

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 15.10.2023 08:40:22
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757c

Приложение 5

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

Кафедра хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии, реконструктивной и
пластической хирургии



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной
деятельности и молодежной
политике

В. Бородулина

«26» мая 2023 г.

**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
И ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: *31.08.67 Хирургия*

Квалификация: *Врач – Хирург*

г. Екатеринбург
2023

Программа государственной итоговой аттестации и фонд оценочных средств составлены в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.67 Хирургия, утвержденного приказом Минобрнауки России от 26.08.2014 г. №1110, с учетом профессионального стандарта «Врач-хирург», утвержденного Приказом Министерства труда России от 26.11.2018 г. N 743н, и на основании Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.11.2015г. № 1383.

Программа государственной итоговой аттестации и фонд оценочных средств составлена:

Заведующий кафедрой хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии, реконструктивной и пластической хирургии, профессор, д.м.н.	Сергей Александрович Чернядьев
Доцент кафедры хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии, реконструктивной и пластической хирургии, доцент, к.м.н.	Алексей Александрович Ушаков
Главный врач ГАУЗ СО ЦГКБ №1, доцент, к.м.н.	Дмитрий Владимирович Айрапетов
Заместитель главного врача по лечебной части ГАУЗ СО ЦГКБ №1, доцент, к.м.н.	Андрей Геннадьевич Макарович

Программа государственной итоговой аттестации и фонд оценочных средств одобрены представителями профессионального и академического сообщества. Рецензенты:

- Гаврилов Сергей Геннадьевич, д.м.н, профессор, Профессор кафедры факультетской хирургии №1 ФГАОУ ВО «Российского научно-исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова»

- Еремкин Валентин Юрьевич, начальник отдела организации медицинской помощи взрослому населению Министерства здравоохранения Свердловской области

Программа практики обсуждена и одобрена:

- на заседании кафедры хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии (протокол №4 от «31» марта 2023 г.)
- методической комиссией специальностей ординатуры (протокол №5 от «10» мая 2023 г.)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Основная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре (далее – программа ординатуры) по специальности 31.08.67 Хирургия завершается государственной итоговой аттестацией (ГИА) для выпускников, выполнивших план и программу обучения. Выпускник должен обладать всеми компетенциями, соответствующими области профессиональной деятельности – охране здоровья граждан путем обеспечения оказания специализированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения. Вид профессиональной деятельности, к которой готовится выпускник, – врачебная практика в области хирургии. Программа ГИА ординатуры по специальности 31.08.67 Хирургия включает в себя все виды профессиональной деятельности, к которым готовится выпускник по специальности 31.08.67 Хирургия:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Основная цель вида профессиональной деятельности: профилактика, диагностика, лечение заболеваний и (или) состояний у детей и подростков, реабилитация пациентов.

Цель ГИА – оценить степень освоения ОП ВО по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре и соответствие результата освоения программы тем квалификационным требованиям, которые предъявляются к специалисту согласно приказу Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

ГИА проводится государственными экзаменационными комиссиями в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям ФГОС ВО. Для проведения ГИА приказом ректора утверждается состав комиссий по специальностям, которые состоят из председателя, секретаря и членов комиссии, назначаемых из числа преподавателей университета, представителей органов управления здравоохранением, представителей работодателей.

При разработке программы ГИА и фонда оценочных средств (ФОС) учитываются требования и рекомендации действующих нормативно-правовых актов и иных документов, регламентирующих организацию и осуществление образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры:

- Федеральный закон РФ от 29.12.2012г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. N 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры";
- Приказ Министерства образования и науки РФ от 18 марта 2016 г. N 227 "Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки";
- Методические рекомендации по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащённости образовательного процесса (утвержденные зам. министра образования и науки РФ А.А. Климовым от 08.04.2014 № АК-44/05вн);

- Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.66 - Травматология и ортопедия, утвержденного приказом Минобрнауки России № 1109 от 26.08.2014г ;
- Профессиональный стандарт «Врач- травматолог-ортопед», утвержденный приказом Министерства Труда и социальной защиты РФ №698н от 12. 11.2018 года;
- Клинические рекомендации, национальные руководства и порядки (стандарты) оказания медицинской помощи по профилю специальности.

2. ПЕРЕЧЕНЬ ФОРМ И ЭТАПОВ ГИА

ГИА проводится в форме государственного экзамена, что предусматривает подготовку к сдаче и собственно сдачу государственного экзамена выпускником. Процедура сдачи ГИА состоит из трех этапов, проводимых последовательно:

I этап – оценка уровня освоения навыков и умений, включающий сдачу навыков у «постели больного»;

II этап – междисциплинарное аттестационное тестирование, включающее вопросы всех дисциплин учебного плана;

III этап – оценка уровня знаний и сформированности компетенций у выпускника ординатуры в форме собеседования и ответа на билет.

3. СОДЕРЖАНИЕ ЭТАПОВ ГИА И КРИТЕРИИ ИХ ОЦЕНКИ

I этап: оценка уровня освоения практических умений и навыков

Перечень навыков и умений определен для специальности с учетом мнения работодателя. Оценка навыков и умений проводится в соответствии с программой практики на клинических базах Университета путем представления пациента и его истории болезни, демонстрации методики обследования. Оценку навыков и умений у лиц с ограниченными возможностями проводят дистанционно путём собеседования по ситуационной задаче с примером клинического случая из практики. В условиях клинической базы «у постели больного» ординатор должен продемонстрировать следующие навыки:

- провести объективное обследование;
- выявить клинические симптомы и синдромы;
- оценить лабораторные и инструментальные методы исследования;
- сформулировать клинический диагноз;
- назначить план дополнительного обследования;
- обосновать план лечения;
- выписать рецепт на один из лекарственных препаратов, назначенных пациенту.

Этап приема практических умений и навыков

Параметры оценочных средств.

Оценивается умение работать с больными: собрать анамнез, провести осмотр, выделить ведущие симптомы, поставить диагноз у ребёнка с патологией органов или систем.

- | | |
|------------------------------|-----------|
| 1. Предлагаемое количество - | 1 пациент |
| 2. Выборка - | случайная |
| 3. Предел длительности - | 45 мин. |

Критерии оценки уровня освоения практических умений и навыков (I этап):

«Отлично» - проведен подробный расспрос больного или его родственников, определены все детали анамнеза болезни, анамнеза жизни, эпидемиологического и/или аллергологического анамнеза. Сделаны соответствующие выводы. Проведен осмотр по органам и системам: выделены главные симптомы. Определены ведущие синдромы основного, сопутствующего (при его наличии), фонового (при его наличии) заболевания. Интерпретированы результаты лабораторных анализов (при их наличии). Сформулирован клинический диагноз. Проведен дифференциальный диагноз (при необходимости). Определены маршрутизация пациента, тактика его лечения и ближайший прогноз. При

общении с больным или его представителем проявляет толерантность к социальному и этническому статусу, демонстрирует эмпатию.

«Хорошо» - то же самое, но при наличии замечаний, имеющих несущественный характер при сборе анамнеза и осмотре больного, неполная формулировка клинического диагноза в части выделения сопутствующих или фоновых заболеваний, небольшое затруднение с маршрутизацией пациента, либо с тактикой его лечения, либо с определением прогноза болезни.

«Удовлетворительно» - имеются замечания по неполному сбору анамнеза, нарушению методики осмотра больного, диагноз основного заболевания сформулирован с наводящими вопросами, не выделены сопутствующие и фоновые болезни, имеются существенные затруднения в выборе маршрутизации пациента, тактики его лечения и определения прогноза заболевания.

II этап: междисциплинарное аттестационное тестирование

Проводится на основе компьютерных технологий (электронных носителей тестовых заданий) с использованием банка тестовых заданий, охватывающих содержание дисциплин базовой части Учебного плана по специальности Педиатрия. Оценку знаний у лиц с ограниченными возможностями проводят дистанционно путём проведения тестирования на сайте edusa.usma.ru. Тестовый контроль предусматривает ответы на 100 вопросов разных дисциплин программы.

Параметры оценочных средств:

1.	Предлагаемое количество вопросов -	100
2.	Предлагаемое количество вариантов -	1
3.	Выборка -	полная
4.	Предел длительности этапа -	100 мин.

Критерии оценки результатов тестирования (II этап):

70-79% правильных ответов -	удовлетворительно
80-89% правильных ответов -	хорошо
90% и выше -	отлично

III этап: собеседование на основе ответа на билет

Собеседование проводится по билетам, включающим 3 вопроса.

Параметры оценочных средств.

Вопросы позволяют оценить теоретические познания обучающегося по предметам изучаемых дисциплин, его научно-практический опыт и умение синтезировать, анализировать и устанавливать причинно-следственные связи, аргументировать собственную точку зрения. Предлагаемое количество вопросов для самоподготовки – 124, из которых формируются билеты по три вопроса и 50 ситуационных задач.

1. Предлагаемое количество билетов -	30
2. Выборка -	случайная
3. Предел длительности -	40 мин.

Критерии оценки собеседования по билету (III этап):

«Отлично» - обучающийся демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующей классификации и клинических рекомендаций, выбирает оптимальный метод диагностики, протокол лечения, реабилитации и профилактики заболевания, разрабатывает план с учетом индивидуальных особенностей, выявляет причинно-следственные связи, уверенно аргументирует собственную точку зрения.

«Хорошо» - обучающийся допускает незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни у пациента, отвечает правильно на уточняющие вопросы экзаменатора.

«Удовлетворительно» - обучающийся допускает существенные ошибки, способные привести к осложненному течению болезни и ухудшить прогноз, демонстрирует ошибочную диагностическую, лечебную тактику, на уточняющие вопросы экзаменатора отвечает неуверенно, не проявляет способности к логическому и абстрактному мышлению.

«Неудовлетворительно» - обучающимся допущена грубая диагностическая ошибка либо неверно сформулирован диагноз(-ы), определена неверная диагностическая, лечебная и иная тактика, на уточняющие вопросы экзаменатора не отвечает, не проявляет способности к логическому и абстрактному мышлению.

Критерии оценивания результатов сдачи государственного экзамена

Результаты сдачи государственного экзамена определяются оценками "отлично", "хорошо", "удовлетворительно", "неудовлетворительно". Оценки "отлично", "хорошо", "удовлетворительно" означают успешное прохождение ГИА.

Итоговая оценка, полученная ординатором в ходе ГИА, учитывает результаты всех аттестационных испытаний и объявляется выпускнику в день оформления и утверждения в установленном порядке протоколов заседания этапов ГЭК.

«Отлично» заслуживает ординатор, усвоивший в полном объеме профессиональные компетенции, успешно применивший междисциплинарные знания, умения и навыки, готовый к самостоятельной работе и решению новых профессиональных задач в своей специальности.

«Хорошо» заслуживает ординатор, усвоивший основные профессиональные компетенции, продемонстрировавший способность к их самостоятельному применению и дальнейшему развитию в процессе своей профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» заслуживает ординатор, обнаруживший пониженный уровень знаний и допустивший в ответах, при демонстрации профессиональных навыков существенные погрешности, но обладающий способностью к обучению и достижению необходимых знаний, умений и навыков в процессе своей профессиональной деятельности.

«Неудовлетворительно» заслуживает ординатор, допустивший принципиальные и систематические ошибки при демонстрации практических навыков и компетенций, который не способен приступить к самостоятельной работе с пациентами в системе здравоохранения без приобретения дополнительных знаний, умений и навыков.

4. ПЕРЕЧЕНЬ ИНФОРМАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ И ОБОРУДОВАНИЯ, НЕОБХОДИМОГО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГИА

Перечень оборудования для сдачи практических навыков и умений в структурных подразделениях с целью проведения практического этапа ГИА:

Наименование подразделения	Наименование специализированных аудиторий, кабинетов, лабораторий и прочее с перечнем основного оборудования
Кафедра Хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии	Учебные классы с комплексом учебно-методического обеспечения, компьютером. Учебные слайды, видеофильмы. Клинические демонстрации. Мультимедийный проектор с набором презентаций. Тестовые вопросы и задачи. Набор методических рекомендаций и пособий, монографий в учебном классе. Набор тематических учебных плакатов в учебном классе. Муляжи и фантомы в учебном классе.
МБУ ЦГКБ № 1 Октябрьского района	Отделения неотложной и плановой хирургии, отделение хирургических инфекций, реанимационно-анестезиологическое отделение. Приемный покой, перевязочный, процедурный кабинеты, операционные залы, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический

	многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторингирования основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, гастродуоденоскоп, дуоденоскоп (с боковой оптикой), колоноскоп (педиатрический), фибробронхоскоп (педиатрический), источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, установка для мойки эндоскопов, ультразвуковой очиститель, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс, видеодуоденоскоп, видеогастроскоп, эндоскопический отсасыватель, энтероскоп, низкоэнергетическая лазерная установка, электрохирургический блок, видеогастроскоп операционный, видеогастроскоп педиатрический, видеоколоноскоп операционный, видеоколоноскоп педиатрический, видеоколоноскоп диагностический, аргоно-плазменный коагулятор, набор для эндоскопической резекции слизистой, баллонный дилататор) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры КТ, рентгенологический кабинет, кабинет эндоскопии и УЗИ.
Аккредитационно-симуляционный центр	Манекен-тренажер Оживленная Анна ALS, дефибриллятор учебный Power Heart AED, мешок д/ИВЛ типа Амбу, реанимационный столик, манекен для физикального обследования, фантом плеврального дренажа, фантом парентерального питания, манекен-тренажер Crash Kelly Конечности верхняя и нижняя, имитирующие травмы /Laerdal Medical AS/, тренажер дренирования плевральной полости, модель для катетеризации мужского мочевого пузыря /3B Scientific/, модель для обучения катетеризации моч. пузыря, проведению клизм, в/м инъекций, тренажер для обучения пальцевому ректальному исследованию в проктологии, зонд желудочный PBX CH/FR 10, длина 80 см, тренажер для отработки базовых хирургических навыков, аптечка первой помощи "Фэст" для предприятий служб быта АнтиСПИД, корпусная ONVIF-совместимая IP-камера AXIS M1065-L, дефибриллятор учебный PowerHeart AED, электрокардиограф, укладка для оказания экстренной помощи, тренажер для крикотиомии, тренажер для практики трахеостомии и введения назогастральной трубки, тренажер для освоения хирургических манипуляций, тренажер наложения швов /3B Scientific/, тренажер пневмоторакс /Laerdal Medical AS/, симулятор тренажер для отработки и объективной оценки пальпации брюшной стенки, модуль хирургический "Аппендэктомия", модуль хирургический "Холецистэктомия", модуль хирургический "Техника выполнения кишечного шва", торс для наложения повязки на культю верхних конечностей, торс для отработки хирургических навыков, тренажер для отработки базовых хирургических навыков, фантом бедра с насосом для обработки сосудистого шва на бедренной артерии, хирургический виртуальный симулятор с функцией обратной тактильной связи.

Перечень лицензионного программного обеспечения

1. Системное программное обеспечение

1.1. Серверное программное обеспечение:

- VMwarevCenterServer 5 Standard, срок действия лицензии: бессрочно; VMwarevSphere 5 EnterprisePlus, срок действия лицензии: бессрочно, дог. № 31502097527 от 30.03.2015 ООО «Крона-КС»;
- WindowsServer 2003 Standard№ 41964863 от 26.03.2007, № 43143029 от 05.12.2007, срок действия лицензий: бессрочно;
- ExchangeServer 2007 Standard(лицензия № 42348959 от 26.06.2007, срок действия лицензии: бессрочно);
- SQL ServerStandard 2005 (лицензия № 42348959 от 26.06.2007, срок действия лицензии: бессрочно);
- CiscoCallManager v10.5 (договор № 31401301256 от 22.07.2014, срок действия лицензии: бессрочно), ООО «Микротест»;

1.2. Операционные системы персональных компьютеров:

- Windows 7 Pro (OpenLicense № 45853269 от 02.09.2009, № 46759882 от 09.04.2010, № 46962403 от 28.05.2010, № 47369625 от 03.09.2010, № 47849166 от 21.12.2010, № 47849165 от 21.12.2010, № 48457468 от 04.05.2011, № 49117440 от 03.10.2011, № 49155878 от 12.10.2011, № 49472004 от 20.12.2011), срок действия лицензии: бессрочно);
- Windows7 Starter(OpenLicense№ 46759882 от 09.04.2010, № 49155878 от 12.10.2011, № 49472004 от 20.12.2011, срок действия лицензий: бессрочно);
- Windows 8 (OpenLicense № 61834837 от 09.04.2010, срок действия лицензий: бессрочно);
- Windows 8 Pro(OpenLicense№ 61834837 от 24.04.2013, № 61293953 от 17.12.2012, срок действия лицензии: бессрочно).

2. Прикладное программное обеспечение

2.1. Офисные программы

- OfficeStandard 2007 (OpenLicense № 43219400 от 18.12.2007, № 46299303 от 21.12.2009, срок действия лицензии: бессрочно);
- OfficeProfessionalPlus 2007 (OpenLicense № 42348959 от 26.06.2007, № 46299303 от 21.12.2009, срок действия лицензии: бессрочно);
- OfficeStandard 2013 (OpenLicense№ 61293953 от 17.12.2012, № 49472004 от 20.12.2011, № 61822987 от 22.04.2013, № 64496996 от 12.12.2014, № 64914420 от 16.03.2015, срок действия лицензии: бессрочно);

2.2. Программы обработки данных, информационные системы

- Программное обеспечение «ТАНДЕМ.Университет» (включая образовательный портал educa.usma.ru) (лицензионное свидетельство № УГМУ/18 от 01.01.2018, срок действия лицензии: бессрочно), ООО «Тандем ИС»;
- Программное обеспечение портал дистанционного образования Six.Learning (лицензионное свидетельство от 18.07.2008), ООО «Цикс-Софт»;

2.3. Внешние электронные информационно-образовательные ресурсы

- Электронная библиотечная система «Консультант студента», доступ к комплектам: «Медицина. Здравоохранение. ВО (базовый комплект)», «Медицина. Здравоохранение. ВО (премиум комплект)», «Медицина (ВО) ГЭОТАР-Медиа. Книги на английском языке». Лицензионный договор №8/14 о предоставлении простой (неисключительной) лицензии на использование «Электронной библиотечной системы «Консультант студента» от 23.06.2022. Срок действия до 31.08.2023 года. Ссылка на ресурс: <https://www.studentlibrary.ru>.
- База данных «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека». Договор № 717КВ/06-2022 от 10.08.2022. Срок действия до 09.08.2023 года. Ссылка на ресурс: <https://www.rosmedlib.ru/>.
- Электронная библиотечная система«Book Up», доступ к коллекции «Большая медицинская библиотека». Договор №БМБ на оказание безвозмездных услуг размещения

электронных изданий от 18.04.2022. Срок действия до 18.04.2027 года. Ссылка на ресурс: <https://www.books-up.ru/>.

- Электронно-библиотечная система «Лань», доступ к коллекции «Сетевая электронная библиотека». Договор № СЭБ 1/2022 на оказание услуг от 01.11.2022. Срок действия до: 31.12.2026 года. Ссылка на ресурс: <https://e.lanbook.com/>.

- Образовательная платформа «Юрайт». Лицензионный договор № 10/14 от 30.06.2022. Срок действия до: 31.08.2023 года. Ссылка на ресурс: <https://urait.ru/>.

- Универсальная база электронных периодических изданий ИВИС, доступ к индивидуальной коллекции научных медицинских журналов. Лицензионный договор № 9/14 от 23.06.2022. Срок действия до 30.06.2023 г. Ссылка на ресурс: <https://dlib.eastview.com/basic/details>.

5. РЕКОМЕНДУЕМАЯ УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ГИА

5.1 Основная литература

5.1.1. Электронные учебные издания (учебники, учебные пособия)

1. Затевахин, И. И. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое издание / под ред. И. И. Затевахиной, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с.: ил. - (Серия "Национальные руководства"). - 912 с. - ISBN 978-5-9704-6631-5. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466315.html>
2. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. А. Ю. Разумовского. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1280 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-5785-6. - Текст: электронный// ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457856.html>
3. Холостова, В. В. Клинические нормы. Неотложная абдоминальная хирургия у детей / Холостова В. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-5586-9. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455869.html>
4. Клиническая хирургия: учебное пособие / В. М. Тимербулатов, Р. М. Гарипов, М. В. Тимербулатов [и др.]. — Уфа: БГМУ, 2020. — 428 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/155767>
5. Кек, Т. Минимальноинвазивная абдоминальная хирургия / Т. Кек, К. Гермер, А. Шабунин [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-6000-9. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460009.html>
6. Савельев, В. С. Сосудистая хирургия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 464 с.: ил. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-5451-0. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454510.html>
7. Бояринцев, В. В. Хирургический больной: мультидисциплинарный подход / под ред. Бояринцева В. В., Пасечника И. Н. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 336 с. - ISBN 978-5-9704-5752-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457528.html>

8. Загрядский, Е. А. Малоинвазивная хирургия геморроидальной болезни / Е. А. Загрядский. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-5879-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458792.html>
9. Кузнецов, Н. А. Клиническая хирургия: обследование пациента / Н. А. Кузнецов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-5488-6. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454886.html>

5.1.2. Электронные базы данных, к которым обеспечен доступ

1 Электронная библиотечная система «Консультант студента», доступ к комплектам: «Медицина. Здравоохранение. ВО (базовый комплект)», «Медицина. Здравоохранение. ВО (премиум комплект)», «Медицина (ВО) ГЭОТАР-Медиа. Книги на английском языке». Лицензионный договор №8/14 о предоставлении простой (неисключительной) лицензии на использование «Электронной библиотечной системы «Консультант студента» от 23.06.2022. Срок действия до 31.08.2023 года. Ссылка на ресурс: <https://www.studentlibrary.ru>.

2 База данных «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека». Договор № 717КВ/06-2022 от 10.08.2022. Срок действия до 09.08.2023 года. Ссылка на ресурс: <https://www.rosmedlib.ru/>.

3 Электронная библиотечная система «Book Up», доступ к коллекции «Большая медицинская библиотека». Договор №БМБ на оказание безвозмездных услуг размещения электронных изданий от 18.04.2022. Срок действия до 18.04.2027 года. Ссылка на ресурс: <https://www.books-up.ru/>.

4 Электронно-библиотечная система «Лань», доступ к коллекции «Сетевая электронная библиотека». Договор № СЭБ 1/2022 на оказание услуг от 01.11.2022. Срок действия до: 31.12.2026 года. Ссылка на ресурс: <https://e.lanbook.com/>.

5 Образовательная платформа «Юрайт». Лицензионный договор № 10/14 от 30.06.2022. Срок действия до: 31.08.2023 года. Ссылка на ресурс: <https://urait.ru/>.

6 Электронная библиотека УГМУ, институциональный репозиторий на платформе Dspace. Договор установки и настройки № 670 от 01.03.2018. Срок действия: бессрочный. Ссылка на ресурс: <http://elib.usma.ru/>.

7 Универсальная база электронных периодических изданий ИВИС, доступ к индивидуальной коллекции научных медицинских журналов. Лицензионный договор № 9/14 от 23.06.2022. Срок действия до 30.06.2023 г. Ссылка на ресурс: <https://dlib.eastview.com/basic/details>.

8 Электронные ресурсы Springer Nature Срок действия: до 2030 года: Письмо РФФИ от 30.06.2022 г. №910 О предоставлении лицензионного доступа к содержанию баз данных издательства Springer Nature:

- база данных, содержащая полнотекстовые журналы издательства Springer (выпуски 2022 года), коллекции: Medicine, Engineering, History, Law & Criminology, Business & Management, Physics & Astronomy. Ссылка на ресурс: <https://link.springer.com/>.

- база данных, содержащая полнотекстовые журналы Adis издательства Springer Nature в области медицины и других смежных медицинских областей (выпуски 2022 года). Ссылка на ресурс: <https://link.springer.com/>.

Письмо РФФИ от 08.08.2022 г. №1065 О предоставлении лицензионного доступа к содержанию баз данных издательства Springer Nature:

- база данных, содержащая полнотекстовые журналы издательства Springer (выпуски 2022 года), коллекции: Architecture and Design, Behavioral Science & Psychology, Education, Economics and Finance, Literature, Cultural & Media Studies, Mathematics & Statistic. Ссылка на ресурс: <https://link.springer.com/>.

- база данных, содержащая полнотекстовые журналы Nature Publishing Group,

коллекция Academic journals, Scientific American, Palgrave Macmillan (выпуски 2022 года). Ссылки на ресурсы: 1. <https://www.nature.com>; 2. <https://link.springer.com>.

Письмо РФФИ от 02.08.2022 г. №1045 О предоставлении лицензионного доступа к содержанию базы данных eBook Collections издательства Springer Nature:

- база данных eBook Collections (i.e. 2021 eBook collections) издательства Springer Nature – компании Springer Nature Customer Service Center GmbH. Ссылка на ресурс: <https://link.springer.com/>.

Письмо РФФИ от 11.08.2022 г. №1082 О предоставлении лицензионного доступа к содержанию базы данных eBook Collections издательства Springer Nature:

- база данных eBook Collections (i.e. 2022 eBook collections) издательства Springer Nature – компании Springer Nature Customer Service Center GmbH. Ссылка на ресурс: <https://link.springer.com/>

5.1.3. Учебники:

1. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с. : ил.
2. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 2 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 688 с. : ил.
3. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с. : ил. Хирургические болезни: В 2-х т.. Т.2 / Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 400 с.: ил.
4. Хирургические болезни / [Под ред. А.Ф. Черноусова](#) Год издания: [2010](#) Издательство: ГЭОТАР-Медиа.
5. Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 2 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 600 с. : ил.
6. Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 1 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 400 с. : ил.
7. Урология / Под ред. Н.А.Лопаткина. Год издания: [2010](#) Издательство: ГЭОТАР-Медиа.

5.1.4. Учебные пособия

1. Абдоминальная хирургия. Учебно-методическое пособие. Под ред. С.А.Чернядьева. - Екатеринбург: Издательство УГМА, 2012.
2. Сердечно-сосудистая хирургия : учебно-методическое пособие / Министерство здравоохранения РФ, ГБОУ ВПО УГМУ, Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН ; под ред.: Л.А. Бокерия, Э. М. Идова. - Екатеринбург, 2013. - 351 с. : ил.
3. Григорян Р.А. Абдоминальная хирургия. В 2т.Т.1/ Р. А. Григорян. - М.: Мед. информ. агентство, 2006. - 608с.: ил.
4. Григорян Р.А. Абдоминальная хирургия. В 2 т.Т.2./ Р. А. Григорян. - М.: Мед. информ. агентство, 2006. - 672с.: ил.
5. Журавлев В.Н. Методические рекомендации для самостоятельной внеаудиторной подготовки студентов к занятиям по урологии. Екатеринбург.2010 г.
6. Золлингер Р.М. Атлас хирургических операций: атлас/ Р. М. Золлингер, Р. М. Золлингер мл. - Изд. испр. и перераб. - М.: Доктор и К°, 2002. - 426 с.
7. Клиническая хирургия: Учебное пособие/ Р. М. Евтихов [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 864с.: ил.
8. Неотложная хирургия. Руководство для хирургов общей практики./ Под ред. В.Х. Грасиаса, перевод с англ. Под ред. А.С. Ермолаева.- М.: Издательство Панфилова, 2010 год.
9. Пауткин Ю.Ф. Поликлиническая хирургия: Учебное пособие для студ. мед. вузов/ Ю. Ф. Пауткин, В. И. Малярчук . - 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: Высш. шк., 2005. - 287с.: ил.
10. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости/ Под ред. В. С. Савельева. - М.: Триада-Х, 2004. - 640 с.: ил.

11. Сосудистая хирургия. Учебно-методическое пособие / Под редакцией Чернядзева С.А., Коновалова П.П. – Екатеринбург, 2012. – 110 с.
12. Трифонов И.В. Хирургическое дежурство в больнице СМП.-М.:ФГОУ ВПО РГАЗУ, 2010 год
13. Хирургия. Национальное руководство / под ред. В.С.Савельева.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2008, Т.1 –Т.3.
14. Хирургические болезни: Учебное пособие для системы послевузов. проф. образования врачей/ Под ред. В. Д. Федорова, С. И. Емельянова. - М.: Мед. информ. агентство, 2005. - 480с.
15. Хирургические инфекции: Руководство/ ред. И. А. Ерюхин. - СПб.: Питер, 2003. - 864 с. - (Спутник врача)

5.2. Дополнительная литература

5.2.1. Учебно-методические пособия (учебные задания)

1. Бабушкин Д.А. Айрапетов Д.В. ЖКБ и острый холецистит (учебное задание к практическому занятию для студентов) Екатеринбург: Изд-во ГОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, 2011. 24с.
2. Бабушкин Д.А. Айрапетов Д.В. Осложнения ЖКБ (учебное задание к практическому занятию для студентов) Екатеринбург: Изд-во ГОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, 2011. 24с.
3. Макаровичкин А.Г., Айрапетов Д.В. Острый аппендицит (учебное задание к практическому занятию для студентов) Екатеринбург: Изд-во ГОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, 2011. 20с.
4. Макаровичкин А.Г., Айрапетов Д.В. Осложнения острого аппендицита (учебное задание к практическому занятию для студентов) Екатеринбург: Изд-во ГОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, 2011. 23с.
5. Макаровичкин А.Г., Айрапетов Д.В. Острая кишечная непроходимость (учебное задание к практическому занятию для студентов) Екатеринбург: Изд-во ГОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, 2011. 25с.
6. Макаровичкин А.Г., Айрапетов Д.В. Острый панкреатит (учебное задание к практическому занятию для студентов) Екатеринбург: Изд-во ГОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, 2011. 21с.
7. Овчинников В.И., Козлов В.А. Язвенная болезнь, осложненная перфорацией. (учебное задание к практическому занятию для студентов) Екатеринбург: Изд-во ГОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, 2011. 27с.
8. Овчинников В.И., Козлов В.А. Язвенная болезнь, осложненная кровотечением. (учебное задание к практическому занятию для студентов) Екатеринбург: Изд-во ГОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, 2011. 22с.

5.2.2. Литература для углубленного изучения, подготовки рефератов

1. Аверьянов М.Ю. Повязки в лечебной практике, 2010 год.
2. Александрович Ю.С. Оценочные и прогностические шкалы в медицине критических состояний. - СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2010 год.
3. Атлас дренирования в хирургии/ М. И. Гульман [и др.]. - Красноярск: Изд-во Краснояр. гос. мед. акад., 2004. - 76с.: ил.
4. Бельченко В.А. Черепно-лицевая хирургия: Руководство для врачей/ В. А. Бельченко. - М.: Мед. информ. агентство, 2006. - 340с.: ил.
5. Бельченко В.А. Черепно-лицевая хирургия в формате 3 D: атлас рентгенограмм.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 год. (Серия: библиотека врача-специалиста), 2010 год.
6. Военно-полевая хирургия. Национальное руководство +CD/ Под ред. И.Ю. Быкова, Ефименко.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 год.
7. Горюнов С.В. Гнойная хирургия: атлас/ С. В. Горюнов, Д. В. Ромашов, И. А. Бутивщенко ; Под ред. И. С. Абрамов. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004. - 558 с.: ил.. - (Хирургия)

9. Григорян Р.А. Релапаротомия в хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки/ Р. А. Григорян. - М.: Мед. информ. агентство, 2005. - 400 с.: ил.
10. Давидов М.И.. Обследование урологического больного. Пермь. 2003 г.
11. Доказательная медицина: Ежегодный международный справочник; Пер. с англ.. - М.: Медиа Сфера. – 2003 Ч. 1.: Заболевания легких и верхних дыхательных путей; Сердечно-сосудистые заболевания; Заболевания желудочно-кишечного тракта; Эндокринные заболевания; Заболевания почек; Инфекционные заболевания; Отравления; Профилактика и лечение осложнений у хирургических больных. - 882 с
12. Долинин В.А. Операции при ранениях и травмах/ В. А. Долинин, Н. П. Бисенков. - 4-е изд., перераб. и доп.. - СПб.: Фолиант, 2005. - 192с.: ил.
13. Евдокимов А.Г. Болезни артерий и вен, 2006 год.
14. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота/ В. В. Жебровский. - М.: Мед. информ. агентство, 2005. - 384с.: ил.
15. Злокачественные опухоли мягких тканей и меланома кожи./ И.А. Гилязутдинов, Р.Ш. Хасанов и др.-М.: Практическая медицина, 2010 год
16. Избранный курс лекций по гнойной хирургии: Учебное пособие для врачей/ Под ред. В. Д. Федорова, А. М. Светухина. - М.: Миклош, 2004. - 365 с
17. Иллюстрированное руководство по эндоскопической хирургии: Учебное пособие для врачей-хирургов/ Под ред. С. И. Емельянова. - М.: Мед. информ. агентство, 2004. - 218с.: ил.
18. Итала Э. Атлас абдоминальной хирургии: В 2-х т.. Т. 1. Хирургия печени, желчных путей, поджелудочной железы и портальной системы/ Э. Итала; пер. с англ. под ред. Ю.Б. Мартова. - М.: Медицинская литература, 2006. - 508 с.: ил.
19. Итала Э. Атлас абдоминальной хирургии: В 2-х т.. Т. 2. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки/ Э. Итала; пер. с англ. под ред. Ю.Б. Мартова. - М.: Медицинская литература, 2007. - 472 с: ил.
20. Лойт А.А. Хирургическая анатомия конечностей. - М.: МЕДпресс - информ, 2010 год.
21. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г.. Лекции по урологии. М.2008 г.
22. Лопаткин Н.А.. Лекарственные средства, применяемые в урологии. М.2002 г.
23. Лопаткин Н.А., Журавлев В.Н. Национальное руководство по урологии. М.2009 г.
24. Маммология. Национальное руководство +CD.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 год.
25. Масалин М.М. Частные вопросы брюшной хирургии (клинические лекции)/ М. М. Масалин. - Б.м., 2004. - 144с.: ил.
26. Марино П.Л. Руководство по интенсивной терапии. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 год.
27. Неотложная хирургия органов брюшной полости: Учебное пособие для студ. мед. вузов/ Под ред. В. В. Левановича. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 288с.: ил.
28. Неотложная хирургия. Диагностика и лечение острой хирургической патологии/ В. Н. Чернов [и др.]. - 4-е изд., перераб. и доп.. - Элиста: АОр НПП Джангар, 2006. - 280с.
29. Нестеренко Ю.А. Паховые грыжи. Реконструкция задней, стенки пахового канала / Ю. А. Нестеренко, Р. М. Газиев. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. - 144 с.: ил.
30. Островерхов Г.Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник для студ. мед. вузов/ Г. Е. Островерхов, Ю. М. Бомаш, Д. Н. Лубоцкий. - 5-е изд., испр.. - М.: Мед. информ. агентство, 2005. - 736с.: ил.. - (Сокровищница отечественной медицины)
31. Патерсон-Браун С. Общая и неотложная хирургия.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 год.
32. Пачес А.И. Опухоли слюнных желез. - М.: Практическая медицина, 2010 год
33. Переверзев А.С.. Клиническая урогинекология. Харьков.2000 г
34. Послеоперационные желудочно-кишечные язвы/ А. А. Курыгин [и др.]. - СПб.: Политехника, 2004. - 168 с. - (Руководство для врачей)
35. Пропедевтика хирургии (избранные лекции): Учебное пособие для студ. мед. вузов/ Под ред. В. К. Гостищева, А. И. Ковалева. - М., 2007. - 904с.: ил.
36. Перитонит: Практ. руководство/ Под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфенда, М. И. Филимонова. - М.: Литтерра, 2006. - 208с.. - (Практические руководства)
37. Рагимов А.А. Руководство по инфузионно- трансфузионной терапии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011г.

38. Семенов Г.М. Неотложные оперативные вмешательства в экстремальных ситуациях/ Г. М. Семенов, М. В. Ковшова, В. Л. Петришин. - СПб.: Питер, 2004. - 384 с. - (Краткое руководство)
- 39 Сергиенко В.И. Пластическая хирургия лица и шеи- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 год.
40. Слепцов И.В. Узлы в хирургии/ И. В. Слепцов, Р. А. Черников. - 2-е изд., перераб. и доп.. - СПб.: Салит-Медкнига, 2004. - 112с.: ил.
41. Соколович Г.Е. Хирургический диагноз. Заболевания аппендикса: Учебное пособие/ Г. Е. Соколович, Е. Г. Соколович, А. Г. Соколович. - Ростов н/Д: Феникс, 2006. - 192с.: ил.. - (Высшее образование)
42. Сорока В.В. Местное обезболивание в неотложной хирургии: Учебное пособие/ В. В. Сорока. - Волгоград: Перемена, 2001. - 125с.: ил.
43. Стефани Райн. Анатомия человека при лучевых исследованиях. - М.: МЕДпресс - информ, 2009 год.
44. Торакальная хирургия: Руководство для врачей/ Под ред. Л. Н. Бисенкова. - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2004. - 928 с.: ил.
45. Торстен Б. Меллер Атлас секционной анатомии человека. В 3-х томах. Том 1. Голова и шея. - М.: МЕДпресс - информ, 2010 год.
46. Торстен Б. Меллер Атлас секционной анатомии человека. В 3-х томах. Том 2. Внутренние органы. - М.: МЕДпресс - информ, 2010 год.
47. Торстен Б. Меллер Атлас секционной анатомии человека. В 3-х томах. Том 3. Позвоночник, конечности, суставы. - М.: МЕДпресс - информ, 2010 год.
48. Фейц О. Наглядная анатомия / перевод с англ. под ред. А. П. Киясова. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009 год.
49. Филимонов В.И. Атлас лучевой анатомии человека. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 год
50. Фрумкин А.П.. Атлас цистоскопический. М.1995 г.Хинман Ф. Оперативная урология: атлас.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008 год.
51. Хирургия абдоминальных повреждений/ А. Г. Тимербулатов [и др.]. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 256 с.: ил.
52. Хирургия минидоступа: Материалы Уральской межрегиональной науч.-прак. конференции 14-15 апреля 2005г./ Под ред. М. И. Прудкова, Ф. В. Галимзянова, А. В. Богданова. - Екатеринбург, 2005. - 144с.: ил.
53. Хирургия органов эндокринной системы: Учебное пособие для системы послевузов. проф. образования врачей. - Ростов н/Д: Феникс; Пермь: Изд-во Перм. гос. мед. акад., 2006. - 384с.. - (Медицина для Вас)
54. Хирургия печени: руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 год. (Серия "Библиотека врача-специалиста").
55. Чистяков А.А. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж: Учебное пособие для системы послевузов. проф. образования врачей/ А. А. Чистяков, Д. Ю. Богданов. - М.: Мед. информ. агентство, 2005. - 104с.: ил.
56. Эллис Г. Атлас анатомии человека в срезах, КТ- и МРТ- изображениях. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 год
57. Эндокринная хирургия: руководство для врачей./ Под ред. С.С. Харнаса. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010г.
58. Сосудистая хирургия : национальное руководство. Краткое издание / Ассоциация медицинских обществ по качеству ; под. ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 464 с. : ил. - (Национальные руководства. Российское общество хирургов).
59. Сосудистая хирургия : национальное руководство. Краткое издание / Ассоциация медицинских обществ по качеству ; под. ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 464 с. : ил. - (Национальные руководства. Российское общество хирургов).

6. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

6.1. Перечень компетенций, оценивание сформированности которых выносится на ГИА

Результатом освоения дисциплины является формирование следующих компетенций:

Универсальные компетенции:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере

охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Выпускник, обучившийся в ординатуре по специальности 31.08.66. – Травматология и ортопедия, должен быть готов к выполнению следующих задач:

- профилактическая деятельность:
- предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения, характеризующих состояние их здоровья;
- диагностическая деятельность:
- диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- диагностика неотложных состояний;
- диагностика беременности;
- проведение медицинской экспертизы;
- лечебная деятельность:
- оказание специализированной медицинской помощи;
- участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;
- реабилитационная деятельность:
- проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
- психолого-педагогическая деятельность:
- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- организационно-управленческая деятельность:
- применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;
- организация проведения медицинской экспертизы;
- организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
- создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- соблюдение основных требований информационной безопасности.

Выпускник, обучившийся в ординатуре по специальности 31.08.67 – Хирургия, должен знать:

- законодательство в области охраны здоровья населения и организации здравоохранения; направления государственной политики в сфере охраны здоровья граждан и здравоохранения;

- современное состояние медико-демографической ситуации и заболеваемости населения;
- факторы риска заболеваний, факторы и условия формирования здорового образа жизни;
- показатели здоровья населения, методы медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения, ведения и анализа учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях;
- анатомические, физиологические, морфологические основы функционирования органов и систем населения разных возрастных групп;
- разделы профилактической работы врача-хирурга, документы, регламентирующие организацию и проведение профилактических осмотров, вакцинации; контингенты, подлежащие периодическим медицинским осмотрам
- показатели качества амбулаторной и стационарной работы врача-хирурга;
- этиологию, патогенез, классификации согласно МКБ, клиническую картину, особенности течения, возможные осложнения наиболее часто встречающихся заболеваний в хирургии;
- современные методы клинической, лабораторной, инструментальной, морфологической диагностики хирургических заболеваний костно-мышечной системы, методы оценки функционального состояния организма пострадавшего;
- этиологию, патогенез развития, клинические проявления, принципы диагностики неотложных состояний хирургических заболеваниях, протоколы и стандарты оказания неотложной помощи;
- клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов, применяемых для лечения заболеваний и неотложных состояний у детей и подростков;
- эпидемиологию, этиологию, клинику, методы диагностики, лечения и противоэпидемические мероприятия при инфекционных заболеваниях и особо опасных инфекциях;
- эпидемиологию, этиологию, методы диагностики и клинику инфекционных заболеваний; особенности эпидемиологии особо опасных инфекций;
- современные классификации, клинические проявления, принципы лечения и профилактики гнилостной и газовой гангрены, столбняка и бешенства;
- основы клинического проявления, принципы лечения и профилактики ВИЧ инфекции и гепатита;
- правила личной безопасности и мероприятия обеспечения защиты населения, персонала, участвующего в ликвидации последствий ЧС
- современные методы восстановительного лечения и медицинской реабилитации, показания и противопоказания для их назначения;
- патологические состояния, симптомы, синдромы хирургических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;
- основы клинического проявления, принципы лечения и профилактики тромбоза сосудов;
- основы клинического проявления, принципы лечения и профилактики жировой и тромбэмболии легких и головного мозга;
- особенности хирургических заболеваний у детей;
- дифференциальную диагностику в сложных ситуациях, где требуются знания в смежных дисциплинах.
- основы топографической анатомии с лимфологией и оперативной хирургии;
- современные классификации, клинические проявления и принципы лечения хирургических заболеваний;
- основы нормальной и патологической физиологии, биохимии.
- основы применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов хирургического профиля, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;
- соотношение цены риска планируемого метода лечения и степени риска возможных общих и местных осложнений при избранном методе лечения;

- методы педагогического воздействия на формирование мотивации семьи и пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- директивные, правовые, инструктивно-методические документы медицинского работника;
- вопросы деятельности в системе обязательного медицинского страхования;
- принципы медицинской этики и деонтологии;
- организацию хирургической помощи в РФ;
- организацию деятельности медицинской службы в чрезвычайных ситуациях;
- основы системы менеджмента качества медицинского учреждения

Выпускник, обучившийся в ординатуре по специальности 31.08.67 – Хирургия, должен уметь:

- работать с действующими медицинскими нормативно-правовыми актами, пользоваться научной, учебной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности;
- работать с медицинской, учетно-отчетной документацией в лечебно-профилактических учреждениях;
- оценивать показатели общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения; анализировать информацию о показателях здоровья взрослых и подростков;
- проводить экспертизу качества оказания медицинской помощи на основе действующих порядков и стандартов в педиатрии;
- выявить причины, условия возникновения заболеваний
- определить участие необходимых специалистов, виды клинических обследований, лабораторных исследований, анализировать результаты осмотра; написать обоснованное заключение при профилактических осмотрах.
- оценить дозиметрическую, эпидемиологическую информацию; принять участие в организации защиты населения;
- провести противоэпидемические мероприятия; организовать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;
- собрать объективную информацию и анамнез при хирургических заболеваниях;
- провести клинический осмотр и обследование новорожденного, ребенка, подростка и взрослого;
- получить объективную информацию о причинах развития заболевания;
- оценить тяжесть состояния пациента;
- назначить необходимые дополнительные методы обследования;
- интерпретировать данные лучевых методов обследования (рентгенографии, КТ, МРТ, УЗИ, ангиографии);
- интерпретировать данные лабораторных методов обследования (клинического и биохимического анализов крови и мочи, коагулограммы, микробиологического, цитологического и морфологического исследований);
- интерпретировать данные функциональных методов обследования (пульс, артериальное давление, центральное венозное давление, функция внешнего дыхания);
- интерпретировать электромиографические, электроэнцефалографические, эхографические данные при патологии головного и спинного мозга, периферических нервов;
- систематизировать данные дополнительных методов обследования
- определить объем и последовательность лечебных мероприятий;
- курировать и лечить пациентов с хирургическими заболеваниями;
- проводить медикаментозную терапию при различных заболеваниях;
- оказывать медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе при участии в медицинской эвакуации;

- определить необходимость, объем и последовательность реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения;
- курировать пациентов с последствиями хирургических заболеваний, нуждающихся в реабилитационной медицинской помощи и санаторно-курортном лечении и определить необходимость, объем и последовательность реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения;
- проводить логический и аргументированный анализ; держать публичную речь; вести дискуссию и полемику;
- организовать систему оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

Врач, обучившийся в ординатуре по специальности 31.08.67 – Хирургия, должен владеть:

- этическими и деонтологическими методами общения с пациентом, его родственниками, коллегами;
- навыками применения основных принципов организации и управления в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- навыками применения медико-статистических показателей для оценки здоровья населения,
- навыками работы с нормативной, законодательной и правовой документацией в пределах профессиональной деятельности;
- методикой оценки качества оказания медицинской помощи, методикой оценки качества работы врача-хирурга;
- методами ранней диагностики заболеваний,
- умением разработать комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
- умением провести профилактический медицинский осмотр; диспансеризацию; диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными с патологией опорно-двигательного аппарата;
- умением определить объем необходимой медицинской помощи;
- методами оказания первичной медицинской помощи и сердечно-легочной реанимации;
- знаниями принципов сохранения и укрепления здоровья населения
- практическими навыками работы с компьютером
- методиками оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
- умением определить объем необходимой медицинской помощи;
- методами оказания первичной медицинской помощи;
- основами организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе основами медицинской эвакуации.
- Специалист хирург должен обладать сформированными владениями, позволяющими установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях:
 - острый аппендицит;
 - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, острые и рецидивирующие язвенные гастродуоденальные кровотечения;
 - кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса;
 - не осложненные и ущемленные грыжи живота,
 - кишечная непроходимость различной этиологии;
 - острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит;

- холедохолитиаз и холангит;
- механическая желтуха различной этиологии;
- острый и хронический панкреатит, кистозные поражения поджелудочной железы;
- желудочные, кишечные, желчные, панкреатические и смешанные наружные и внутренние свищи;
- открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей;
- варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбофлебит и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз;
- облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена;
- Хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа);
- острый и хронический остеомиелит;
- ожоги и отморожения, электротравма;
- острая задержка мочи;
- почечная колика, острый пиелонефрит, анурия.

Врач-специалист по Хирургии должен владеть следующими практическими навыками:

- венесекция, внутривенные вливания, трансфузия крови;
- катетеризация мочевого пузыря;
- зондирование желудка;
- сифонная клизма;
- назоинтестинальная интубация;
- диагностическая и лечебная лапароскопия;
- лапапароцентез;
- остановка кровотечения, перевязка и тампонада ран;
- массаж сердца, искусственное дыхание;
- трахеостомия;
- ПХО раны;
- аппендэктомия;
- грыжесечение при несложненных и ущемленных грыжах;
- кишечный шов;
- шов паренхиматозного органа;
- наложение гастро- и еюностомы;
- хирургические вмешательства при осложнениях язвенной болезни;
- хирургическое лечение тонко- и толсткисечной непроходимости, наложение колостомы;
- санация и дренирование брюшной полости при перитоните;
- хирургическое лечение холецистита, ЖКБ и ее осложнений;
- остановка внутрибрюшного кровотечения;
- кроссэктомия;
- вскрытие абсцессов и флегмон;
- ампутация конечностей;
- наложение эпицистостомы;
- дренирование плевральной полости по Петрову и Бюлау.

Уровень сформированности умений подтверждается посредством демонстрации практических навыков, который ординатор приобретает в ходе освоения программы ординатуры по специальности 31.08.67 Хирургия. Проверка знаний проводится на этапе тестирования по основным вопросам теоретического материала.

6.2. Аттестационные материалы

На каждом этапе ГИА используются оценочные средства.

6.2.1. Аттестационные материалы для проведения I этапа - оценки практических навыков – сдача этапа происходит непосредственно у постели больного с историей болезни пациента.

6.2.2. Аттестационные материалы для проведения II этапа - междисциплинарного тестирования

Проверяются следующие компетенции: УК-1,2,3; ПК-1, 2,3,4, 5, 6,7, 8, 9, 10,11,12.

Укажите один правильный ответ

Вопросы тестового контроля

1.Тестовый контроль по разделу неотложная хирургия органов брюшной полости

1. Острый аппендицит.

#Основными патогенетическими факторами развития острого аппендицита являются:

- + Инфекция
- Глистная инвазия
- Снижение общего и местного иммунитета
- + Нарушения органного кровотока
- + Обтурация просвета отростка.

#Для острого аппендицита у взрослых характерна следующая температурная реакция:

- + Субфебрилитет
- Гектическая лихорадка с ознобами
- Температура тела остается нормальной
- Гипертермия 38-39 С, не купирующаяся антипиретиками
- Утренняя гипертермия

#Первично-гангренозный аппендицит чаще всего встречается у

- детей
- больных с декомпенсированной сопутствующей патологией
- мужчин
- женщин
- + пожилых людей

#Для острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка характерен симптом:

- Ровзинга
- Ситковского
- + Образцова
- Габая
- Керте

#Какие изменения в лабораторных показателях характерны для острого аппендицита?

- гипопроотеинемия
- + лейкоцитоз
- гематурия
- анемия
- нет характерных лабораторных проявлений

#Для инструментальной диагностики острого аппендицита используют:

- ирригоскопию
- Обзорную рентгеноскопию брюшной полости
- + лапароскопию
- Миографию

- Лапароцентез

#Типичные характеристики рвоты при остром аппендиците у взрослых

- Многократная, кишечным содержимым, не приносящая облегчения
- Однократная, большим объемом желудочного содержимого с гнилостным запахом
- Неоднократная, желчью, приносящая кратковременное облегчение
- + Однократная, желудочным содержимым, не приносящая облегчения
- Не характерна

#Характеристики кишечной диспепсии при типичном расположении деструктивно измененного отростка у взрослых:

- Тенезмы, патологические примеси в кале
- Метеоризм, задержка стула и газов
- Мелена
- Диарея до 5 раз в сутки
- + Однократный кашицеобразный стул

#Диагностировать острый аппендицит у ребенка до 3х. лет можно на основании симптомов

- Активного напряжения мышц брюшной стенки
- + Подтягивания к животу правой нижней конечности
- Болезненность при бимануальной пальпации
- Активного сопротивления исследованию
- Беспокойного поведения ребенка

#Боль при остром аппендиците чаще начинается

- Над лоном
- В правой подвздошной области
- + В эпигастрии
- По всему животу
- Ничего из перечисленного

2. Осложнения острого аппендицита.

#Сигарный тампон, установленный в брюшную полость по поводу аппендикулярного инфильтрата, следует удалить в следующие сроки:

- на первые сутки после операции
- на 3-4-е сутки
- на 9-10-е сутки
- + на 6-8-е сутки
- на 12-14-е сутки

#При обнаружении на операции плотного аппендикулярного инфильтрата следует:

- Разделить инфильтрат, выполнить аппендэктомию, дренировать брюшную полость
- Не предпринимая попыток разделения инфильтрата, дренировать правую подвздошную ямку, рану ушить наглухо
- Разделить инфильтрат, к воспаленному отростку установить сигарный тампон
- + Воздержаться от аппендэктомии, не разделяя инфильтрат, подвести к нему сигарный тампон
- Воздержаться от аппендэктомии, сформировать лапаростому с последующим выполнением программированных санаций.

#В экстренной операции не нуждаются больные с:

- рыхлым аппендикулярным инфильтратом
- + полным аппендикулярным инфильтратом

- аппендикулярным абсцессом
- отграниченным аппендикулярным перитонитом
- неполным аппендикулярным инфильтратом

#Наиболее рациональным способом завершения операции при обнаружении рыхлого аппендикулярного инфильтрата области является:

- + аппендэктомия, дренирование брюшной полости
- подведение к инфильтрату сигарного тампона, дренирование брюшной полости
- дренирование инфильтрата и брюшной полости
- аппендэктомия, установка сигарного тампона
- аппендэктомия, формирование лапаростомы с последующими программированными санациями

#Выберите операционный доступ при деструктивном аппендиците, осложненном разлитым перитонитом

- Лапаротомия по Волковичу-Дьяконову
- Лапаротомия по Леннандеру
- Верхняя срединная лапаротомия
- Лапаротомия по Федорову
- + Средне-нижняя срединная лапаротомия

#Выберите оптимальный из представленных вариант лечения поддиафрагмального абсцесса:

- консервативное лечение
- внебрюшинное и внеплевральное вскрытие и дренирование
- лапаротомия, вскрытие и дренирование полости
- + пункционное дренирование под контролем УЗИ
- Торакотомия с резекцией 8 ребра

#В исходе консервативного лечения аппендикулярного инфильтрата формируется:

- Хронический неспецифический аппендицит
- Миксома червеобразного отростка
- + Хронический резидуальный аппендицит
- Карциноид червеобразного отростка
- Все перечисленное верно

#Типичными осложнениями острого аппендицита являются все, кроме

- Аппендикулярного инфильтрата
- Периаппендикулярного абсцесса
- Местного перитонита
- Разлитого перитонита
- + Воспаления дивертикула Меккеля

#Промывание брюшной полости показано при

- Полном аппендикулярном инфильтрате
- Периаппендикулярном абсцессе
- Гангренозном аппендиците и местном неотграниченном перитоните
- Неполном аппендикулярном инфильтрате
- + Перфоративном аппендиците, разлитом гнойном перитоните

#Методом дополнительной диагностики, позволяющим диагностировать тазовый абсцесс, является:

- Ректороманоскопия
- Лапароскопия

- Ирригоскопия
- + Трансректальное (трансвагинальное) УЗИ
- Рентгеноскопия брюшной полости

3. Острый холецистит.

#У больного, оперирующегося по поводу ЖКБ, во время операции холецистэктомии возникло профузное кровотечение из элементов гепатодуоденальной связки. Каковы действия хирурга?

- Затампонировать участок кровотечения гемостатической губкой.
- + Пережать пальцами гепатодуоденальную связку, осушить рану, отдифференцировать источник кровотечения, просушить и перевязать
- Затампонировать кровоточащий участок на 5-10 минут
- Наложить кровоостанавливающий зажим
- Применить лазерную коагуляцию

#Показания к интраоперационной холангиографии (выберите комбинацию правильных ответов)

- При наличии клиники острого панкреатита
- + При подозрении на рак большого дуоденального сосочка
- подозрение на наличие холецистодуоденального свища
- + Наличие механической желтухи в анамнезе
- + Холедохозэкстазия

#Рациональным лечением желчнокаменной болезни является

- Диетическое
- Медикаментозное
- + Хирургическое
- Санаторно-курортное
- Лечение минеральными водами

#Для типичного приступа острого холецистита характерны следующие симптомы (выберите правильную комбинацию ответов):

- Гектическая лихорадка
- + Рвота желчью, приносящая кратковременное облегчение
- Кожный зуд
- + Боль в правом подреберье, иррадиирующая под правую лопатку
- Вздутие живота
- Боль опоясывающего характера после приема жирной пищи

#Клиническими проявлениями острого гангренозного холецистита являются:

- Усиление интенсивности болевого синдрома
- + Тахикардия
- Брадикардия
- + Уменьшение интенсивности болевого синдрома
- Исчезновение печеночной тупости
- + Симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга
- Иктеричность склер

#Симптом Мюсси-Георгиевского - это...

- Болезненность при поколачивании в правом подреберье
- пальпация увеличенного желчного пузыря
- + болезненность при пальпации между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
- болезненность при поколачивании в правой поясничной области

- Болезненность в левом реберно-позвоночном углу

#Основными патогенетическими факторами, участвующими в развитии острого холецистита являются:

- + Обтурация конкрементом устья желчного пузыря
- + Эндогенное инфицирование
- Дискинезия желчевыводящих путей
- Заброс панкреатического сока в просвет желчного пузыря
- + Нарушение органного кровоснабжения
- Паразитарная инвазия

#Первично гангренозный холецистит чаще возникает в результате...

- Анаэробной неклостридиальной инфекции
- + Тромбоза или эмболии пузырной артерии
- Панкреонекроза
- Пузырно-дуоденального свища
- Обтурации просвета пузыря паразитами

#Какие клинико-морфологические формы острого холецистита относятся к деструктивным?

- Катаральный
- + Флегмонозный
- Водянка желчного пузыря
- + Эмпиема желчного пузыря
- + Гангренозный
- Рубцово сморщенный желчный пузырь

#Наиболее информативным методом инструментальной диагностики острого холецистита является:

- Обзорная рентгенография органов брюшной полости
- Рентгеноскопия желудка
- ЭРПХГ
- УЗИ органов брюшной полости
- + Лапароскопия

4. Осложнения острого холецистита.

#Варианты завершения холедохотомии

- + Внутреннее дренирование (холедоходуоденоанастомоз)
 - + Первичный шов холедоха
- Гепатикоеюноанастомоз
- + Наружное дренирование холедоха
- Транспеченочное дренирование
- Дренирование культи пузырного протока

#К радикальным способам лечения холедохолитиаза относятся

- + Папиллотомия
- Холецистэктомия
- Формирование гепатикоеюноанастомоза
- + Холедохолитотомия
- Наружное дренирование холедоха по Керу

#Синдром Мириizzi - это ...

- Образование холецистодуоденального свища
- Желчеистечение из аберрантных желчных канальцев в области ложа желчного пузыря
- + Образование свища между желчным пузырем и холедохом
- Внутривнутрипеченочное образование конкрементов вследствие врожденного дефекта синтеза желчи
- Спонтанный желчный перитонит

#Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и

- слепой кишкой
- малой кривизной желудка
- + ДПК
- тощей кишкой
- ободочной кишкой

#Деструктивный холецистит может привести к следующим осложнениям:

- + Распространенному желчному перитониту
- + Поддиафрагмальному абсцессу
- + Холангиту
- Стриктуры долевых протоков
- Раку желчного пузыря

#Нормальным диаметром гепатикохоледоха считают

- до 8 мм
- до 5 мм
- + до 10 мм
- до 15 мм
- до 20 мм.

#К специфическим осложнениям острого холецистита относят:

- + Перфорацию желчного пузыря
- Межкишечный абсцесс
- + Перивезикальный абсцесс
- + Распространенный желчный перитонит
- Папиллостеноз
- Тромбоэмболию легочной артерии

#К специфическим осложнениям желчнокаменной болезни относят: (выберите возможные правильные ответы)

- + Папиллостеноз
- + Синдром Мириззи
- + Холецистодуоденальный свищ
- Перивезикальный инфильтрат
- Желчный перитонит
- Тромбоэмболия легочной артерии

#Наиболее информативным методом диагностики холедохолитиаза, из представленных, является

- УЗИ органов брюшной полости
- Лапароскопия
- Дуоденоскопия
- Дуоденальное зондирование
- + ЭРПХГ

#Укажите возможные пути миграции конкрементов в холедох при развитии холедохолитиаза?

- + Из полости желчного пузыря через пузырный проток
- + Из полости желчного пузыря при синдроме Мириззи
- Из внутрипеченочных протоков при болезни Бадда-Киари
- Из полости желчного пузыря при холецистодуоденальном свище
- + Из внутрипеченочных протоков при болезни Кароли
- Из внутрипеченочных протоков через ходы Люшка

5. Грыжи живота.

#Что является нижней стенкой пахового канала?

- Поперечная фасция
- Нижний край наружной косой мышцы живота
- Жимбернатова связка
- + Паховая связка
- Край подвздошной кости

#Какое ущемление называется Рихтеровским?

- + Пристеночное
- Ложное
- Ретроградное
- Меккелева дивертикула
- Червеобразного отростка

#Больной 42 лет, имеется паховая грыжа слева. Какова Ваша тактика?

- Экстренное грыжесечение
- Динамическое наблюдение, оперативное лечение не показано.
- Ношение бандажа, ограничение физической нагрузки, оперативное лечение при развитии пахово-мошоночной грыжи.
- Ношение бандажа, оперативное лечение - при развитии осложнений.
- + Плановое грыжесечение.

#Что является задней стенкой пахового канала?

- + Поперечная фасция
- Гребешковая фасция
- Паховая связка
- Предбрюшинная клетчатка
- Парietaльная брюшина

#К атипичным видам ущемления относятся:

- Странгуляционное
- Каловое
- Эластическое
- + Ретроградное
- + Пристеночное

#Что такое грыжа Майдля?

- Пристеночное ущемление
- Разущемившаяся грыжа
- Ложное ущемление
- + Ретроградное ущемление.
- Ущемление дивертикула Меккеля.

#У больного, находящегося в реанимационном отделении с острым инфарктом миокарда, диагностировано ущемление паховой грыжи. Какова Ваша тактика?

- Попытка вправления грыжи, при неэффективности - экстренная операция.
- Вправление грыжи, динамическое наблюдение, бандаж.
- Динамическое наблюдение, операция - только при клинике ущемления кишки.
- + Экстренное грыжесечение
- Симптоматическая терапия, плановая операция через 6 мес. после перенесенного инфаркта.

#Основным признаком скользящей грыжи является

- Легкая вправимость
- Врожденная природа
- + Одной из стенок грыжевого мешка является орган брюшной полости, частично покрытый брюшиной
- Проникновение между мышцами и апоневрозом
- Все перечисленное верно

#Основным симптомом, позволяющим дифференцировать косую и прямую паховую грыжи, является симптом ...

- + Крымова
- Керте
- Кохера
- Мерфи
- Крюкова

#Какой вид кишечной непроходимости характерен для типичного ущемления тонкой кишки в грыжевых воротах?

- смешанная
- паралитическая
- обтурационная
- + странгуляционная
- спастическая

6. Острая кишечная непроходимость.

#Для обтурационной кишечной непроходимости характерны следующие симптомы:

- + постоянные боли в животе
- асимметричный живот
- рвота "кофейной гущей"
- + равномерное вздутие живота
- + зияние ампулы прямой кишки

#К какому виду непроходимости относится ущемление кишки в грыжевых воротах?

- спастическая
- паралитическая
- + странгуляционная
- обтурационная
- смешанная

#Инвагинация у взрослых чаще всего возникает

- + При доброкачественных опухолях кишечника
- При фитобезоарах
- При рубцовом сужении кишечника
- При дивертикулезе кишечника

- При паразитарных инвазиях

#К смешанным формам кишечной непроходимости относят

- + Инвагинацию
- Узлообразование
- Заворот сигмовидной кишки
- Обтурацию желчным камнем
- + Спаечную непроходимость

#Причиной паралитической непроходимости являются

- + оперативное вмешательство на органах брюшной полости
- инвагинация
- + панкреонекроз
- + перитонит
- отравление солями тяжелых металлов

#Рентгенологическими признаками кишечной непроходимости являются:

- + дефект наполнения
- симптом "ниши"
- пневматоз кишечника
- + чаши Клойбера
- + складки Керкринга
- наличие "серпа" газа под куполом диафрагмы

#Причиной развития острой кишечной непроходимости может быть

- Атония мышц передней брюшной стенки
- + Отравление солями тяжелых металлов
- Употребление жирной и острой пищи
- + Употребление большого количества пищи, богатой клетчаткой
- Психотравма

#Симптом Склярова - это:

- Многократная рвота
- Частый жидкий стул
- + "шум плеска" при сотрясении брюшной стенки
- "зияние" ануса
- Асимметрия живота

#Причинами развития спастической кишечной непроходимости являются

- Забрюшинная гематома
- Острый панкреатит
- Перитонит
- + Отравление свинцом
- + Отравление фосфорорганическими соединениями

#К странгуляционной кишечной непроходимости относятся следующие формы:

- + ущемление в грыжевых воротах
- + заворот тонкой кишки
- инвагинация
- спаечная болезнь брюшной полости
- + узлообразование
- обтурация желчным камнем

7. Панкреатит.

#Назовите артерии, кровоснабжающие головку поджелудочной железы

- Левая и правая поджелудочные
- Правая желудочно-сальниковая
- + Верхние и нижние панкреатодуоденальные
- Короткие артерии желудка
- Селезеночная

#Укажите три основных этиологических фактора развития острого панкреатита

- Дуоденостаз
- + Токсические воздействия
- Аутоимунное повреждение
- + Патология желчевыводящей системы
- + Травматические повреждения

#Первые трое суток течения острого панкреатита относятся к клиническому периоду ...

- + Панкреатогенного шока и микроциркуляторных нарушений
- Инфекционных осложнений
- Полиорганной недостаточности
- Мнимого благополучия
- Системной реакции на воспаление

#Нормальным является уровень амилазы (г/л.ч.) крови:

- 120-150
- 10.0-21.5
- 3.3-5.5
- 32-64
- + 12-32

#Симптом Воскресенского при остром панкреатите - это ...

- + исчезновение пульсации брюшной аорты в проекции тела поджелудочной железы
- Петехиальные кровоизлияния на грудной клетке
- Пятна цианоза на лице
- болезненность в левом реберно-позвоночном углу
- болезненная резистентность в проекции поджелудочной железы

#Основными патогенетически обоснованными мероприятиями в первом клиническом периоде панкреонекроза являются:

- + Блокада секреторной функции поджелудочной железы
- Антибактериальная терапия
- Декомпрессия желчного пузыря
- + Антибактериальная профилактика
- + Восстановление объема циркулирующей крови

#Для болевого синдрома при остром панкреатите характерны следующие особенности (выберите сочетание правильных ответов)

- + Высокая интенсивность
- Иррадиация за грудину
- + Постоянный характер
- + "опоясывающий" характер
- Схваткообразный характер

- Связь с физической нагрузкой

#По распространенности панкреонекроза, согласно классификации В.С.Савельева, выделяют следующие формы:

- разлитой
- + тотальный
- + субтотальный
- забрюшинный
- + очаговый

#Перечислите прямые лапароскопические признаки панкреонекроза (выберите правильное сочетание вариантов)

- + Бляшки стеатонекроза
- + Геморрагическое пропитывание связочного аппарата желудка
- Отек стенки желчного пузыря
- + Выпот с высоким содержанием амилазы
- Налет фибрина в области ворот селезенки
- Выбухание передней стенки желудка

#При панкреонекрозе секвестры в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке формируются, в среднем ...

- в первые сутки заболевания
- + на третьей неделе заболевания
- через 6 мес. от начала заболевания
- к третьему месяцу от начала заболевания
- к 10-12 суткам от начала заболевания

8. Перитонит.

#Аппендикулярный перитонит, согласно этиологической классификации, является:

- Первичным
- + Вторичным
- Третичным
- КRYPTOгенным
- Анаэробным

#Выберите определение первичного перитонита

- Перитонит, возникающий в результате воспалительных заболеваний органов брюшной полости
- + Воспаление брюшины, развивающийся без нарушения целостности полых органов.
- Развивается в результате послеоперационных осложнений.
- Перитонит, развивающийся в виде суперинфекции, на фоне истощения механизмов противоинфекционной защиты.
- Развивается в результате генерализации воспалительного процесса в брюшной полости.

#Перитонит классифицируют

- По этиологическому фактору
- По распространенности
- По характеру выпота
- По тяжести клинических проявлений
- + по всем перечисленным признакам

#Туберкулезный перитонит относят к:

- + к первичному
- ко вторичному
- к третичному

#По распространенности перитонит делится на

- Отграниченный и распространенный
- + Местный и распространенный
- Отграниченный и неотграниченный
- Местный и неотграниченный

#Тактика при установленном диагнозе послеоперационного перитонита:

- Динамическое наблюдение.
- Диагностическая лапароскопия.
- Интенсивная терапия в условиях РАО, назначение карбапенемов.
- + Экстренная релапаротомия.
- Формирование лапаростомы.

#Окончательным методом, позволяющим установить распространенность перитонита, является:

- + Диагностическая лапароскопия.
- Абдоминальное УЗИ.
- Обзорная рентгеноскопия брюшной полости.
- Лапароцентез с методикой "шарящего катетера"
- Клиническое исследование.

#Рентгенологическим признаком перфорации полого органа является:

- Чаши Клойбера.
- + Симптом серпа.
- Кишечные арки и уровни.
- Наличие свободной жидкости в брюшной полости.
- Исчезновение газового пузыря желудка.

#При перитоните с явлениями паралитической кишечной непроходимости показано:

- Формирование илеостомы.
- Установка назогастрального зонда.
- + Назоинтестинальная интубация.
- Лапаростомия.
- Все перечисленное.

#Выберите рациональный доступ при лечении распространенного гнойного перитонита

- Лапароскопическая санация и дренирование.
- Мини доступ к органу-источнику перитонита.
- Локальные доступы к отлогим местам брюшной полости.
- + Срединная лапаротомия.
- Поперечная лапаротомия.

9. Язвенная болезнь.

#Наиболее частым источником массивного кровотечения из верхних отделов ЖКТ является

- Желудочная язва
- + Дуоденальная язва

- Рак желудка
- Синдром Меллори-Вейсса
- Геморрагический гастрит

#Какой из методов наиболее достоверен в определении точной локализации источника кровотечения из верхних отделов ЖКТ?

- Рентгенография желудка и ДПК
- КТ
- + ФГДС
- Ангиография
- Радионуклидное сканирование

#Для эндоскопической оценки состояния гемостаза используют критерии ...

- Рэнсона
- + Форреста
- В.С.Савельева
- APACHE
- SOFA

#К клиническим критериям оценки тяжести кровопотери относятся :

- Содержание гемоглобина
- + Уровень сознания
- + Артериальное давление
- Расстройства микроциркуляции
- + Частота сердечных сокращений
- Результаты эндоскопического исследования

#Болевой синдром, характерный для язвенной болезни, при развитии кровотечения ...

- Приобретает иррадиацию в спину и поясничную области
- Приобретает нестерпимый "кинжальный" характер
- + Купируется
- Усиливается
- Не изменяется

#У больного с продолжающимся кровотечением из язвы ДПК имеется картина геморрагического шока. Какую тактику следует избрать?

- Госпитализация в РАО для интенсивной противошоковой терапии
- Динамическое наблюдение в условиях отделения неотложной хирургии
- + Экстренная операция с параллельной терапией геморрагического шока
- Проведение медикаментозной терапии
- Предоперационная подготовка до стабилизации гемодинамики с последующим оперативным лечением

#У пациента 38 лет выявлено кровотечение из язвы задней стенки ДПК (Форрест 2Б).

Показатели гемодинамики: АД 90 и 60 мм. рт.ст., пульс 110 в минуту. Показатели общего анализа крови: гемоглобин 64 г/л., эритроциты --х 101 2 Какую хирургическую тактику следует избрать?

- + Операция в неотложном порядке после кратковременной предоперационной подготовки (гемотрансфузия, противошоковые мероприятия)
- Динамическое наблюдение, контрольное ФГДС-исследование через 24 часа.
- Экстренная операция по жизненным показаниям
- Консервативное лечение в условиях хирургического отделения, в случае рецидива кровотечения - оперативное лечение

- Эндоскопическая остановка кровотечения, проведение медикаментозного лечения.

#Экстренное оперативное лечение при кровоточащей язве желудка и ДПК показано при :

- в случае отсутствия эффекта от медикаментозной терапии язвы ДПК в течение 6 мес.
- + рецидивном кровотечении
- + тяжелой степени кровопотери независимо от состояния гемостаза
- длительно существующей язве желудка
- + продолжающемся кровотечении
- в случае подозрения на малигнизированный характер язвы

#Укажите нормальные колебания концентрации гемоглобина у женщин (г/л.)?

- 120-160
- 132-164
- 100-120
- + 115-145
- 160-180

#При ФГДС выявлена хроническая язва ДПК со стекающей из язвенного дефекта темной кровью. Согласно критериям Форреста состояние гемостаза оценивается, как ...

- + 1В
- 2С
- 2А
- 1А
- 3

#При какой локализации язвы ДПК наблюдается типичная клиника перфорации?

- + передней стенки луковицы
- латеральной стенки нижней горизонтальной ветви
- медиальной стенки нисходящей ветви
- задней стенки луковицы
- постбульбарного отдела

#К атипичным перфорациям относят следующие локализации перфоративных язв ...

- передней стенки ДПК
- + малой кривизны желудка в месте фиксации листков малого сальника
- передней стенки кардиального отдела желудка
- + задней стенки ДПК
- + задней стенки тела желудка
- передней стенки тела желудка

#Основным клиническим симптомом перфорации хронической язвы желудка является ...

- мелена
- + интенсивная боль в эпигастрии
- тупая боль с иррадиацией в поясничные области
- рвота
- шок

#Какая частота пульса характерна для клинической картины перфоративной язвы желудка и ДПК?

- экстрасистолическая аритмия

- тахикардия
- частота пульса не изменяется
- + брадикардия
- мерцательная тахикардия

#Для клинической картины прикрытой перфорации язвы ДПК характерны следующие особенности (укажите возможные правильные ответы):

- + возобновление боли в правой подвздошной области
- наличие мelenы
- отсутствие болевого синдрома в момент перфорации
- + начало с интенсивной боли в эпигастрии
- + наличие "светлого" промежутка
- наличие рвоты "кофейной гущей"

#Какова тактика при язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной перфорацией?

- показана медикаментозная терапия в условиях гастроэнтерологического отделения
- показано динамическое наблюдение в условиях хирургического стационара
- + показана экстренная операция
- экстренная операция - только при наличии разлитого перитонита
- показана интенсивная терапия в условиях РАО

#Рентгенологическим признаком перфорации хронической язвы ДПК является:

- аэрохолия
- чаши Клойбера
- пневматизация ободочной кишки
- арки и уровни тонкой кишки
- + наличие свободного газа под правым куполом диафрагмы

#К возможным радикальным способам лечения перфоративной язвы ДПК относятся :

- ушивание язвы
- + стволовая ваготомия с пилоропластикой
- гастрэктомия
- дуоденопластика
- + резекция желудка

#К радикальным способам лечения перфоративной язвы желудка относятся:

- гастродуоденоанастомоз
- ушивание язвы
- иссечение язвы
- ваготомия с пилоропластикой
- + резекция желудка

#К паллиативным способам лечения перфоративной язвы ДПК относятся :

- резекция желудка
- стволовая ваготомия с пилоропластикой
- + иссечение язвы, дуоденопластика
- + ушивание язвы
- гастрэктомия

6.2.3. Вопросы и задачи к экзаменационным билетам для проведения III этапа ГИА – собеседование по билетам

Проверяются следующие компетенции: УК-1, 2; ПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.

Примеры ситуационных задач:

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Больной Н., 52 лет, водитель такси, обратился с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, не связанные с приёмом пищи, исчезновение аппетита, похудание на 10 кг при исходном весе 72 кг, слабость.

Больным себя считает 3 месяца, в течение которых вначале исчез аппетит, затем появились боли, вначале сразу после употребления грубой пищи, в дальнейшем они стали беспокоить ближе к ночи. В последние 3 недели появлялась слабость.

20 лет назад перенес резекцию желудка (Бильрот-II) по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. С этого времени считал себя выздоровевшим, к врачам не обращался, не обследовался. Работает шофёром в течение 25 лет.

Объективно: нормостеничен. Кожа и слизистые умеренно бледны, тургор кожи снижен. Живот не вздут. В легких и сердце – без изменений. ЧД = 16 в 1 мин. ЧСС = 68 в 1 мин. АД = 120/80 мм рт.ст. В эпигастрии на коже - рубец после перенесённой операции. При пальпации в этой зоне умеренная болезненность, но каких-либо образований определить не удаётся. Печень - по краю реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Периферические лимфоузлы не увеличены. При пальцевом исследовании прямой кишки - в просвете ее и в малом тазу (через ее стенку) патологии не выявлено.

Результаты обследования:

ОАК: Эр = $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 105 г/л, Лейк. = $4,2 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2, палочкоядерные - 10, сегментоядерные - 63, Лимфоциты = 14, Моноциты = 11, СОЭ = 22 мм/ч.

ОАМ: уд. плотность - 1002, цвет - сол.-желтый, реакция - нейтр., белка нет, сахара нет; плоский эпителий – ед. п/зр, Лейк. = 3-5 п/зр, Эр. = ед. в п/зр., цилиндры - нет, бактерий нет.

Рентгеноскопия органов грудной клетки – без патологических изменений.

ЭКГ: ритм синусовый, 68 в 1 мин. Признаки мышечных изменений миокарда.

Рентгеноскопия культи желудка: размеры культи составляют около 1/3 органа. На передней ее стенке дефект наполнения 4х6 см бугристый с относительно четкими границами. Смещаемость культи ограничена.

Гастрофиброскопия: на передней стенке с переходом на малую кривизну культи - экзофитное образование 4 х 5 см, состоящее из мелких и средних бугорков, напоминающих цветную капусту.

Биохимические показатели сыворотки: глюкоза = 4,0 ммоль/л, билирубин общ. = 16 мкмоль/л, холестерин = 5,1 ммоль/л, общий белок = 72 г/л, мочевины = 4 ммоль/л, остаточный азот = 20 ммоль/л, креатинин = 50 мкмоль/л, амилаза = 20 г/ч-л.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

В стационаре находится больной У., 51 года, каменщик, с жалобами на периодически возникающее чувство тяжести в проекции пупка, умеренные пульсирующие боли, усиливающиеся при физической нагрузке.

Считает себя больным 6 месяцев, когда впервые обнаружил припухлость чуть ниже пупка, при надавливании она пульсировала. Обращался к участковому терапевту, было проведено рентгенографическое исследование желудка и УЗИ брюшной полости, но о результатах сказать ничего не может. В связи с усилением боли накануне повторно обследовался в диагностическом центре, после чего направлен в хирургический стационар.

В анамнезе: стенокардия напряжения, язвенная болезнь желудка; неоднократно определялось повышение АД до 180/100 мм рт.ст. Работа связана с подъемом тяжести.

Объективно: Состояние удовлетворительное. В легких и сердце физикальная симптоматика в пределах возрастных изменений. ЧД = 16 в 1 мин. ЧСС = 76 в 1 мин. АД = 150/80 мм рт.ст. Живот правильной формы мягкий, безболезненный, в мезогастрии пальпируется безболезненное пульсирующее образование размером 10 x 6 см, над которым выслушивается систолический шум, физиологические отправления в норме, пульсация артерий конечностей хорошая на всех уровнях.

Результаты обследования:

ОАК: Эр = $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, Hb = 140 г/л, Цв. пок. = 1,0; Лейк. = $5,6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ = 8 мм/час.

ОАМ: уд. плотность - 1002, цвет - сол.-желтый, реакция - нейтр., белка нет, сахара нет. Микроскопия осадка: плоский эпителий – ед. п/зр, Лейк. = 3-5 п/зр, Эр. = ед. в п/зр., цилиндры - нет, бактерий нет.

ЭКГ: Ритм синусовый, 76 в 1 мин. $R_{II} > R_I > R_{III}$. Угол $\alpha = 70^\circ$. Признаки нарушения метаболизма миокарда.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: срединная тень не расширена. Корни лёгких структурны, легочный рисунок не изменен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: Диафрагма подвижна, положение куполов обычное. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

УЗИ брюшной полости: органы брюшной полости без изменений супраренальный отдел аорты диаметром 25 мм, ниже почечных артерий диаметр = 60 мм, в просвете не гомогенные пристеночные массы, истинный просвет аорты = 18 мм.

Биохимические показатели сыворотки: глюкоза = 4,0 ммоль/л, билирубин общ. = 16 мкмоль/л, холестерин = 5,1 ммоль/л, общий белок = 72 г/л, мочевины = 4 ммоль/л, остаточный азот = 20 ммоль/л, креатинин = 50 мкмоль/л.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Больной Н., 52 лет, водитель такси, обратился с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, не связанные с приёмом пищи, исчезновение аппетита, похудание на 10 кг при исходном весе 72 кг, слабость.

Больным себя считает 3 месяца, в течение которых вначале исчез аппетит, затем появились боли, вначале сразу после употребления грубой пищи, в дальнейшем они стали беспокоить ближе к ночи. В последние 3 недели появлялась слабость.

20 лет назад перенес резекцию желудка (Бильрот-II) по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. С этого времени считал себя выздоровевшим, к врачам не обращался, не обследовался. Работает шофёром в течение 25 лет.

Объективно: нормостеничен. Кожа и слизистые умеренно бледны, тургор кожи снижен. Живот не вздут. В легких и сердце – без изменений. ЧД = 16 в 1 мин. ЧСС = 68 в 1 мин. АД = 120/80 мм рт.ст. В эпигастрии на коже - рубец после перенесённой операции. При пальпации в этой зоне умеренная болезненность, но каких-либо образований определить не удаётся. Печень - по краю реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Периферические лимфоузлы не увеличены. При пальцевом исследовании прямой кишки - в просвете ее и в малом тазу (через ее стенку) патологии не выявлено.

Результаты обследования:

ОАК: Эр = $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин - 105 г/л, Лейк. = $4,2 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы - 2, палочкоядерные - 10, сегментоядерные - 63, Лимфоциты = 14, Моноциты = 11, СОЭ = 22 мм/ч.

ОАМ: уд. плотность - 1002, цвет - сол.-желтый, реакция - нейтр., белка нет, сахара нет; плоский эпителий – ед. п/зр, Лейк. = 3-5 п/зр, Эр. = ед. в п/зр., цилиндры - нет, бактерий нет.

Рентгеноскопия органов грудной клетки – без патологических изменений.

ЭКГ: ритм синусовый, 68 в 1 мин. Признаки мышечных изменений миокарда.

Рентгеноскопия культи желудка: размеры культи составляют около 1/3 органа. На передней ее стенке дефект наполнения 4x6 см бугристый с относительно четкими границами.

Смещаемость культи ограничена.

Гастрофиброскопия: на передней стенке с переходом на малую кривизну культи - экзофитное образование 4 x 5 см, состоящее из мелких и средних бугорков, напоминающих цветную капусту.

Биохимические показатели сыворотки: глюкоза = 4,0 ммоль/л, билирубин общ. = 16 мкмоль/л, холестерин = 5,1 ммоль/л, общий белок = 72 г/л, мочевины = 4 ммоль/л, остаточный азот = 20 ммоль/л, креатинин = 50 мкмоль/л, амилаза = 20 г/ч-л.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

В стационаре находится больной У., 51 года, каменщик, с жалобами на периодически возникающее чувство тяжести в проекции пупка, умеренные пульсирующие боли, усиливающиеся при физической нагрузке.

Считает себя больным 6 месяцев, когда впервые обнаружил припухлость чуть ниже пупка, при надавливании она пульсировала. Обращался к участковому терапевту, было проведено рентгенографическое исследование желудка и УЗИ брюшной полости, но о результатах сказать ничего не может. В связи с усилением боли накануне повторно обследовался в диагностическом центре, после чего направлен в хирургический стационар.

В анамнезе: стенокардия напряжения, язвенная болезнь желудка; неоднократно определялось повышение АД до 180/100 мм рт.ст. Работа связана с подъемом тяжести.

Объективно: Состояние удовлетворительное. В легких и сердце физикальная симптоматика в пределах возрастных изменений. ЧД = 16 в 1 мин. ЧСС = 76 в 1 мин. АД = 150/80 мм рт.ст. Живот правильной формы мягкий, безболезненный, в мезогастррии пальпируется безболезненное пульсирующее образование размером 10 x 6 см, над которым выслушивается систолический шум, физиологические отправления в норме, пульсация артерий конечностей хорошая на всех уровнях.

Результаты обследования:

ОАК: Эр = $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, Hb = 140 г/л, Цв. пок. = 1,0; Лейк. = $5,6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ = 8 мм/час.

ОАМ: уд. плотность - 1002, цвет - сол.-желтый, реакция - нейтр., белка нет, сахара нет. Микроскопия осадка: плоский эпителий – ед. п/зр, Лейк. = 3-5 п/зр, Эр. = ед. в п/зр., цилиндры - нет, бактерий нет.

ЭКГ: Ритм синусовый, 76 в 1 мин. $R_{II} > R_I > R_{III}$. Угол $\alpha = 70^\circ$. Признаки нарушения метаболизма миокарда.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: срединная тень не расширена. Корни лёгких структурны, легочный рисунок не изменен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: Диафрагма подвижна, положение куполов обычное. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

УЗИ брюшной полости: органы брюшной полости без изменений супраренальный отдел аорты диаметром 25 мм, ниже почечных артерий диаметр = 60 мм, в просвете не гомогенные пристеночные массы, истинный просвет аорты = 18 мм.

Биохимические показатели сыворотки: глюкоза = 4,0 ммоль/л, билирубин общ. = 16 мкмоль/л, холестерин = 5,1 ммоль/л, общий белок = 72 г/л, мочевины = 4 ммоль/л, остаточный азот = 20 ммоль/л, креатинин = 50 мкмоль/л.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Больной Б., 34 лет, маляр, поступил в плановом порядке в приемный покой хирургии. Жалобы на слабость, периодические подъемы температуры до 37,5 - 38,0° С, ноющую боль по всему животу, неустойчивый стул, появление в кале слизи, прожилок крови.

Болен около 3 лет. Не обследован.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Питания повышенного. Рост = 156 см., масса тела = 65 кг. Кожный покров бледный. Дыхание везикулярное. ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС = 86 в 1 мин. АД = 110/70 мм рт.ст. Язык влажный. Живот симметричный, не вздут, мягкий во всех отделах, болезненный по ходу левой половины ободочной кишки. Перистальтика выслушивается. При ректальном исследовании - без патологии.

Результаты стационарного обследования:

ОАК: Эритро. = $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, Нб = 110 г/л, Цв. пок. = 0,9. Лейкоциты = $14,6 \cdot 10^9$ /л, эоз. - 1%, п/я - 4%, с/я - 68%, Лимфоциты = 20%, Моноциты = 6%. СОЭ = 25 мм/ч.

Время свертывания = 6 минут, время кровотечения = 3 минуты, ПТИ = 90%.

ОАМ: Цвет - соломенно-желтый; Удельная плотность-1014; Реакция - кислая; Белок - 0,033%; Сахар - отрицательный; Лейкоциты - единичные в п/зр; Эпителий плоский = 2-3 в п/зр

ЭКГ: Ритм синусовый, 86 в минуту. Признаки нарушения метаболизма миокарда.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: срединная тень не расширена. Корни лёгких структурны, легочный рисунок не изменен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: Диафрагма подвижна, положение куполов обычное. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Биохимический анализ крови: Амилаза сыворотки - 20 г/час*л, Билирубин общий - 10,0 мкмоль/л (прямой = 4,0 мкмоль/л); АЛТ = 0,72 ммоль/л*ч; АСТ = 0,61 ммоль/л*ч; Холестерин = 5,2 ммоль/л; Калий = 4,4 ммоль/л; Натрий = 115 ммоль/л; Хлор = 98 ммоль/л.

Общий белок = 72г/л: Альбумины = 61%; Глобулины = 39% (α_1 = 3,7%; α_2 = 9,5%; β = 15,1%; γ = 20,7%); Альбумино-глобулиновый индекс = 1,24.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Больной А., 52 лет, грузчик, поступил в хирургическое отделение из инфекционной больницы. В течение последних трех месяцев отмечает умеренные боли в правой подвздошной области, вздутие живота, сильное урчание кишечника, слабость, субфебрильную температуру. В последнее время появились запоры, которые сменялись жидким стулом. Трое суток назад боли в животе значительно усилились, приняли приступообразный характер, дважды была рвота, по поводу чего больной лечился в инфекционной больнице.

Объективно: Состояние средней тяжести, кожные покровы бледные. В легких и сердце физикальная симптоматика в пределах возрастных изменений. ЧД = 16 в 1 мин. Пульс = 94 в 1 мин. АД = 110/70 мм рт.ст. Язык сухой. Живот вздут, мягкий, болезненный во всех отделах, особенно в правой подвздошной области, где определяется неотчетливо опухолевидное образование. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Имеется легкий шум “плеска”. Перистальтика кишечника резонирующая. При ректальном исследовании патологии не выявлено.

Результаты обследования:

ОАК: Эр = $2,9 \cdot 10^{12}$ /л; гемоглобин- 86г/л; Лейк. = $8,7 \cdot 10^9$ /л; палочкоядерные - 3; сегментоядерные - 57; Лимфоциты = 23; Моноциты = 10; СОЭ = 32 мм/час.

ОАМ: уд. плотность - 1002, цвет - сол.-желтый, реакция - нейтр., белка нет, сахара нет. Микроскопия осадка: плоский эпителий – ед. п/зр, Лейк. = 3-5 п/зр, Эр = ед. в п/зр., цилиндры - нет, бактерий нет.

ЭКГ: Ритм синусовый, 94 в 1 мин. $R_{II} > R_I > R_{III}$. Угол $\alpha = 70^\circ$.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: срединная тень не расширена. Корни лёгких структурны, легочный рисунок не изменен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: Диафрагма подвижна, положение куполов обычное, наддиафрагмальное пространство с обеих сторон свободно. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено. Единичные кишечные уровни с преобладанием их ширины над высотой.

Биохимические показатели сыворотки: глюкоза = 4,0 ммоль/л, билирубин общ. = 16 мкмоль/л, холестерин = 5,1 ммоль/л, общий белок = 72 г/л, мочевины = 10,2 ммоль/л, остаточный азот 20 ммоль/л, креатинин = 50 мкмоль/л, амилаза – 20 г/ч-л.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Больная Б., 50 лет, асфальтоукладчица, обратилась к хирургу поликлиники. Жалобы на наличие опухолевидного образования в области пупка.

Образование появилось 3 года назад, увеличивается в размерах при выполнении физической нагрузки, исчезает в положении лежа.

Из истории жизни: у больной 5 детей.

Объективно: Состояние удовлетворительное, повышенного питания. Рост = 156 см., масса тела = 78кг. Кожа обычной окраски. Дыхание везикулярное. ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС = 84 в 1 мин, АД = 140 и 90 мм рт.ст. Язык влажный, не обложен. Живот больших размеров, при пальпации мягкий, безболезненный. Выше пупка по средней линии определяется дефект в апоневрозе 4 см. в диаметре.

Результаты стационарного обследования:

ОАК: Эритроц. = $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, Hb = 150 г/л, Цв. пок. = 0,9. Лейкоциты = $9,6 \cdot 10^9$ /л, эоз. - 1%, п/я – 5%, с/я – 68%, Лимфоциты = 19%, Моноциты = 6%. СОЭ = 5 мм/ч.

Время свертывания = 6 минут, время кровотечения = 3 минуты, ПТИ = 90%.

ОАМ: Цвет - соломенно-желтый; Удельная плотность-1014; Реакция - кислая; Белок - 0,033%; Сахар - отрицательный; Лейкоциты – един. в п/зр; Эпителий плоский = 2-3 в п/зр

ЭКГ: Ритм синусовый, 84 в минуту. Признаки нарушения метаболизма миокарда.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: срединная тень не расширена. Корни лёгких структурны, легочный рисунок не изменен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: Диафрагма подвижна, положение куполов обычное. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Биохимический анализ крови: Амилаза сыворотки = 20 г/час*л, Билирубин общий - 10,0 мкмоль/л (прямой = 4,0 мкмоль/л); АЛТ = 0,72 ммоль/л*ч; АСТ = 0,61 ммоль/л*ч; Холестерин = 5,2 ммоль/л; Калий = 4,4 ммоль/л; Натрий = 115 ммоль/л; Хлор = 98 ммоль/л.

Общий белок = 72г/л: Альбумины = 61%; Глобулины = 39% (α_1 = 3,7%; α_2 = 9,5%; β = 15,1%; γ = 20,7%); Альбумино-глобулиновый индекс = 1,24.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

В поликлинику обратился больной Б., 31 года, шахтер, с жалобами на частые боли в ногах, при ходьбе 400 – 600 м, а периодически - и в покое.

Последние 2 недели отмечает усиление боли. Месяц назад перенес грипп.

Указанные жалобы появились около трех лет назад. За медицинской помощью не обращался.

В анамнезе хронический тонзиллит, частые ОРВИ. Курит по 20-30 сигарет в день.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Обе нижние конечности правильной формы, голени несколько гипотрофичны, кожа бледная, с синюшным оттенком на стопах. На переднемедиальных поверхностях обеих голеней плотные, умеренно болезненные тяжи, кожа над которыми гиперпигментирована и гиперемирована. Пульсация определяется на бедренных и подколенных артериях, на берцовых не определяется с обеих сторон. В легких и

сердце физикальная симптоматика в пределах возрастных изменений. ЧД = 16 в 1 мин. ЧСС = 72 в 1 мин. АД = 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

Результаты обследования:

ОАК: СОЭ = 8 мм/ч, Hb = 140 г/л, Цв. пок. = 1,0, Эр. = $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, Лейк. = $5,6 \cdot 10^9$ /л

ОАМ: уд. плотность - 1002, цвет - сол.-желтый, реакция - нейтр., белка нет, сахара нет. Микроскопия осадка: плоский эпителий – ед. п/зр, Лейк. = 3-5 п/зр, Эр = ед. в п/зр., цилиндры - нет, бактерий нет.

ЭКГ: Ритм синусовый, 72 в 1 мин. $R_{II} > R_I > R_{III}$. Угол $\alpha = 70^\circ$. Признаки нарушения метаболизма миокарда.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: срединная тень не расширена. Корни лёгких структурны, легочный рисунок не изменен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Биохимические показатели сыворотки: глюкоза = 4,0 ммоль/л, билирубин общ. = 16 мкмоль/л, холестерин = 5,1 ммоль/л, общий белок = 72 г/л, мочевины = 4 ммоль/л, остаточный азот 20, креатинин = 50 мкмоль/л.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

Больная Л., 76 лет, пенсионерка, находится на стационарном лечении в хирургическом отделении. Жалобы на чувство тяжести «под ложечкой», тошноту, рвоту съеденной накануне пищи, похудание, задержку стула в течение 2-3 дней.

Больной себя считает 2 недели, при амбулаторном рентгенологическом обследовании органической патологии пищеварительного тракта не выявлено.

Объективно: гиперстеник. Кожа бледная, подкожная клетчатка выражена удовлетворительно. Рост = 158 см. Масса тела = 56 кг. ЧД = 20 в 1 мин. ЧСС = 78 в 1 мин., АД = 140/80 мм рт.ст. Язык влажный обложен. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в эпигастриальной области. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. В эпигастриальной области «шум плеска».

Результаты обследования:

ОАК: Эр. = $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, Hb = 107 г/л, ЦП = 0,8, Лейк. = $6,1 \cdot 10^9$ /л. э-0%, п/я - 10%, сегм. – 81%, лимф. – 7%, мон. – 2%. СОЭ = 8 мм/ч.

ОАМ: уд. плотность - 1000, цвет - сол.-желт., реакция – нейтр., белка нет, сахара нет. Плоский эпителий – ед. п/зр, лейкоц. 3-4 п/зр, Эритроц. – свеж. 1-2 в п/зр., бактерии, слизь – в большом количестве.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: без патологических изменений.

ЭКГ: диффузные дистрофические изменения в миокарде.

Р-скопия желудка: пищевод не изменен, желудок обычной формы и величины, натощак содержит умеренное количество жидкости, контуры его ровные, стенки эластичны. Рельеф не изменен, первичной эвакуации нет в течение 3-х часов. Через 12 часов выполняется деформированный привратник и начальный отдел ДПК, часть контраста в тонком кишечнике.

ЭФГДС: пищевод и кардия свободно проходимы. Недостаточность кардии II степени. Натощак желудок пуст. Слизистая его атрофична, складки сглажены, перистальтика вялая. Привратник деформирован и стойко спазмирован, пройти в ДПК не удалось. Слизистая привратника рыхлая, легко кровоточит.

УЗИ органов брюшной полости: печень с четким контуром, однородная, 55х118 мм. Желчный пузырь 68х18 мм, толщина его стенки 3 мм, содержимое неомогенное. Поджелудочная железа с неровным нечетким контуром. Головка поджелудочной железы четко не лоцируется из-за застойного желудочного содержимого. Значительное увеличение размеров желудка и диаметра ДПК с уровнем жидкости.

Биохимические показатели сыворотки: глюкоза - 4,8 ммоль/л, Билирубин = 10 мкмоль/л, АСТ – 0,44, АЛТ – 1,43, холестерин - 5,1 ммоль/л, общ. белок = 73 г/л, мочевины – 5,5 ммоль/л, K^+ - 4,9 ммоль/л.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

В хирургический стационар обратился больной П., 50 лет, рабочий. Жалобы на тупую распирающую боль в правом подреберье, озноб, гипертермию. С периодичностью раз в 3-4 суток возникает обильная рвота большим количеством застойного отделяемого с примесью желчи. После рвоты боль проходит.

Болен язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в течение 11 лет. Пять месяцев назад перенес резекцию желудка по Бильрот–2. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Объективно: Состояние средней тяжести. Рост = 170 см, вес = 75 кг. Кожа обычной окраски. Рост = 184 см., вес = 69 кг. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС = 68 в 1 мин. АД = 110 и 80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, слабо болезненный при пальпации в правом подреберье.

Результаты стационарного обследования:

ОАК: Эритроц. = $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb = 140 г/л, цв. пок. - 0,9. Лейкоциты = $7,2 \times 10^9/л$, б.- 0, эоз. - 1, пал. - 4, сегмент. - 69, Лимфоциты = 18, Моноциты = 7, СОЭ = 10 мм/час.

ОАМ: Цвет – сол.-желтый, уд. вес - 1015, реакция кислая, белок и сахар - отриц.. Лейкоциты = 2-3 п/зр..

ЭКГ: Ритм синусовый, 68 в 1 мин. $R_{II} > R_I > R_{III}$. Угол $\alpha = 70^\circ$. Признаки нарушения метаболизма миокарда.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: срединная тень не расширена. Корни лёгких структурны, легочный рисунок не изменен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: Диафрагма подвижна, положение куполов обычное. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Рентгеноскопия желудка: имеется послеоперационная деформация желудка. Эвакуация контраста через гастроэнтероанастомоз нормальная.

Биохимический анализ крови: Амилаза сыворотки = 20 г/час*л, Билирубин общий - 10,0 мкмоль/л (прямой = 4,0 мкмоль/л); АЛТ = 0,72 ммоль/л*ч; АСТ = 0,61 ммоль/л*ч; Холестерин = 5,2 ммоль/л; Калий = 4,4 ммоль/л; Натрий = 115 ммоль/л; Хлор = 98 ммоль/л.

Общий белок = 72г/л; Альбумины = 61%; Глобулины = 39% ($\alpha_1 = 3,7\%$; $\alpha_2 = 9,5\%$; $\beta = 15,1\%$; $\gamma = 20,7\%$); Альбумино-глобулиновый индекс = 1,24.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11

В приемный покой хирургии обратилась пенсионерка С., 63 лет. Жалобы на наличие опухолевидного образования в левой пахово-бедренной области.

Больна в течение 3 лет. За это время образование постепенно увеличивалось в размерах. Периодически беспокоили ноющие боли, связанные с физической нагрузкой.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост = 170 см, вес = 75 кг. Кожа обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 17 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС = 78 в 1 мин. АД = 140/90 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. В левой паховой области, ниже паховой связки, определяется опухолевидное образование 3 x 3 см. Оно расположено кнутри от бедренных сосудов, кнаружи от лонного бугорка. Образование легко вправляется в брюшную полость, симптом кашлевого толчка положительный.

Результаты стационарного обследования:

ОАК: Эритро. = $4,2 \times 10^{12}$ /л, Hb = 138 г/л, цв. пок. - 0,9. Лейкоциты = $7,2 \times 10^9$ /л, баз.- 0, эоз. - 1%, пал. - 5%, сегмент. - 68%, Лимфоциты = 19%, Моноциты = 6%. СОЭ = 10 мм/ч.

ОАМ: Цвет - сол.-желтый, уд. вес - 1015, реакция кислая, белок и сахар - отриц. Лейкоциты = 1-2 п/зр., эпителий плоский - 2-3 п/зр.

ЭКГ: Ритм синусовый, 78 в 1 мин. $R_{II} > R_I > R_{III}$. Угол $\alpha = 70^\circ$. Признаки нарушения метаболизма миокарда.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: срединная тень не расширена. Корни лёгких структурны, легочный рисунок не изменен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: Диафрагма подвижна, положение куполов обычное. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Биохимические показатели сыворотки: глюкоза = 4,0 ммоль/л, билирубин общ. = 16 мкмоль/л, холестерин = 5,1 ммоль/л, общий белок = 72 г/л, мочевины = 4 ммоль/л, остаточный азот 20, креатинин = 50 мкмоль/л, амилаза = 20 г/ч-л.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12

Больной Ц., 36 лет, программист, поступил в хирургическое отделение по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки осложненной кровотечением. С целью восполнения кровопотери больному начато переливание эритроцитарной массы, после проведения проб на совместимость по системе АВО и Rh-фактору. Во время проведения пробы на биологическую совместимость больной внезапно стал беспокойным, у него появилось чувство нехватки воздуха, стеснение в груди, резкие боли в поясничных областях, сильное головокружение и тошнота, сильный озноб.

Объективно: Состояние тяжелое, в сознании, заторможен. Температура = $38,2^\circ\text{C}$. Рост = 175 см. Вес = 78 кг. Кожный покров бледный, с легким цианотичным оттенком, влажный на ощупь. На лице капельки пота. В легких: жесткое дыхание и множество разнокалиберных хрипов. Дыхание поверхностное. ЧД = 28 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС = 120 в 1 мин. АД = 80/40 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. При выведении мочи катетером, она розовой окраски, мутная.

Результаты стационарного обследования:

ОАК: Эритро. = $1,9 \times 10^{12}$ /л, Hb = 82 г/л, Цв. пок. = 0,8. Лейкоциты = $10,0 \times 10^9$ /л, эоз. - 1%, п/я - 18%, с/я - 62%, Лимфоциты = 15%, Моноциты = 4%. СОЭ = 23 мм/ч.

ОАМ: цвет - розовый, мутная, плотность-1020, Реакция - кислая, белок - 0.99 г/л, сахар-нет, эпит.плоский = 1-2 в п/зрения. Лейкоциты = 5-8 в п/зрения, эритроциты = 1-2 в п/зрения.

ЭКГ: Ритм синусовый, 120 в 1 мин. $R_{II} > R_I > R_{III}$. Угол $\alpha = 70^\circ$. Признаки нарушения метаболизма миокарда.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: срединная тень не расширена. Корни лёгких структурны, легочный рисунок не изменен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: Диафрагма подвижна, положение куполов обычное. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

ФГС: Слизистая пищевода и желудка без патологических изменений. В желудке много содержимого типа «кофейной гущи». Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована, по передней стенке имеется язва диаметром 1.0 см и глубиной 0.5см, в центре язвы тромб с подтеканием из-под него свежей крови.

Биохимический анализ крови: амилаза крови - 15 ед. Сахар крови – 3,5 ммоль/л. Остаточный азот - 12 ммоль/л. Билирубин – 28,4 – 12,1 – 16,3 мкмоль/л. Холестерин – 3,64 ммоль/л. АлАТ – 0,68 ммоль/час-л. АсАТ – 0,45 ммоль/час-л. Калий сыворотки – 4,5 ммоль/л.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13

Больной П., 65 лет, пенсионер, поступил в хирургическое отделение по поводу влажной гангрены правой стопы. В неотложном порядке выполнена ампутация правой нижней конечности на уровне средней трети бедра. На третьи сутки после ампутации наступило прогрессивное ухудшение состояния больного. Больной стал вялым, апатичным, температура повысилась до 38,6⁰С, появились распирающие боли в области культи конечности, больной стал жаловаться на тугую повязку, слабость, тошноту, головокружение.

Объективно: Состояние средней тяжести, в сознании, заторможен, температура тела = 38,6⁰С. Рост = 165 см. Вес = 87 кг. Кожный покров бледный с сероватым оттенком. При осмотре отмечается выраженный отек мягких тканей культи конечности, кожа напряжена с отмечено «врезание» швов, при надавливании пальцем следов нет. Снято несколько швов и разведены края раны. В рану выбухают мышцы сероватого оттенка с сохраненной структурой, скудное раневое отделяемое грязно-бурого цвета с пузырьками газа и резким неприятным запахом. Взят кусочек мышцы и помещен в стакан с водой - кусочек плавает на поверхности. В легких жесткое дыхание с множеством сухих хрипов. ЧД = 20 в 1 мин. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС = 96 в 1 мин. АД = 100/60 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный.

Результаты стационарного обследования:

ОАК: Эрит.=4,0x10¹²/л, Нв=114 г/л. ЦП = 0,8. Лейкоциты = 14,0x10⁹/л, баз.-0, эоз. - 1%, пал.=18%, сегм.=62%, лимф.=15%, мон.=4%. СОЭ=23 мм/час.

ОАМ: цвет- сол-желтый, прозрачная, уд. плотность-1012. Реакция - кислая, белок - нет, сахар-нет, эпит. плоский = 1-2 в п/зрения. Лейкоциты = 5-8 в п/зрения, эритроциты - нет.

ЭКГ: Ритм синусовый, 96 в 1 мин. R_{II}>R_I>R_{III}. Угол α= 70°. Признаки нарушения метаболизма миокарда.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: срединная тень не расширена. Корни лёгких структурны, легочный рисунок не изменен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: Диафрагма подвижна, положение куполов обычное. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Биохимический анализ крови: амилаза крови - 15 ед. Сахар крови – 3,5 ммоль/л. Остаточный азот - 12 ммоль/л. Билирубин – 8,0 - 0 - 8,0 мкмоль/л. Холестерин - 3.64 ммоль/л. АлАТ – 0,68 ммоль/час-л. АсАТ – 0,45 ммоль/час-л. Калий сыворотки – 4,5 ммоль/л.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14

В стационаре находится больной К., 51 года, грузчик, с жалобами на периодически возникающее чувство тяжести в проекции пупка, умеренные пульсирующие боли, усиливающиеся при физической нагрузке.

Считает себя больным 6 месяцев, когда впервые обнаружил припухлость чуть ниже пупка, при надавливании она пульсировала, обращался к участковому терапевту, было проведено рентгенографическое исследование желудка и УЗИ брюшной полости. В связи с усилением боли повторно обследовался в диагностическом центре, после чего направлен в хирургический стационар.

В анамнезе отмечают стенокардию напряжения, язвенную болезнь желудка, повышение АД до 180/100 мм рт.ст. Работа была связана с подъёмом тяжести.

Объективно: состояние удовлетворительное. В легких и сердце физикальная симптоматика без особенностей. Пульсация артерий конечностей хорошая на всех уровнях. ЧД = 16 в 1 мин. ЧСС = 76 в 1 мин. АД = 150/80 мм рт.ст. Живот правильной формы мягкий, безболезненный; в мезогастрии пальпируется безболезненное пульсирующее образование размером 10 x 6 см, над которым выслушивается систолический шум. Печень и селезенка не увеличены.

Результаты обследования:

ОАК: Эр = $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, Нб = 140 г/л, Цв. пок. = 1,0; Лейк. = $5,6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ = 8 мм/час.

Время свертывания крови = 6 минут, время кровотечения = 3 минуты. ПТИ = 90%.

ОАМ: уд. плотность = 1008, цвет - сол.-желтый, реакция - нейтр., белка нет, сахара нет. Плоский эпит. - ед. в п/зр, Лейкоциты = 3-5 в п/зр, Эр. = ед. в п/зр., цилиндры - нет, бактерий нет.

ЭКГ: Ритм синусовый, 76 в 1 минуту. Признаки нарушения метаболизма миокарда.

УЗИ брюшной полости: органы брюшной полости без изменений. Супраренальный отдел аорты диаметром 25 мм, ниже почечных артерий диаметр = 60 мм, в просвете не гомогенные пристеночные массы, истинный просвет аорты 18мм.

Биохимический анализ крови: Амилаза сыворотки - 20 г/час*л, Билирубин общий - 10,0 мкмоль/л (прямой = 4,0 мкмоль/л); АЛТ = 0,72 ммоль/л*ч; АСТ = 0,61 ммоль/л*ч; Холестерин = 5,2 ммоль/л; Калий = 4,4 ммоль/л; Натрий = 115 ммоль/л; Хлор = 98 ммоль/л.

Общий белок = 72г/л: Альбумины = 61%; Глобулины = 39% (α_1 = 3,7%; α_2 = 9,5%; β = 15,1%; γ = 20,7%); Альбумино-глобулиновый индекс = 1,24.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15

Больной Ж., 48 лет, водитель, обратился к хирургу поликлиники.

Жалобы на появление узлов в области заднего прохода после дефекации и при тяжелой физической нагрузке. Подобные состояния отмечал неоднократно в течение последнего года.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Масса тела = 73 кг. Рост = 173 см. Кожный покров обычной окраски. Дыхание везикулярное. ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца чистые, ритм правильный. ЧСС = 80 в 1 мин. АД = 120/70 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий безболезненный. При осмотре области ануса патологии не выявлено.

Результаты стационарного обследования:

ОАК: Эритроц. = $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, Нб = 150 г/л, Цв. пок. = 0,9. Лейкоциты = $14,0 \cdot 10^9$ /л, эоз. - 1%, п/я - 4%, с/я - 68%, Лимфоциты = 20%, Моноциты = 6%. СОЭ = 5 мм/ч.

Время свертывания крови = 6 минут, длительность кровотечения = 3 минуты, ПТИ = 90%.

ОАМ: Цвет - соломенно-желтый; Удельная плотность = 1014; Реакция - кислая; Белок = 0,033%; Сахар - отрицательный; Лейкоциты - единичные в п/зр; Эпителий плоский = 2-3 в п/зр

ЭКГ: Ритм синусовый, 84 в минуту. Признаки нарушения метаболизма миокарда.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: срединная тень не расширена. Корни лёгких структурны, легочный рисунок не изменен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: Диафрагма подвижна, положение куполов обычное. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Биохимический анализ крови: Амилаза сыворотки = 20 г/час*л, Билирубин общий - 10,0 мкмоль/л (прямой = 4,0 мкмоль/л); АЛТ = 0,72 ммоль/л*ч; АСТ = 0,61 ммоль/л*ч; Холестерин = 5,2 ммоль/л; Калий = 4,4 ммоль/л; Натрий = 115 ммоль/л; Хлор = 98 ммоль/л.

Общий белок = 72г/л: Альбумины = 61%; Глобулины = 39% (α_1 = 3,7%; α_2 = 9,5%; β = 15,1%; γ = 20,7%); Альбумино-глобулиновый индекс = 1,24.

Вопросы к экзаменационным билетам:

1. Острый аппендицит: анатомия червеобразного отростка, классификация, патологоанатомические формы, этиология и патогенез.
2. Острый аппендицит. Анатомия червеобразного отростка. Особенности клиники в зависимости от расположения червеобразного отростка.
3. Особенности клинической картины и течения острого аппендицита у пожилых и престарелых больных. Дифференциальная диагностика.
4. Анатомия червеобразного отростка. Клиническая картина, диагностика и лечение острого аппендицита.
5. Особенности течения острого аппендицита у беременных. Дифференциальная диагностика. Тактика.
6. Поддиафрагмальный абсцесс. Тазовый абсцесс. Межкишечный абсцесс. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
7. Особенности клиники острого аппендицита в зависимости от расположения червеобразного отростка. Дифференциальная диагностика.
8. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика. Лечение.
9. Периаппендикулярный абсцесс. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
10. Острый холецистит. Анатомия. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика.
11. Постхолецистэктомический синдром. Определение понятия. Причины развития. Лечение.
12. Резидуальный холедохолитиаз. Анатомия желчевыводящих путей. Причины. Методы диагностики. Лечение.
13. Диагностика кровотечения из язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Дифференциальная диагностика. Лечение.
14. ПХЭС: определение понятия, причины развития, классификация. Эндоскопические методы диагностики и лечения постхолецистэктомического синдрома.
15. Острый холецистит: анатомия печени и желчевыводящих путей, клиника, диагностика. Показания к оперативному лечению. Выбор метода операции.
16. Рубцовые стриктуры желчевыводящих путей: причины развития, клиника, дооперационная и интраоперационная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
17. Холедохолитиаз: причины развития, клиника, дооперационная и интраоперационная диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
18. Эндоскопические методы в диагностике и лечении постхолецистэктомического синдрома.
19. Механическая желтуха как осложнение ЖКБ: причины развития, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, эндоскопические и хирургические методы лечения.
20. Холангит как осложнение ЖКБ. Причины развития, классификация, клиника, патогенез, диагностика, хирургическая тактика. Эндоскопические и традиционные методы лечения.
21. Анатомия поджелудочной железы. Показания к оперативному лечению при остром панкреатите. Основные виды оперативных вмешательств.
22. Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Показания к оперативному лечению.
23. Гнойные осложнения острого панкреатита. Диагностика и лечение. Исходы заболевания.
24. Острый панкреатит. Анатомия поджелудочной железы. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальная диагностика.
25. Острый панкреатит. Анатомия поджелудочной железы. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
26. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
27. Кисты поджелудочной железы: этиология, клиника, диагностика, лечение.
28. Панкреонекроз: периоды течения, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение.

29. Рак ободочной кишки. Особенности клиники в зависимости от локализации опухоли. Дифференциальная диагностика.
30. Обтурационная толстокишечная непроходимость. Анатомия толстой кишки. Причины. Клиника. Диагностика.
31. Радикальные операции при раке ободочной кишки.
32. Классификация острой кишечной непроходимости. Дифференциальная диагностика.
33. Рак ободочной кишки. Виды паллиативных операций в зависимости от локализации опухоли.
34. Заворот тонкой кишки. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
35. Странгуляционная кишечная непроходимость. Особенности клиники и лечения.
36. Инвагинация: причины развития, диагностика, дифференциальная диагностика, хирургическая тактика, лечение.
37. Заворот тонкой кишки. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
38. Обтурационная кишечная непроходимость: определение, причины развития, особенности патогенеза, диагностика, лечение.
39. I. Бедренные грыжи: анатомия бедренного канала, клиника, дифференциальная диагностика, методы оперативного лечения.
40. Ущемление грыжи. Клиническая картина. Тактика врача. Лечение. Понятие о мнимом вправлении.
41. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Классификация. Показания к оперативному лечению. Принципы лечения.
42. Ущемленные грыжи: определение, типичные и атипичные виды ущемления, клиника. Особенности операций при ущемленных грыжах, определение жизнеспособности ущемленной петли кишки, объем резекции кишки.
43. Паховые грыжи: анатомия пахового канала, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, хирургическое лечение.
44. Клиническая картина и диагностика перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Лечение.
45. Болезни оперированного желудка. Рефлюкс-гастрит. Рефлюкс-эзофагит. Причины возникновения. Клиника. Диагностика. Показания к хирургическому лечению.
46. Синдром Золлингера-Эллисона. Этиология и патогенез. Диагностика. Особенности хирургического лечения.
47. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода: этиология, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Методы медикаментозного и хирургического лечения.
48. Пилородуоденальный стеноз: патогенез, стадии заболевания, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Показания к оперативному лечению.
49. Кровотокающая язва желудка и ДПК: клиника, диагностика, классификация по степени тяжести кровопотери, показания к операции, виды оперативных вмешательств.
50. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника. Диагностика. Лечение.
51. Клиника и диагностика, дифференциальная диагностика желудочно-кишечных кровотечений.
52. Прободная язва желудка и ДПК: классификация, клиника перфораций в свободную брюшную полость, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
53. Прободная язва желудка и ДПК: особенности клинической картины и диагностики прикрытых и атипичных перфораций.
54. Кровотокающая язва желудка и ДПК: диагностика и дифференциальная диагностика, консервативное и оперативное лечение, эндоскопические методы остановки кровотечений.
55. Клиника и диагностика перитонита. Роль антибактериальной терапии в лечении перитонита.
56. Этиология и патогенез перитонита. Классификация. Принципы антибактериальной терапии.
57. Перитонит как осложнение острого аппендицита. Особенности оперативного вмешательства в зависимости от распространенности перитонита. Показания к лапаротомии. Ведение больного в послеоперационном периоде.
58. Роль антибиотиков в комплексном лечении перитонита. Принципы антибиотикотерапии, критерии эффективности антибиотиков.

59. Современные принципы комплексного лечения перитонита. Особенности оперативного вмешательства в зависимости от распространенности процесса. Роль антибиотиков в комплексном лечении перитонита. Принципы антибиотикотерапии.
60. Хирургический сепсис. Определение понятия. Классификация. Диагностика. Лечение.
61. Дивертикулы ободочной кишки. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика.
62. Болезнь Крона ободочной кишки. Дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение.
63. Анальная трещина: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
64. Геморрой: определение понятия, классификация, этиология, клиническая картина, консервативное и оперативное лечение.
65. Методы определения проходимости глубоких вен, оценки состояния клапанного аппарата поверхностных и коммуникантных вен.
66. Острые нарушения мезентериального кровообращения. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
67. Артериальные тромбозы и эмболии. Этиология. Факторы, способствующие тромбообразованию. Эмбологенные заболевания.
68. Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей: клиника, классификация, методы инструментальной диагностики, консервативное лечение.
69. Синдром Педжета-Шреттера. Причины развития. Клиника. Диагностика. Лечение.
70. Клиника острого тромбоза и эмболии магистральных артерий нижних конечностей. Степени ишемии конечности.
71. Антикоагулянтная терапия при лечении тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Принципы назначения антикоагулянтов, препараты, основные лабораторные показатели гемостаза.
72. Острые тромбозы системы нижней полой вены. Оперативное лечение. Методы операций
73. Варикозная болезнь. Классификация. Клинические и инструментальные методы исследования. Принципы лечения в зависимости от стадии.
74. Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей: классификация, показания к хирургическому лечению. Реваскуляризирующие и не реваскуляризирующие операции.
75. Рак пищевода. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
76. Рак пищевода. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Виды операций.
77. Ахалазия кардии: классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, принципы и методы лечения.
78. Классификация заболеваний пищевода. Симптоматика заболеваний пищевода и методы его исследования.
79. Эмпиема плевры: этиология, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, методы лечения.
80. Медиастинит: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
81. Абсцесс легкого: этиология, клиника, диагностика, лечение.
82. Этика и деонтология в детской хирургии. Информированное согласие родителей. Правовые нормы и деонтологические принципы врачебной деятельности с больным ребенком, с родителями при травмах, аномалиях развития, у онкологического и реанимационного больного.
83. Острый аппендицит у детей старшего возраста. Этиология. Патогенез. Морфологическая классификация. Типичная клиническая картина. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Факторы, определяющие своеобразие течения заболевания. Лечение: предоперационная подготовка, способы оперативного лечения. Послеоперационная реабилитация.
84. Острый аппендицит у детей раннего возраста. Особенности клинической картины и диагностики. Дифференциальная диагностика. Факторы, определяющие своеобразие течения

заболевания. Лечение: предоперационная подготовка, способы оперативного лечения. Послеоперационное ведение ребенка.

85. Атипичные расположения червеобразного отростка. Особенности клиники и диагностики, дифференциальной диагностики острого аппендицита с ретроцекальным расположением червеобразного отростка. Дифференциальная диагностика. Особенности оперативного лечения.
86. Атипичные расположения червеобразного отростка. Особенности клиники и диагностики, дифференциальной диагностики острого аппендицита с тазовым расположением червеобразного отростка. Дифференциальная диагностика. Особенности оперативного лечения
87. Атипичные расположения червеобразного отростка. Особенности клиники и диагностики, дифференциальной диагностики острого аппендицита с медиальным расположением червеобразного отростка. Дифференциальная диагностика. Особенности оперативного лечения
88. Аппендикулярный перитонит у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Комплексное лечение: предоперационная подготовка, оперативное лечение. Прогноз. Реабилитация.
89. Ущемленная паховая грыжа. Этиология. Патогенез. Виды ущемления. Клиника. Дифференциальная диагностика. Выбор метода лечения.
90. Приобретенная непроходимость кишечника у детей. Классификация. Причины, клиника, диагностика обтурационной кишечной непроходимости. Лечебно-диагностическая тактика.
91. Приобретенная непроходимость кишечника у детей. Классификация. Причины, клиника, диагностика странгуляционной кишечной непроходимости. Лечебно-диагностическая тактика.
92. Инвагинация кишечника у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина слепоободочной, инвагинации. Диагностика и дифференциальная диагностика инвагинация кишечника. Показания и противопоказания к консервативному и оперативному методам лечения. Методика консервативной дезинвагинации кишечника. Способы оперативного устранения инвагинации.
93. Инвагинация кишечника у детей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина подвздошно-ободочной инвагинации. Диагностика и дифференциальная диагностика инвагинация кишечника. Показания и противопоказания к консервативному и оперативному методам лечения. Методика консервативной дезинвагинации кишечника. Способы оперативного устранения инвагинации
94. Закрытая травма живота у детей. Механогенез, классификация повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Ведущие клинические проявления повреждений паренхиматозных органов (разрыв селезенки). Современные методы диагностики. Показания к консервативному и оперативному лечению. Способы оперативного лечения.
95. Опасные инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей. Клиника. Диагностика. Тактика врача-педиатра. Выбор метода лечения.
96. Желудочно-кишечные кровотечения в детском возрасте. Классификация. Источники кровотечения, клинические признаки, принципы общей и местной гемостатической терапии. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (синдром портальной гипертензии). Принципы неотложной помощи. Лечебная тактика, обоснование выбора консервативного, оперативного лечения.
97. Желудочно-кишечные кровотечения в детском возрасте. Классификация. Источники кровотечения, клинические признаки, принципы общей и местной гемостатической терапии. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта (пептическая язва дивертикула Меккеля). Лечебная тактика, обоснование выбора оперативного лечения.
98. Острые заболевания органов мошонки. Классификация. Клиника, диагностика и лечение перекрута гидатиды Морганьи, заворота яичка, орхита и орхоэпидидимита, разрыва яичка.

Показания к консервативному и оперативному лечению. Исходы. Влияние на репродуктивное здоровье.

99. Особенности течения гнойно-септических заболеваний мягких тканей у детей: Мастит (возрастные особенности). Парапроктит у детей грудного возраста. Этиология. Особенности клинических проявлений. Дифференциальная диагностика. Комплексная терапия. Особенности оперативного лечения.
100. Особенности течения гнойно-септических заболеваний мягких тканей у детей. Фурункул, карбункул, лимфаденит. Некротическая флегмона новорожденных. Этиология. Особенности клинических проявлений. Дифференциальная диагностика. Комплексная терапия. Особенности оперативного лечения.
101. Гнойные заболевания пальцев и кисти у детей. Классификация. Этиология. Клинические проявления паронихии, подкожной, суставной, костной формы панариция, флегмон кисти. Лечебно-диагностическая тактика.
102. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология. Классификация. Особенности клинических проявлений локальной формы остеомиелита. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Комплексное лечение. Исходы и осложнения.
103. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология. Классификация. Особенности клинических проявлений септикопиемической формы остеомиелита. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Интенсивная терапия. Оперативное лечение. Исходы и осложнения.
104. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология. Классификация. Особенности клиники, диагностики и лечения у новорожденных и детей раннего возраста. Комплексное лечение. Профилактика ранних и поздних ортопедических осложнений. Диспансерное наблюдение.
105. Организация хирургической помощи новорожденным с пороками развития. Значение антенатальной диагностики патологии плода, роль медико-генетических консилиумов. Ранжирование пороков развития по частоте встречаемости, вероятности полноценной коррекции, исходам и качеству жизни пациента и семьи.
106. Пороки развития пищевода, сопровождающиеся синдромом дыхательных расстройств: атрезия пищевода, трахеопищеводные свищи. Анатомические варианты. Клинические проявления. Комплекс диагностики на этапе родильного дома, отделения реанимации специализированного стационара. Предоперационная подготовка. Принципы оперативного лечения. Ведение ближайшего и отдаленного послеоперационного этапа.
107. Пороки развития, проявляющиеся острой дыхательной недостаточностью. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Врожденная лобарная эмфизема. Клинико-рентгенологическая картина. Врачебная тактика. Показания к предоперационной подготовке. Сроки и способы оперативной коррекции пороков.
108. Пороки развития желудочно-кишечного тракта. Пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Предоперационная подготовка. Особенности оперативного лечения. Осложнения. Прогноз.
109. Врожденная непроходимость кишечника. Классификация. Клиника и диагностика высокой кишечной непроходимости. Дифференциальная диагностика. Предоперационная подготовка. Выбор способа оперативной коррекции в зависимости от вида непроходимости кишечника. Осложнения. Принципы дальнейшей реабилитации.
110. Врожденная непроходимость кишечника. Классификация. Клиника и диагностика низкой кишечной непроходимости. Дифференциальная диагностика. Предоперационная подготовка. Выбор способа оперативной коррекции в зависимости от вида непроходимости кишечника. Осложнения. Принципы дальнейшей реабилитации.
111. Аномалии прямой кишки и анального отверстия. Классификация. Клинические проявления свищевых и бессвищевых форм атрезии прямой кишки. Комплекс диагностики на этапе родильного дома, отделения хирургии новорожденных. Показания к экстренному и отсроченному оперативному лечению, способы этапной и одномоментной хирургической коррекции порока. Прогноз.

112. Грыжи передней брюшной стенки – пупочные, белой линии живота. Этиология. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Возрастные показания и способы оперативного лечения.
113. Паховые и пахово-мошоночные грыжи в детском возрасте. Этиология. Клиника. Дифференциальная диагностика. Возрастные показания, сроки, способы оперативного лечения. Прогноз репродуктивного здоровья.
114. Доброкачественные новообразования мягких тканей. Клинические проявления и диагностика невуса, атеромы, липомы, фибромы. Лечение.
115. Гемангиомы кожи и подкожной клетчатки у детей. Классификация. Клиника. Понятие «опасная локализация» гемангиом. Диагностика. Осложнения. Обоснование выбора лечебной тактики. Современные методы лечения. Прогноз.
116. Лимфангиома у детей. Классификация. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.
117. Крипторхизм. Классификация. Клиника, диагностика паховой эктопии, паховой и брюшной ретенции яичка. Осложнения. Показания, сроки и способы оперативного лечения. Прогноз репродуктивного здоровья.
118. Водянка оболочек яичка и семенного канатика у детей. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Возрастные показания к оперативному лечению.
119. Варикоцеле. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления в зависимости от степени. Современные методы диагностики. Способы лечения. Диспансерное наблюдение.
120. Анатомо-физиологические особенности костной ткани. Классификация травматических повреждений мягких тканей и костей у детей. Особые виды переломов у детей. Принципы диагностики. Клинико-рентгенологические признаки. Способы лечения переломов костей в травматологии детского возраста.
121. Термические ожоги у детей. Возрастные особенности причин. Классификация по глубине повреждения. Расчет ожоговой поверхности. Оказание неотложной помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.
122. Особенности черепно-мозговой травмы у детей. Классификация. Клиника и диагностика различных видов ЧМТ. Лечение острого и отдаленного периода. Осложнения. Исходы.
123. Дисплазия тазобедренных суставов. Врожденный вывих бедра. Этиология. Клиника. Диагностика. Принципы рентгенодиагностики и лечения у детей до 1 года.
124. Врожденная косолапость. Этиология. Клиника. Этапы и методы консервативного лечения. Показания к оперативному лечению. Способы хирургической коррекции аномалии стоп.