мед-пресс Ин-форм.- 2003.
5. В. Лысенко, А. С. Девятов, С. В. Урсов, В. Г. Пасько, А. М. Грицюк. Острый панкреатит: дифференцированная лечебно-диагностическая тактика / М. - М. : Изд-во "Литтерра", 2010. - 165 с., [2] л. цв. ил. : ил., табл. - (Практ. руководства). - Библиогр.: с. 156-161
6. Ившин В.Г. Чрескожное лечение больных с панкреонекрозом и распространенным парапанкреатитом. Тульская технология: монография / - Тула : Гриф и К, 2013. - 119, [3] с. : ил., табл. - Библиогр.: с. 119-120

Заболевания кишечника:

Острая кишечная непроходимость

3. А. П. Власов, М. В. Кукош, В. В. Сараев. Диагностика острых заболеваний живота : руководство / - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с.
4. Хирургические заболевания тонкой кишки: монография / В. М. Самойленко, А. Ц. Буткевич. - М. : Граница, 2014. - 247 с.

Перитонит

2. Гаин Ю.М. с соавт. Иммунный статус при перитоните и пути его патогенетической коррекции. Минск, 2001.

Учебно- методические пособия:

7. Сборник кратких конспектов лекций по курсу общей хирургии: учебное пособие под ред. Проф. Д.Ю. Семёнова– СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2014. – 123 с. (AcademicNT)
8. Ситуационные задачи по общей хирургии: пособие для студентов под редакцией проф. Д.Ю. Семёнова, СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2014. – 55 с. (AcademicNT)
9. Введение в травматологию: пособие для студентов: под ред. проф. В.П. Морозова СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2020. – 42 с. (AcademicNT)
10. Хирургический сепсис: пособие для студентов медицинских вузов ред. Проф. Д.Ю. Семёнова– СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2016. – 26 с. (AcademicNT)
11. Раны. Раневой процесс: учебное пособие, под ред. проф. В.П. Морозова СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2020. – 31 с. (AcademicNT)

12. Десмургия: учебное пособие, под ред. проф. В.П. Морозова СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2020. – 36 с. ([AcademicNT](#))

Дополнительная:

7. Шаповалов В.М., *Основы внутреннего остеосинтеза* [Электронный ресурс] / Шаповалов В.М., Хоминец В.В., Михайлов С.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 240 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970412503.html?SSr=030134159c1022b3673f505khiga>
8. Глухов А.А., *Основы ухода за хирургическими больными* [Электронный ресурс] : учебное пособие / Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 288 с. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432167.html?SSr=030134159c1022b3673f505khiga>
9. Морозов В.П. и др. Варикозная болезнь вен нижних конечностей – СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2018. – 24 с. - [academicNT](#)
10. 01512 Хирургические аспекты заболеваний щитовидной железы [Текст] : практ. пособие для студентов, клинич. ординаторов и врачей практ. здравоохранения / [К. К. Мирчук и др.] ; Первый Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. фак. хирургии. - СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2018. - 82 с. : ил. - НО (5), УО (66), ЧЗ (3) – [academicNT](#)
11. *Уход за хирургическими больными* : руководство к практ. занятиям : учеб. пособие / [Кузнецов Н. А. и др.] ; под ред. Н. А. Кузнецова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 192 с. : ил.
12. *Основы ухода за хирургическими больными*: учебное пособие / А.А. Глухов, А.А. Андреев, В.И. Болотских. 2013. - 288 с.

9. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети Интернет, необходимых для освоения дисциплины

Электронные базы данных: Электронная библиотека ПСПбГМУ им. И.П.Павлова, База справочных материалов в программе [academicNT](#).

Периодические издания: нет

10. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

10.1. Характеристика особенностей технологий обучения в Университете

В ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные

ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам..

10.2 Особенности работы обучающегося по освоению дисциплины «Общая хирургия»

Обучающиеся при изучении учебной дисциплины используют образовательный контент, а также методические указания по проведению определенных видов занятий, рекомендации и пособия по данной дисциплине по работе с ним, разработанные профессорско-преподавательским составом (ППС) кафедры.

Успешное усвоение учебной дисциплины «**Общая хирургия**» предполагает активное, творческое участие обучающегося на всех этапах ее освоения путем планомерной работы. Обучающийся должен активно участвовать в выполнении видов практических работ, определенных для данной дисциплины. Проводимые на клинических практических занятиях различных модульных тестирований и дают возможность непосредственно понять алгоритм применения теоретических знаний, излагаемых на лекциях и в учебниках.

В этой связи при проработке лекционного материала обучающиеся должны иметь в виду, что в лекциях раскрываются наиболее значимые вопросы учебного материала. Остальные осваиваются обучающимися в ходе других видов занятий и самостоятельной работы над учебным материалом.

Следует иметь в виду, что все разделы и темы дисциплины «**Общая хирургия**» представлены в дидактически проработанной последовательности, что предусматривает логическую стройность курса и продуманную систему усвоения обучающимися учебного материала, поэтому нельзя приступать к изучению последующих тем (разделов), не усвоив предыдущих.

10.3 Методические указания для обучающихся по организации самостоятельной работы в процессе освоения дисциплины

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование, устный и/или письменный опрос
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование, устный и/или письменный опрос
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Собеседование, устный и/или письменный опрос
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Заслушивание, обсуждение докладов, проверка рефератов.
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение клинических задач, перевод текстов, проведение расчетов, подготовка клинических разборов)	Собеседование Проверка заданий

Участие в научно-исследовательской работе кафедры	Доклады Публикации
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участников
Работа с вопросами и ситуационными задачами для самопроверки	Собеседование, устный и/или письменный опрос
Подготовка ко всем видам контрольных испытаний	Собеседование, устный и/или письменный опрос

10.4 Методические указания для обучающихся по подготовке к занятиям

Занятия клинического практического типа предназначены для расширения и углубления знаний обучающихся по учебной дисциплине, формирования умений и компетенций, предусмотренных стандартом. В их ходе обучающимися реализуется верификационная функция степени усвоения учебного материала, они приобретают умения вести научную дискуссию. Кроме того, целью занятий является: проверка уровня понимания обучающимися вопросов, рассмотренных на лекциях и в учебной литературе, степени и качества усвоения обучающимися программного материала; формирование и развитие умений, навыков применения теоретических знаний в реальной практике решения задач, анализа профессионально-прикладных ситуаций; восполнение пробелов в пройденной теоретической части курса и оказания помощи в его освоении.

Обучающийся должен изучить основную литературу по теме занятия, и, желательно, источники из списка дополнительной литературы, используемые для расширения объема знаний по теме (разделу), интернет-ресурсы.

Наименование темы (раздела)	
Антисептика.	<ol style="list-style-type: none"> 1 Дайте определение антисептики. 3 Чем отличается асептика от антисептики? 4 Перечислите виды антисептики. 5 Особенности механической антисептики. 6 Особенности физической антисептики. 7 Особенности химической антисептики. 8 Особенности биологической антисептики. 9 К какому виду антисептики относятся ферменты? 10 Как проводится предстерилизационная обработка хирургического инструментария ? 11 Как стерилизуют катетеры 12 Как стерилизуют шелк 13 Как стерилизуют капрон 14 Как стерилизуют кетгут 15. Основные принципы проведения механической антисептики? 16. Какие требования предъявляются к перевязочному материалу? 17. К какому виду антисептики относится гипербарическая оксигенация, гемосорбция и ультрафиолетовое облучение крови и на чем основан механизм их действия? 18. Зачем проводится бензидиновая проба?

<p>Наименование темы (раздела)</p>	
	<p>19 Как стерилизуется перевязочный материал? 20.Какой срок хранения стерильного материала в биксах I 21.Кто предложил асептику? 22. Кто предложил антисептику? 23Как проводится стерилизация оптического инструментария? 24.Как стерилизуются перчатки? 25. Как стерилизуется режущий инструментарий? 26 Как стерилизуются шприцы? 27.Определите показания к применению физической антисептики. 28.Определите показания к применению химической антисептики, 29.Определите показания к применению биологической антисептики 30 Когда применяются комбинированные виды антисептики? 31. К какому виду антисептики относятся окислители и на чем основан механизм их действия? 32. К какому виду антисептики относятся протеолитические ферменты и на чем основан механизм их действия? 33. Опишите пути введения антибиотиков. 34. Какие осложнения вызывают антибиотики? 35 Какие способы контроля стерилизации вы знаете?</p>
<p>Методика обследования хирургического больного. Хирургическая операция.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите основные вопросы, задаваемые больному при выяснении анамнеза жизни. 2. Какие разделы анамнеза вы знаете 3. Какие дополнительные методы обследования и в какой последовательности надо применять при заболеваниях желудка (печени. щитовидной железы, сосудов нижних конечностей и пр). 4. что называют инвазивными и неинвазивными методами обследования. 5. На основании каких методов обследования формируется диагноз. 6. Для чего проводится перед операцией рентгенологическое исследование органов грудной и брюшной полостей? 7. С какой целью перед операцией и в послеоперационном периоде проводится перкуссия и аускультация органов грудной и брюшной полостей? 8. В каких случаях проводится диагностическая операция? 9. Какие бывают операции'? 10. Дайте определение паллиативных операций. 11. В каких случаях выполняются одномоментные оперативные вмешательства ? 12. Какие необходимо соблюдать условия для выполнения лечебных операций' 13. Дайте определение предоперационного периода. 14. От чего зависит продолжительность предоперационного периода? 15. Зачем изучаются перед операцией и в послеоперационном периоде биохимические показатели крови? 16. Как готовится больной к оперативному вмешательству на органах желудочно-кишечного тракта? 17. Дайте определение послеоперационного периода. 18. От чего зависит продолжительность послеоперационного периода? 19. Какие осложнения развиваются в послеоперационном периоде? 20. Опишите лечебные мероприятия, проводимые при кровотечении в ран-

<p>Наименование темы (раздела)</p>	
	<p>нем послеоперационном периоде.</p> <ol style="list-style-type: none"> 21. Как проводится профилактика пролежней в послеоперационном периоде? 22. Опишите причины, способствующие развитию осложнений со стороны легких в послеоперационном периоде. 23. Какие лекарственные препараты наиболее эффективно устраняют болевую реакцию в ране и препятствуют развитию осложнения со стороны легочной ткани в послеоперационном периоде?' 24. На чем основана профилактика послеоперационных осложнений со стороны легких? 25. Зачем изучается почасовой диурез. 26. На чем основано лечение послеоперационных гемодинамических нарушений? 27. Как проводится лечение пареза кишечника? 28. Как проводится профилактика почечной недостаточности? 29. Какие осложнения, связанные с нарушением свертывающей системы, развиваются в послеоперационном периоде? 30. Как проводится неспецифическая профилактика тромбообразования перед оперативным вмешательством? 31. Как проводится неспецифическая профилактика тромбообразования в послеоперационном периоде? 32. Перечислите источники тромбоэмболии легочной артерии. 33. Опишите клинику тромбоэмболии легочной артерии. 34. Как проводится лечение тромбоэмболии легочной артерии? 35. Какие изменения развиваются в организме при ДВС-синдроме? 36. Как проводится парентеральное питание?'
<p>Раны. Понятие о раневом процессе.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определение раны 2. Классификация ран по инфицированности 3. Классификация ран по отношению к внешней среде 4. Классификация ран характеру ранящего предмета 5. Огнестрельные раны 6. Клинические признаки ран 7. Определение раневого процесса 8. Общие и местные реакции организма на рану 9. Отличие условно-асептической раны от свежееинфицированной и гнойной 10. Фазы раневого процесса (общие признаки) 11. Фазы раневого процесса (местные признаки) 12. Что такое раневая инфекция и методы ее предупреждения. 13. Какие раны заживают первичным натяжением 14. Условия для заживления ран первичным натяжением 15. Причины заживления ран вторичным натяжением 16. Характеристика грануляционной ткани 17. Осложнения, вызванные рубцами. 18. Основные задачи в лечении ран 19. Понятие и цель туалета раны 20. Что такое ПХО раны 21. Виды вторичных швов 22. Показания к ПХО раны 23. Тактика врача при наличии свежееинфицированной раны 24. Современные антисептики, применяемые в лечении в лечении свежее-

<p>Наименование темы (раздела)</p>	
	<p>инфицированных и гнойных ран.</p>
<p>Кровотечения</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определение кровотечения 2. Классификация кровотечений по отношению к внешней среде 3. Классификация кровотечений по тяжести 4. Классификация кровотечений по частоте 5. Общие и местные признаки кровотечения 6. Особенности внутренних кровотечений 7. Клинические признаки скрытых кровотечений 8. Методы оценки кровопотери 9. Изменения лабораторных показателей при кровотечении 10. Общие признаки при кровопотери 11. Патогенез централизации кровообращения 12. Способы временной остановки кровотечения 13. Правила наложения жгута 14. Осложнения при наложении жгута 15. Методика пальцевого прижатия артерии 16. Классификация окончательных методов остановки кровотечения 17. Механические способы остановки кровотечений 18. Физические способы остановки кровотечений 19. Химические способы остановки кровотечений 20. Биологические способы остановки кровотечений 21. Остановка кровотечения при травме селезёнки
<p>Поражения мягких тканей. Омертвения, язвы, ожоги, отморожения</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Классификация некрозов по морфологическому признаку 2. Классификация некрозов по причине возникновения 3. Какие виды исходов некрозов вы знаете? 4. Классификация трофических язв пл причине возникновения 5. Дайте определение ожога. Какие факторы способны его вызывать? 6. Каковы механизмы защиты кожи от ожогов? 7. В чём разница между глубокими и поверхностными ожогами? 8. Что такое струн, каковы границы его распространения? 9. Какие методики применяются для дифференциального диагноза глубоких и поверхностных ожогов? 10. В чём заключается правило «девятки» и способ «ладони», применяемые для определения площади ожогов? 11. Что такое прогностический индекс Франка, критерии его оценки? 12. В чём принципиальная особенность химических ожогов? 13. Каковы особенности ожогов, вызванных кислотами и щелочами? 14. В чём особенности патогенеза, диагностики и лечения электроожогов? 15. Что такое ожоговая болезнь? 16. Каковы особенности клинических проявлений ожогового шока? 17. В чём заключается интенсивная терапия при ожоговом шоке? 18. Что является причиной ожоговой токсемии? 19. В чем заключаются клинические проявления ожоговой токсемии? 20. Как планируется лечение пострадавшего в стадии токсемии? 21. Каковы патогенетические особенности септикотоксемической стадии ожоговой болезни? 22. Перечислите принципы оказания первой помощи при ожогах. 23. Каковы особенности лечения ожоговой раны?

<p>Наименование темы (раздела)</p>	
	<ol style="list-style-type: none"> 24. В чем заключается закрытый метод лечения ожогов? 25. Какое оснащение требуется для открытого лечения ожогов? 26. В какие сроки происходит отторжение струпа? 27. В чём заключается химическая некрэктомия? 33. Перечислите виды аутодермопластики. 28. Является ли стадия реконвалесценции полным выздоровлением при ожоговой болезни? 29. Что такое общее переохлаждение организма и замерзание? 30. Каковы степени общего переохлаждения и их клинические проявления 31. Перечислите мероприятия по лечению переохлаждения. 32. Каковы анатомические и функциональные особенности отморожений периферических частей тела? 33. Охарактеризуйте периоды развития отморожений. 34. Каковы общие признаки отморожений? 35. Что такое «траншейная стопа»? 36. В чем заключаются мероприятия первой помощи при отморожениях? 37. Каковы мероприятия консервативного лечения отморожений? 38. Каковы особенности хирургического лечения отморожений в зависимости от их степени?
<p>Острая гнойная хирургическая инфекция</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте определение хирургической инфекции. 2. Классификация хирургической инфекции. 3. Патогенез хирургической инфекции. 4. Дайте определение фурункула и фурункулеза. 5. Чем опасна локализация фурункулов выше верхней губы? 6. Какие осложнения может вызвать фурункул? 7. Охарактеризуйте общие изменения в организме при хирургической инфекции. 8. Опишите основные принципы лечения хирургической инфекции. 9. Дайте определение карбункула. 10. Какие патологоанатомические изменения наблюдаются при карбункуле? 11. На чем основано лечение карбункула? 12. Опишите клинику гидраденита. 13. Чем отличается абсцесс от флегмоны? 14. Основные принципы лечения абсцессов. 15. Основные принципы лечения флегмоны 16. Дайте определение рожистого воспаления. 17. Какие осложнения вызывает рожистое воспаление'.' 18. Какие формы рожистого воспаления Вы знаете. 19. Дайте определение мастита. 20. Классификация мастита. 21. .Опишите клинику мастита. 22. Что подразумевается под понятием госпитальной инфекции 23. Профилактика госпитальной инфекции. 24. На чем основаны мероприятия, направленные на разрыв механизмов передачи госпитальной инфекции'.' 25. Дайте определение остеомиелита. 26. Классификация остеомиелита. 27. Назовите группу атипично протекающих остеомиелитов.

<p>Наименование темы (раздела)</p>	
	<p>28. Основные возбудители остеомиелита? 29. Почему чаще всего острым гематогенным остеомиелитом болеют дети? 30. Какие кости в первую очередь поражаются при гематогенном остеомиелите? 31. Причина появления болей при остеомиелите? 32. Что такое секвестр и какие секвестры бывают? 33. Опишите современные методы лечения остеомиелита. 34. Дайте определение сепсиса. Классификация сепсиса. 35. Опишите клинику сепсиса. 36. Перечислите основные принципы лечения сепсиса. 37. Чем отличается в клиническом течении сепсис от гнойно-резорбтивной лихорадки? 38. На основании каких симптомов можно диагностировать сепсис? 39. Какие виды анаэробной флоры вы знаете 40. Клостридиальная анаэробная хирургическая инфекция 41. Патогенез, клиника, диагностика и лечение газовой гангрены 42. Патогенез, клиника, диагностика и лечение столбняка 43. Осложнения газовой гангрены 44. Осложнения столбняка 45. Неклостридиальная анаэробная хирургическая инфекция 46. Гнойные заболевания кисти. Особенности анатомического строения кисти. 47. Классификация гнойных заболеваний кисти. 48. Кожный панариций. Этиология, клиника, лечение. 49. Подкожный панариций. Этиология, клиника, лечение. 50. Паронихий. Клиника, лечение. 51. Подногтевой панариций. 52. Костный и суставной панариций. Этиология, клиника, лечение. 53. Сухожильный панариций. 54. Пандактилит. Клиника. Лечение. 55. Флегмоны кисти. Флегмона тенара и гипотенара. Клиника, лечение. 56. Комиссуральная флегмона. Клиника, лечение. 57. Флегмона срединного ладонного пространства. 58. Перекрестная или U – образная флегмона. Этиология, клиника, лечение. 59. Флегмоны тыльной поверхности кисти.</p>
<p>Острый аппендицит</p>	<p>ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ 1. Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается: а) с серозного покрова червеобразного отростка, б) со слизистой червеобразного отростка, в) с мышечного слоя червеобразного отростка, г) с купола слепой кишки, д) с терминального отдела тонкой кишки. 2. При остром аппендиците в начале заболевания характерна рвота: а) однократная, б) многократная, в) приносящая облегчение, г) не приносящая облегчения, д) усугубляет состояние больного. 3. Симптом Кохера - это: а) усиление болей в правой подвздошной области в положении на левом боку, б) разница подмышечной и ректальной температуры более чем на один градус, в) боли из эпигастральной области смещаются в правую подвздошную, г) усиление болей в правой подвздошной области при поколачивании в левой, д) резкие боли при поколачивании по</p>

Наименование темы (раздела)	
	<p>передней брюшной стенке.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Симптом Ленандера - это: а) усиление болей в положении больного на левом боку, б) разница подмышечной и ректальной температур более чем на один градус, в) боли, локализующиеся в эпигастральной области, смещающиеся в правую подвздошную, г) усиление боли в правой подвздошной области при поколачивании в левой, д) болезненность при пальпации в области треугольника Пти. 5. Симптом Ровзинга - это: а) усиление боли в правой подвздошной области в положении больного на левом боку, б) разница подмышечной и ректальной температур более одного градуса, в) первоначально боли локализуются в правой подвздошной области, г) усиление болей в правой подвздошной области при пальпации в левой подвздошной области, д) болезненность при пальпации в области треугольника Пти. 6. Симптом Ситковского - это: а) усиление болей в правой подвздошной области при положении больного на левом боку, б) разница подмышечной и ректальной температур более чем на один градус, в) локализация болей в эпигастральной области сменяется на правую подвздошную, г) усиление болей в правой подвздошной области при поколачивании в левой подвздошной, д) болезненность при пальпации в правой подвздошной области. 7. Для острого аппендицита у пожилых больных характерно: а) слабо выраженные симптомы раздражения брюшины, б) высокий лейкоцитоз, в) раннее развитие деструктивных изменений в отростке, г) сильные боли, д) высокая лихорадка. 8. Для перфоративного аппендицита характерны: а) симптом Менделя, б) нарастание клинической картины перитонита, в) внезапное усиление болей в животе, г) напряжение мышц передней брюшной стенки, д) все перечисленное. 9. Какие дополнительные методы обследования являются обязательными у пациентов с острым аппендицитом: а) пальцевое ректальное исследование, б) ирригоскопия, в) рентгеноскопия желудка, г) рентгеноскопия легких, д) вагинальное исследование у женщин. 10. Для диагностики острого аппендицита используются дополнительные методы: а) лапароскопия, б) клинический анализ крови, в) ректальное исследование, г) термография, д) все перечисленное верно. 11. Клинически острый аппендицит может быть принят за: а) сальпингит, б) острый холецистит, в) дивертикулит Меккеля, г) прерванную внематочную беременность, д) любую из этих видов патологии. 12. После аппендэктомии при остром катаральном аппендиците назначают: а) антибиотики, б) анальгетики, в) сульфаниламиды, г) слабительные, д) все перечисленное. 13. Отметить для какой локализации червеобразного отростка характерен симптом Габая - болезненность при пальпации в области треугольника Пти: а) центральной, б) медиальной, в) тазовой, г) подпеченочной, д) ретроперитонеальной. 14. Для острого аппендицита у детей характерно: а) слабо выраженные симптомы раздражения брюшины, б) быстрое распространение воспалительного процесса на париетальную брюшину, в) раннее развитие деструктивных изменений в отростке, г) сильные боли, д) высокая лихорадка. 15. Что характерно для аппендикулярного инфильтрата: а) наличие пальпиру-

<p>Наименование темы (раздела)</p>	
	<p>емого умеренно болезненного опухолевидного образования в правой подвздошной области, б) отрицательный симптом раздражения брюшины, в) реактивный плеврит, г) «кинжальные» боли в животе, д) болезненность при пальпации в области треугольника Пти.</p> <p>16. Тактика при формировании периаппендикулярного абсцесса: а) оперативное лечение, б) консервативное лечение, в) лечение физиотерапевтическими процедурами, г) лечение только антибиотиками и противовоспалительными средствами.</p> <p>17. Что характерно для тазового абсцесса (абсцесса Дугласова пространства): а) частое, болезненное мочеиспускание, б) при ректальном осмотре определяется нависание передней стенки или пальпируется инфильтрат, в) болезненность при пальпации в области треугольника ПТИ, г) положительный симптом Кохера, д) положительный симптом Крюкова.</p> <p>18. Что характерно для поддиафрагмального абсцесса: а) положительный симптом Крюкова, б) положительный симптом Кохера, в) положительный симптом Ситковского, г) положительный симптом Губергрица, д) болезненность при пальпации в области треугольника Пти.</p> <p>19. Способы диагностики поддиафрагмального абсцесса: а) УЗИ органов брюшной полости, б) рентгенография грудной клетки и брюшной полости, в) ангиография, г) фиброгастроскопия, д) дуоденальное зондирование.</p> <p>20. Лечение при тазовом абсцессе: а) консервативное, б) пункция гнойника через прямую кишку или влагалище, в) лапаротомия, г) торакотомия.</p> <p>21. Местные изменения при нагноении послеоперационной раны: а) гиперемия, отек послеоперационной раны, б) пальпируется поверхностно расположенный инфильтрат в проекции послеоперационной раны, в) положительные симптомы раздражения брюшины, г) положительный симптом Кохера, д) жидкий стул, болезненное мочеиспускание.</p> <p>22. Клиническая картина внутрибрюшного кровотечения складывается из: а) общей слабости, б) головокружения, в) интенсивной боли в животе, г) гипертермии, д) снижения показателей гемоглобина и эритроцитов.</p> <p>23. Симптом острого аппендицита, при котором левой рукой надавливают на брюшную стенку в левой подвздошной области, соответственно расположению нисходящей части ободочной кишки, а правой надавливают на вышележащий отдел толстой кишки, называется симптомом: а) Щеткина-Блюмберга, б) Ровзинга, в) Ортнера, г) Ситковского, д) Воскресенского.</p> <p>24. . Первичная локализация болей при остром аппендиците может быть: 1. В правой подвздошной области 4. В поясничной области 2. В эпигастральной области 5. В области пупка 3. В паховой области</p> <p>25. . При ретроцекальном аппендиците может наблюдаться: 1. Нерезкая выраженность симптомов Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона 2. Слабая выраженность или отсутствие симптома Воскресенского 3. Напряжение мышц в области треугольника Пти 4. Развитие забрюшинной флегмоны 5. Выраженный симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области</p> <p>26. При тазовом расположении червеобразного отростка чаще имеют место: 1. Жидкий стул 2. Симптомы Бартомье-Михельсона и Образцова 3. Резкая тошнота и частая рвота 4. Выраженные симптомы раздражения брюшины</p>

<p>Наименование темы (раздела)</p>	
	<p>5. Болезненность при пальпации стенок кишки при пальцевом исследовании прямой кишки.</p> <p>27. Только во время операции (или при выполнении диагностической лапароскопии) возможна дифференциальная диагностика острого аппендицита с: 1. Терминальным илеитом (болезнью Крона) 2. Воспалением дивертикула Меккеля 3. Пиелонефритом 4. Дивертикулитом правой половины толстой кишки 5. Острым панкреатитом</p>
<p>Острый холецистит</p>	<p>1. Отметьте пути проникновения инфекции в желчный пузырь: а) одонтогенный, б) эпидермальный, в) энтерогенный, г) лимфогенный, д) гематогенный</p> <p>2. Укажите из перечисленного причины литогенности желчи: а) высокая концентрация холестерина и фосфолипидов в крови, б) высокая концентрация холестерина и фосфолипидов в желчи, в) низкая концентрация холестерина и фосфолипидов в крови, г) высокая концентрация холестерина и низкая концентрация фосфолипидов в желчи, д) низкая концентрация холестерина и высокая концентрация фосфолипидов в крови.</p> <p>3. Острый холецистит обычно начинается с: а) повышения температуры, б) появления рвоты, в) болей в правом подреберье, г) расстройства стула, д) тяжести в эпигастральной области.</p> <p>4. Для острого холецистита характерно: а) однократная рвота, б) многократная рвота, в) приносящая облегчение, г) не приносящая облегчения, д) усугубляющая состояние больного.</p> <p>5. Отметить типичную иррадиацию болей при остром холецистите: а) в правую руку, б) в левую руку, в) в правую ногу, г) в левую ногу, д) в поясницу.</p> <p>6. Симптом Керра - это: а) болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге, б) болезненность при надавливании между ножками кивательной мышцы справа, в) болезненность при пальпации в проекции желчного пузыря, г) усиление болезненности при глубоком вдохе и пальпации в правом подреберье, д) резкая болезненность при поколачивании передней брюшной стенки.</p> <p>7. Выберите, что из перечисленного поможет в диагностике острого холецистита: а) амилазурия, б) лейкоцитоз, в) гипогликемия, г) глюкозурия, д) гипербилирубинемия.</p> <p>8. Наибольшей информативностью в диагностике калькулезного характера поражения при остром холецистите обладает: а) обзорная рентгеноскопия брюшной полости, б) ультразвуковое исследование, в) компьютерная томография, г) МРТ- холангиография.</p> <p>9. Какую диету назначают больным острым холециститом в первые сутки поступления в стационар: а) 1а, б) 5а, в) 9, г) 15, д) 0-стол.</p> <p>10. Какие мероприятия составляют основу консервативного лечения у больных острым холециститом: а) спазмолитики, б) цитостатики, в) наркотические анальгетики, г) антиферментные препараты, д) дезинтоксикационная терапия.</p> <p>11. Определите показания к экстренной операции при остром холецистите: а) острый холецистит, осложненный перитонитом, б) острый холецистит, осложненный желтухой, в) купированный приступ острого холецистита, г) выявление конкрементов на УЗИ, д) острый холецистит, осложненный холе-</p>

<p>Наименование темы (раздела)</p>	
	<p>дохолитиазом.</p> <p>12. Показанием к паллиативной операции - холецистостомии служит: а) старческий возраст больного, б) тяжелая сопутствующая патология, в) невозможность полноценного обследования больного, г) деструктивные формы холецистита, д) осложненные формы холецистита.</p> <p>13. К интраоперационным методам исследования внепеченочных желчных путей относится все, кроме: а) пальпация холедоха, б) холедохоскопия, в) интраоперационная холангиография, г) зондирование холедоха, д) МРТ- холангиография.</p> <p>14. При остром холецистите противопоказано применение: а) промедола, б) морфина, в) но-шпы, г) атропина, д) спазмалгона.</p> <p>15. У больных острым холециститом использование низкоинтенсивной лазеротерапии: а) нормализует сократительную функцию желчного пузыря, б) уменьшает воспалительный процесс, в) увеличивает печеночный кровоток, г) оказывает антибактериальное действие, д) угнетает метаболизм печени.</p> <p>16. Некалькулезный холецистит может быть: 1. Первично бактериальным, 2. Сосудистым, 3. Ферментативным, 4. Паразитарным, 5. Посттравматическим</p> <p>17. Первичная гангрена пузыря развивается у больных с: 1. Сосудистым холециститом, 2. Водянкой желчного пузыря, 3. Калькулезным холециститом, 4. Лямблиозным холециститом, 5. Эмпиемой желчного пузыря.</p> <p>18. К развитию механической желтухи может приводить: 1. Холедохолитиаз, 2. «Вколоченный» камень большого дуоденального соска, 3. Холангиолитиаз, 4. Обтурация шейки желчного пузыря камнем, 5. Образование внутреннего билиодигестивного свища.</p> <p>19. Что такое синдром Миризи? а) перфорация желчного пузыря; б) холецистохоледохеальная фистула; в) холецистодуоденальная фистула; г) врожденное отсутствие желчного пузыря; д) дополнительные желчные ходы.</p>
<p>Острый панкреатит</p>	<ol style="list-style-type: none"> Нормальные величины активности амилазы в сыворотке крови по Каравею составляют: а) 2-8 мг/ч мл, б) 12-32 мг/ч мл, в) 0 мг/ч мл, г) 4 мг/ч мл, д) 48 мг/ч мл. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть: а) желчнокаменная болезнь, б) гастродуоденит, в) аднексит, г)энтероколит, д) сальмонеллез. В развитии острого панкреатита главенствующая роль принадлежит: а) микробной флоре, б) плазмоцитарной интоксикации, в) микроциркуляторным нарушениям, г) аутоферментной агрессии, д) венозному застою. В патогенезе острого панкреатита не участвует: а) фосфолипаза, б) липаза, в) трипсин, г) эластаза, д) стрептокиназа. По распространенности поражения поджелудочной железы острый панкреатит может быть: а) очаговый, б) диффузный, в) тотальный, г) интерстициальный, д) геморрагический. Отметьте жалобы, наиболее характерные для острого панкреатита: а) опоясывающие боли, б) высокая температура, в) слабость, г) однократная рвота, приносящая облегчение, д) мелена. Болезненность в левом реберно-позвоночном углу характерна для симптома: а) Воскресенского, б) Мейо-Робсона, в) Грюнвальда, г) Мондора, д) Грей-Тернера. Что такое симптом Воскресенского: а) ослабление пульсации брюшного отдела аорты, б) метеоризм в верхней половине живота, в) напряжение

Наименование темы (раздела)	
	<p>мышц в эпигастрии, г) болезненность в левом реберно-позвоночном углу, д) болезненность между ножками левой кивательной мышцы.</p> <p>9. Для острого панкреатита в отличие от острого холецистита характерны: а) однократная рвота, б) многократная рвота, в) френикус-симптом справа, г) френикус-симптом слева.</p> <p>10.Выявление при лапароскопии серозного выпота и бляшек стеатонекроза соответствует: а) отечному панкреатиту, б) жировому панкреонекрозу, в)геморрагическому панкреонекрозу, г) гнойному панкреатиту, д) такие изменения не характерны для острого панкреатита.</p> <p>11.Основным в патогенетическом лечении острого панкреатита является: а) подавление секреторной активности поджелудочной железы, б) ликвидация гиповолемии, в) назогастральная декомпрессия желудочно-кишечного тракта, г) инактивация панкреатических ферментов, д) обезболивающая терапия.</p> <p>12.Какой стол назначается больному с острым панкреатитом в первые сутки? - а) голод, б) 0 стол по Певзнеру, в) 5 стол, г) 9, д) 15 стол по Певзнеру.</p> <p>13.Для купирования болевого приступа при остром панкреатите не применяется: а) анальгин, б) промедол, в) атропин, г) платифилин, д) морфин.</p> <p>14. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин может быть: а) желчнокаменная болезнь, б) хронический алкоголизм, в) аднексит, г) энтероколит, д) сальмонеллез.</p> <p>15. К токсическим осложнениям острого панкреатита относят: а)панкреатогенный шок, б) бактериальный шок, в) делириозный синдром,г) пневмония, д) эрозивно-геморрагический шок.</p> <p>16. К постнекротическим осложнениям острого панкреатита относят: а) панкреатический шок, б) острая печеночная недостаточность, в) абсцесс поджелудочной железы, г) панкреатогенный перитонит, д) киста поджелудочной железы.</p> <p>17. К гнойным осложнениям острого панкреатита относят: а) делириозный синдром, б) эрозивно-геморрагический гастроэнтерит, г) острая печеночная недостаточность, в) абсцесс сальниковой сумки, д) киста поджелудочной железы.</p> <p>18. Токсические осложнения со стороны каких органов развиваются чаще и протекают тяжелее при деструктивном панкреатите? - а) легких, б) сердца, в) печени, г) почек, д) сосудов.</p> <p>19. Панкреатогенный шок при остром панкреатите развивается в результате: а) отека поджелудочной железы, б) сдавления терминального отдела холедоха, в) ферментной токсемии, г) билиарной гипертензии, д) динамической кишечной непроходимости.</p> <p>20. При развитии панкреатогенного шока показано: а) госпитализация в терапевтическое отделение, б) госпитализация в хирургическое отделение, в) госпитализация в реанимационное отделение, г) срочная лапаротомия, д) интенсивная консервативная терапия.</p> <p>21. Для клиники гнойного панкреатита характерно: а) опоясывающая боль, б) тошнота, рвота, в) высокая температура, г) активное положение больного,д) интоксикация, одышка, цианоз.</p> <p>22. При осложнении острого панкреатита реактивным плевритом показан: а) усиление консервативной терапии, б) ежедневные плевральные пункции,</p>

<p>Наименование темы (раздела)</p>	
	<p>в) дренаж по Бюлау, г) торакотомия, д) лапаротомия.</p> <p>23. Для флегмоны забрюшинного пространства при остром панкреатите характерно: а) гектическая температура, б) субфебрильная температура, в) боли в животе, г) поясничные боли, д) пастозность мягких тканей поясничной области.</p> <p>24. При флегмоне забрюшинного пространства при остром панкреатите показано: а) лапаротомия, б) лапароскопия, в) оментобурсоскопия, г) люмботомия, д) холецистостомия.</p> <p>25. Наиболее информативными методами диагностики кисты поджелудочной железы являются: а) эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, б) исследование пассажа контраста по кишечнику, в) биохимическое исследование, г) ультразвуковое исследование, д) компьютерная томография.</p> <p>26. Методом выбора в хирургическом лечении ложной кисты поджелудочной железы является: а) наружное дренирование, б) консервативное лечение, в) чреспротоковое дренирование, г) удаление кисты, д) цистоэнтероанастомоз.</p> <p>27. Наружное дренирование панкреатических кист показано при: а) острых, не полностью сформированных, б) нагноившихся, в) одиночных зрелых, г) сообщении кисты с магистральным панкреатическим протоком, д) тяжелом состоянии больного.</p> <p>28. Внутреннее дренирование панкреатических кист показано при: а) острых, не полностью сформированных, б) нагноившихся, в) одиночных зрелых, г) сообщении кисты с магистральным панкреатическим протоком, д) расположении в головке поджелудочной железы.</p>
<p>Острая кишечная непроходимость</p>	<p>1. К факторам, приводящим к развитию острой кишечной непроходимости, относятся все перечисленные, исключая: а) перегрузку пищеварительного тракта обильной грубой пищей, б) изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма, в) изменение моторной функции кишечника с преобладанием пареза, г) situs viscerus inversus, д) внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления.</p> <p>2. Толстокишечная непроходимость чаще всего бывает обусловлена: а) каловыми камнями, б) раком кишечника, в) дивертикулитом, г) туберкулезом кишечника, д) паховой грыжей.</p> <p>3. Наиболее частая причина развития тонкокишечной непроходимости: а) глистная инвазия, б) желчные камни, в) спайки брюшной полости, г) опухоли кишечника, д) заворот кишечника.</p> <p>4. Причиной развития паралитической кишечной непроходимости могут быть: а) перитонит, б) свинцовое отравление, в) острый панкреатит, г) нижнедолевая пневмония, д) опухоль сигмовидной кишки.</p> <p>5. Клиника кишечной непроходимости, прежде всего, зависит от: а) возраста больного, б) пола больного, в) уровня непроходимости, г) сопутствующей сердечной патологии, д) сопутствующей легочной патологии.</p> <p>6. Для высокой тонкокишечной непроходимости характерны: а) схваткообразные боли в животе, б) опоясывающие боли в животе, в) многократная рвота, г) однократная рвота, д) "шум плеска" (симптом Склярова).</p> <p>7. Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме: а) постепенного нарастания симптомов, б) вздутие живота, в) появление чаш Клойбера, г) задержка стула, д) быстрое, в течение суток, обезвоживание.</p>

<p>Наименование темы (раздела)</p>	
	<p>8. Наиболее тяжело для больных протекает непроходимость: а) обтурационная, б) спастическая, в) паралитическая, г) странгуляционная, д) толстокишечная.</p> <p>9. Выберите симптом наиболее характерный для острой кишечной непроходимости: а) Гоманса, б) Крюкова, в) Образцова, г) Валя, д) Ровзинга.</p> <p>10. При подозрении на острую кишечную непроходимость в первую очередь производится: а) обзорная рентгенография органов брюшной полости, б) исследование пассажа контраста по кишечнику, в) эзофагогастродуоденоскопия, г) лапароскопия, д) биохимический анализ крови.</p> <p>11. Наибольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место: а) при спаечной кишечной непроходимости, б) при обтурационной кишечной непроходимости, в) при странгуляционной кишечной непроходимости, г) при паралитической форме динамической кишечной непроходимости, д) при спастической форме динамической кишечной непроходимости.</p> <p>12. Некробактериальные изменения стенки кишечника при странгуляционной кишечной непроходимости начинаются со стороны: а) серозного покрова, б) мышечного слоя, в) подслизистого слоя, г) слизистого слоя, д) со стороны всех слоев одновременно.</p> <p>13. В каких случаях применяют консервативное лечение острой кишечной непроходимости: а) заворот, б) узлообразование, в) ущемленная грыжа, г) копростаз, д) спастическая непроходимость.</p> <p>14. Признаками нежизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости могут быть: а) потеря тонуса кишки и отсутствие перистальтики, б) цианоз кишки, в) тусклость брюшинного покрова, г) отсутствие пульсации сосудов брыжейки, д) все перечисленное.</p> <p>15. Симптом Валя заключается: а) В визуально определяемой раздутой петле кишечника, контурирующейся через переднюю брюшную стенку, б) В пальпаторно определяемой растянутой петле кишечника в правом гипогастрии, в) В бурной перистальтике, определяемой визуально, г) В урчании, определяемом аускультативно у места обтурации кишки, д) В болезненности при перкуссии брюшной стенки.</p> <p>16. В начальном периоде развития острой механической кишечной непроходимости отмечают: а) Постоянные тупые боли в животе, б) Острые кинжальными болями в эпигастриальной области, в) Сильные, постоянные боли опоясывающего характера, г) Схваткообразные боли в животе, д) Боли в паховой области, иррадиирующие в нижние конечности.</p> <p>17. Причиной развития острой кишечной непроходимости могут являться следующие заболевания: 1. Геморрой . 2. Синдром Меллори-Вейса, 3. Опухоли кишечника, 4. Спайки в брюшной полости, 5. Грыжи брюшной стенки.</p> <p>18. Желчные камни, вызывающие непроходимость кишечника, образуются: 1. В печени, 2. В печеночных протоках, 3. В желчном пузыре, 4. В холедохе, 5. В двенадцатиперстной кишке.</p> <p>19. Странгуляционная кишечная непроходимость развивается при: 1. Завороте кишечника, 2. Узлообразовании, 3. Стенозировании просвета кишки опухолью, 4. Обтурации кишки инородным телом, 5. Ущемлении кишки в грыжевых воротах.</p>

<p>Наименование темы (раздела)</p>	
	<p>20. Экстренная операция по поводу острой кишечной непроходимости не показана при: 1. Наличии у больного тяжелых сопутствующих заболеваний, 2. Агональном состоянии больного . 3. Динамической кишечной непроходимости, 4. Возрасте больного старше 80 лет, 5. Получении положительного эффекта после проведения консервативной терапии.</p> <p>21. Обязательными этапами операции по поводу острой кишечной непроходимости с явлениями перитонита являются: 1. Устранение кишечной непроходимости. 2. Резекция приводящей петли кишки. 3. Санация брюшной полости, 4. Обеспечение эвакуации застойного содержимого из кишечника (назогастральная интубация кишечника и/или наложение противоестественного ануса). 5. Тампонирование брюшной полости.</p>
<p>Ущемлённые грыжи</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анатомической особенностью скользящей грыжи является: а) участие в образовании грыжевого мешка экстраперитонеально расположенного органа, б) отсутствие грыжевого содержимого, в) участие в образовании грыжевого мешка интраперитонеально расположенного органа, г) участие в образовании мешка мезоперитонеально расположенного органа, д) наличие грыжевого содержимого. 2. К осложнениям грыжи относятся: а) невправимая грыжа, б) косая грыжа, в) скользящая грыжа, г) гигантская грыжа, д) врожденная грыжа. 3. Грыжа Рихтера - это: а) ретроградное ущемление, б) пристеночное ущемление, в) ущемление червеобразного отростка в грыже, г) ущемление дивертикула Меккеля, д) скользящая грыжа. 4. Экстренной операции требуют следующие осложнение грыжи: а) невправимость, б) копростаз, в) малигнизация, г) ущемление, д) воспаление. 5. Невправимую грыжу характеризует: а) резкое сужение шейки мешка, б) сращение грыжевого мешка с его содержимым, в) большие грыжевые ворота, г) большое количество грыжевых вод, д) отсутствие грыжевого содержимого. 6. Признак ущемления грыжи: а) широкие ворота грыжи, б) узкие грыжевые ворота, в) грыжа вправляется в брюшную полость, г) грыжа не вправляется в брюшную полость, д) изменение размеров грыжевого выпячивания. 7. Укажите противопоказания к оперативному лечению ущемленной грыжи: а) инфаркт миокарда, б) рак желудка, в) старческий возраст, г) лекарственная болезнь, д) нет противопоказаний. 8. Отличие операции при ущемленной грыже от планового грыжесечения: а) вначале рассекается ущемляющее кольцо, б) вначале вскрывается грыжевой мешок, в) методика вмешательства совершенно одинакова, г) заканчивается особой пластикой грыжевых ворот, д) всегда сопровождается резекцией ущемленных органов. 9. С какого слоя начинаются некротические изменения в стенке ущемленной кишки: а) серозного, б) субсерозного, в) мышечного, г) подслизистого, д) слизистого. 10. При ущемлении петли кишки в грыжевых воротах наибольшие патологические изменения происходят в: а) в приводящей петле, б) в отводящей петле, в) приводящей и отводящей петле в равной степени, г) сегменте брыжейки ущемленной кишки, д) во всех перечисленных отделах. 11. Оценка жизнеспособности кишки при ущемленной грыже складывается из следующих клинических признаков: а) цвет и перистальтика кишки, б)

<p>Наименование темы (раздела)</p>	
	<p>наличие перистальтики и характер выпота в грыжевом мешке, в) пульсация сосудов брыжейки, цвет и перистальтика кишки, г) наличие выпота в грыжевом мешке, отсутствие пульсации сосудов брыжейки и перистальтики кишки, д) вздутие и цвет ущемленной кишки.</p> <p>12. Клиническая картина ущемленной и невправимой грыжи отличается всем, кроме:</p> <p>а) Наличия болей в области грыжевого выпячивания, б) Наличия болезненности в области грыжевого выпячивания, в) Симптома вправимости грыжи, г) Симптомов кишечной непроходимости.</p>
<p>Перитонит</p>	<p>1. Для острого перитонита характерны симптомы: 1. Щеткина-Блюмберга, 2. Мюсси-Георгиевского, 3. Мейо-Робсона, 4. Пастернацкого, 5. Куллена.</p> <p>2. Для реактивной стадии гнойного перитонита не характерно: а). Резкая болезненность живота при пальпации, б). Положительный симптом Щеткина-Блюмберга, в). Повышение температуры тела, г). Тахикардия, д). Исчезновение шумов кишечной перистальтики.</p> <p>3. Признаком терминальной стадии перитонита не является: а). Адинамия, б). Заостренные черты лица, в). Тахикардия, г). Снижение артериального давления, д). Усиление шумов кишечной перистальтики.</p> <p>4. К местному отграниченному перитониту не относят: а). Поддиафрагмальный абсцесс, б). Подпеченочный абсцесс, в). Межкишечный абсцесс, г). Первичный идиопатический перитонит, д). Абсцесс пузырьно-прямокишечного пространства</p> <p>5. При разлитом перитоните могут быть выявлены следующие признаки: 1. Вздутие живота, 2. Отсутствие перистальтических кишечных шумов, 3. Болезненность живота при пальпации во всех отделах, 4. Равномерное напряжение мышц передней брюшной стенки, 5. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.</p> <p>6. При гнойном перитоните расстройства гемодинамики обусловлены: 1. Снижением объема циркулирующей крови, 2. Снижением тонуса сосудистой стенки, 3. Изменением реологических свойств крови, 4. Нарушением сердечно-сосудистой деятельности, 5. Нарушением органного кровотока</p> <p>7. Трудности диагностики перитонита у больных пожилого и старческого возраста обусловлены: 1. Стертостью клинических проявлений, 2. Тяжелыми сопутствующими заболеваниями, 3. Ареактивностью или снижением защитных сил организма, 4. Затруднением или невозможностью сбора анамнеза, 5. Половой принадлежностью больных</p> <p>8. Агентами, вызывающими перитонит, могут быть: 1. Моча, 2. Содержимое желудка, 3. Кровь, 4. Желчь, 5. Свободный газ в брюшной полости</p> <p>9. Признаки перитонита имеются при следующих формах аппендицита: 1. Хроническом аппендиците, 2. Простом (поверхностном) аппендиците, 3.</p>

<p>Наименование темы (раздела)</p>	
	<p>Флегмонозном аппендиците, 4. Гангренозном аппендиците, 5. Перфоративном аппендиците</p> <p>10. К осложнениям перитонита не относят: а). Поддиафрагмальный абсцесс, б). Подпеченочный абсцесс, в). Межкишечный абсцесс, г). Тазовый абсцесс, д). Наличие желудочного содержимого в правом латеральном канале при прободной язве</p> <p>11. Комплексное лечение гнойного перитонита включает: 1. Хирургическое вмешательство, 2. Дезинтоксикацию, 3. Коррекцию метаболических нарушений, 4. Адекватную терапию антибиотиками, 5. Борьбу с парезом кишечника.</p> <p>12. Хирургическое лечение разлитого гнойного перитонита включает в себя следующие обязательные этапы: 1. Лапаротомию, 2. Устранение очага перитонита, 3. Интубацию и дренирование кишечника, 4. Санацию брюшной полости, 5. Блокаду круглой связки печени.</p> <p>13. Длительное нахождение дренажей в брюшной полости может привести: 1. К формированию пролежней и свищей 2. К кровотечению 3. К дополнительному инфицированию 4. К образованию спаек 5. К развитию кишечной колики</p> <p>14. Послеоперационными осложнениями при остром разлитом гнойном перитоните могут быть: 1. Пневмония, 2. Нагноение швов послеоперационной раны, 3. Ранняя спаечная послеоперационная непроходимость, 4. Эвентрация, 5. Тромбоэмболия легочной артерии</p> <p>15. Исход и прогноз операции при перитоните зависят от: 1. Пола больного, 2. Формы перитонита, 3. Времени от начала заболевания до операции, 4. Сопутствующих заболеваний, 5. Заболевания, приведшего к развитию перитонита</p> <p>16. Определить наличие экссудата в брюшной полости при остром перитоните можно с помощью всех перечисленных методов, кроме: а) Перкуссии, б) Фиброгастродуоденоскопии, в) Рентгенографии брюшной полости, г) Ультразвукового сканирования брюшной полости, д) Компьютерной томографии.</p> <p>17. Какой из перечисленных симптомов исчезает при переходе реактивной стадии острого перитонита в интоксикационную: а) Боли в животе, б) Симптом Щеткина-Блюмберга, в) Напряжение мышц брюшной стенки, г) Болезненность при пальпации живота. д) Перистальтические шумы</p>
<p>Перфоративная язва</p>	<p>1. Выберите симптомы, характерные для перфоративной язвы: а) "кинжальная" боль, б) опоясывающая боль, в) доскообразный живот, г) вздутый живот, д) мелена.</p> <p>2. Вынужденное положение больного с приведёнными к животу ногами и доскообразным напряжением мышц живота характерно для: а) геморрагического панкреонекроза, б) заворота кишок, в) прободной язвы, г) почечной колики, д) мезентериального тромбоза.</p> <p>3. Напряжение мышц правой подвздошной области при прободении дуоденальной язвы объясняется: а) рефлекторными связями через спинномозговые нервы, б) поступлением воздуха в брюшную полость, в) затеканием желудочного содержимого в правый боковой канал, г) развитием разлитого перитонита, д) висцеро - висцеральными связями червеобразного отростка.</p> <p>4. Выберите симптомы, характерные для пациента со стенозом привратника желудка: а) мелена, б) одышка, в) рвота желчью, г) рвота пищей, съеден-</p>

Наименование темы (раздела)	
	<p>ной накануне, д) икота.</p> <p>5. У больного с декомпенсированным стенозом пилорического отдела желудка может наблюдаться: а) психоз, б) расстройство зрения, в) дизурия, г) мышечные спазмы, д) мелена.</p> <p>6. Симптом "серпа" отмечается у больного с: а) пенетрацией язвы, б) прободением язвы, в) язвенным стенозом, г) раком желудка, осложнённым стенозом, д) обострением язвенной болезни.</p> <p>7. Какой инструментальный способ обследования применяют для диагностики прободной язвы желудка: а) УЗИ брюшной полости, б) фиброгастроуденоскопия, в) бронхография, г) рентгеноскопия брюшной полости, д) колоноскопия.</p> <p>8. Какой из перечисленных методов исследования может подтвердить диагноз стеноза привратника: а) УЗИ брюшной полости, б) рентгеноскопия желудка, в) дуоденальное зондирование, г) лапароскопия, д) радиоизотопное исследование.</p> <p>9. Крайне редким осложнением язв двенадцатиперстной кишки является: а) перфорация, б) кровотечение, в) малигнизация, г) пенетрация, д) стеноз.</p> <p>10. Какой метод диагностики подтверждает малигнизацию язвы: а) лапароскопия, б) пальпация живота, в) фиброгастроуденоскопия, г) рентгеноскопия брюшной полости, д) гистологическое исследование биоптата.</p> <p>11. Тактика хирурга при прободной язве желудка: а) консервативная терапия, б) оперативное вмешательство в плановом порядке, в) экстренная операция с возможной предоперационной подготовкой, г) подготовка к операции, д) динамическое наблюдение.</p> <p>12. Выберите тактику хирурга при декомпенсированном стенозе привратника желудка: а) консервативная терапия, б) экстренная операция, в) интенсивная консервативная терапия с почасовым наблюдением за больным, г) оперативное вмешательство после предоперационной подготовки, д) плановая операция через месяц.</p> <p>13. Характер оперативного вмешательства при прободной язве определяет: а) локализация перфоративного отверстия, б) степень выраженности перитонита, в) срок с момента перфорации, г) всё перечисленное, д) ничего из перечисленного.</p> <p>14. Возможный объём оперативного вмешательства при прободной язве двенадцатиперстной кишки: а) гастротомия, б) резекция двенадцатиперстной кишки, в) ушивание перфорации, г) дуоденопластика, д) гастрэктомия.</p> <p>15. Операцией выбора у больного с декомпенсированным стенозом пилорического отдела желудка язвенной этиологии является: а) резекция двенадцатиперстной кишки, б) резекция 2/3 желудка, в) резекция 4/5 желудка г) резекция двенадцатиперстной кишки, д) гастрэктомия.</p> <p>16. При перфоративной язве на обзорной рентгенограмме брюшной полости и поддиафрагмальных пространств можно выявить все изменения, кроме: а) Пневмоперитонеума, б) Выпота в плевральных синусах, в) Горизонтального уровня жидкости через всю брюшную полость, г) Перфорационного отверстия.</p> <p>17. Клиническими проявлениями дуоденальной язвы являются все, кроме: а) Дисфагии, б) Голодных и ночных болей, в) Тошноты, г) Рвоты, приносящей облегчение.</p> <p>18. Принято выделять все периоды течения перфоративной язвы, кроме: а) Бессимптомного, б) Периода острого живота, в) Периода "мнимого благо-</p>

<p>Наименование темы (раздела)</p>	
	<p>получия”, г) Периода разлитого перитонита.</p> <p>19. Наиболее часто язвы в желудке локализуются на: а) Передней стенке, б) Задней стенке, в) Малой кривизне, г) Большой кривизне.</p> <p>20. Объем операции при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки определяется всем, кроме: а) выраженности перитонита, б) тяжести сопутствующих заболеваний, в) практического опыта оперирующего хирурга, г) возраста больного, д) выраженности рубцово-язвенной деформации луковицы двенадцатиперстной кишки.</p> <p>21. При рубцово-язвенном стенозе выходного отдела желудка могут выполняться следующие хирургические вмешательства: 1. Наложение гастростомы по Витцелю, 2. Резекция 2/3 желудка, 3. Пилоропластика по Финнею, 4. Гастродуоденостомия по Жабуле, 5. Операция Гартмана.</p>

Примерный перечень тематик научно-практической работы:

Малоинвазивная хирургия органов брюшной полости и забрюшинного пространства

1.1 Диагностика и лечение заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства

- Изучение прогноза течения и тактики лечения острых хирургических заболеваний панкреато-билиарной системы
- Изучение этиопатогенеза перфоративных гастродуоденальных язв, анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения больных, исследование прогностических факторов заболевания
- Прогнозирование возникновения и течения желчно-каменной болезни у беременных и “родильниц”

1.2 Малоинвазивные технологии в лечении заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства

- Анализ применения пункционно-дренирующих вмешательств под УЗ- и Rg-контролем в лечении заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- Изучение непосредственных и отдаленных результатов лапароскопического ушивания перфоративных гастродуоденальных язв
- Радиочастотная абляция в лечении больных с метастатическими поражениями печени
- Чрескожные антеградные эндобилиарные вмешательства под УЗ- и Rg-контролем при лечении больных со стриктурами желчевыводящих протоков
- Малоинвазивные технологии в лечении кист, поликистоза печени и почек

1.3 Эндоскопическая хирургия

- Эндоскопическая хирургия в лечении желчно-каменной болезни и ее осложнений
- Лечение осложненных форм язв желудка и двенадцатиперстной кишки
- Стентирование – как метод лечения послеоперационных осложнений и злокачественных стриктур верхних отделов ЖКТ, различных стриктур желчевыводящих протоков
- Диагностическая и лечебная фистулоскопия, холедохоскопия
- Эндосонография в диагностике образований верхних отделов ЖКТ и заболеваний панкреато-билиарной зоны

Хирургическая эндокринология

Диагностика и лечение заболеваний щитовидной и паращитовидной железы, поджелудочной железы, надпочечников

- Поиск новых диагностических критериев в определении тактики хирургического лечения заболеваний надпочечников

- Молекулярно-биологические маркеры в дооперационной диагностике рака щитовидной железы

Малоинвазивные технологии в лечении заболеваний щитовидной и паращитовидной железы, поджелудочной железы, надпочечников

- Анализ применения эндовидеохирургических методов лечения заболеваний надпочечников

- Видеоассистированные оперативные вмешательства в лечении заболеваний щитовидной железы

Хирургическая лимфофлебология.

- Изучение отдаленных результатов лечения больных варикозной болезнью нижних конечностей с применением лазерных технологий

Хирургическая инфектология

- Изучение результатов высоких ампутаций нижних конечностей

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

Программное обеспечение ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова, являющееся частью электронной информационно-образовательной среды и базирующееся на телекоммуникационных технологиях:

- компьютерные обучающие программы;

12. Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Общая хирургия»

Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования	Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с документами по технической инвентаризации)
Учебная комната №1 Стол-6 шт Стулья -14 шт Стол преподавателя- 1 шт Кресло преподавателя -1 шт Доска- 1 шт	197022, Санкт-Петербург Ул.Льва Толстого 6-8, лит. Г, Здание общей (3-й) хирургии, 1 этаж, №94
Учебная комната №2 Стол-6 шт Стулья -14 шт Стол преподавателя- 1 шт Кресло преподавателя -1 шт Доска- 1 шт	197022, Санкт-Петербург Ул.Льва Толстого 6-8, лит. Г, Здание общей (3-й) хирургии, 1 этаж, №87
Учебная комната №3 Стол-6 шт Стулья -14 шт Стол преподавателя- 1 шт Кресло преподавателя -1 шт	197022, Санкт-Петербург Ул.Льва Толстого 6-8, лит. Г, Здание общей (3-й) хирургии, 1 этаж, №42

Доска- 1 шт	
Учебная комната №4 Стол-6 шт Стулья -14 шт Стол преподавателя- 1 шт Кресло преподавателя -1 шт Доска- 1 шт	197022, Санкт-Петербург Ул.Льва Толстого 6-8, лит. Г, Здание общей (3-й) хирургии, 1 этаж, №80
Учебная комната №5 Стол-6 шт Стулья -14 шт Стол преподавателя- 1 шт Кресло преподавателя -1 шт Доска- 1 шт	197022, Санкт-Петербург Ул.Льва Толстого 6-8, лит. Г, Здание общей (3-й) хирургии, 1 этаж, № 72
Учебная комната №6 Кабинет зав.учебной частью Стол-6 шт Стулья -8 шт Стол преподавателя- 1 шт Кресло преподавателя -1 шт	197022, Санкт-Петербург Ул.Льва Толстого 6-8, лит. Г, Здание общей (3-й) хирургии, 1 этаж, №50
Учебная комната №7 Стол-6 шт Стулья -14 шт Стол преподавателя- 1 шт Кресло преподавателя -1 шт Доска- 1 шт	197022, Санкт-Петербург Ул.Льва Толстого 6-8, лит. Г, Здание общей (3-й) хирургии, 2 этаж, № 195
Уч.комната №1 Стол-6 шт Стулья -14 шт	194354, Санкт-Петербург пр.Северный, 1, СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия», 7 этаж
Уч.комната №2 Стол-6 шт Стулья -14 шт	194354, Санкт-Петербург пр.Северный, 1, СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия», 7 этаж
Уч.комната №3 Стол-6 шт Стулья -14 шт	194354, Санкт-Петербург пр.Северный, 1, СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия», 7 этаж

Составитель:

Доцент кафедры, кандидат мед.наук, доцент

Е.Н.Смолина

Рецензент:

Заведующий кафедрой общей хирургии
Медицинского факультета
Санкт-Петербургского Университета,
д.м.н., профессор

Н.А.Бубнова

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины
«_____»

ЛИСТ ДОПОЛНЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ В РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ
за _____ / _____ учебный год

В рабочую программу

(наименование дисциплины)

для специальности

(наименование специальности, код)

_____ формы обучения вносятся следующие дополнения и изменения:
(очной, заочной)

...

Дополнения и изменения внес

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

(И.О. расшифровка фамилии)

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры
_____ «___» _____ 20 г., протокол № ____

Заведующий кафедрой _____

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

(расшифровка фамилии И. О.)

Рабочая программа одобрена цикловой методической комиссией

«___» _____ 202 г., протокол № ____

Председатель цикловой методической комиссии

(ученое звание или ученая степень)

(подпись)

(Расшифровка фамилии И. О.)