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

«Утверждаю»
Проректор по учебной работе
Профессор Шахбанов Р.К.
«29» 08 2019г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
По дисциплине «Госпитальная хирургия №1»

Индекс дисциплины - Б1.Б.47
Специальность - 31.05.01 Лечебное дело
Уровень высшего образования: СПЕЦИАЛИТЕТ
Квалификация - Врач-Лечебник
Факультет – лечебный
Кафедра: Госпитальной хирургии №1
Форма обучения – **очная**
Курс **5-6**
Семестр **9-10-11**
Всего трудоемкость (в зачетных единицах, часах) – 10 з.е./ 360 час.
Лекций - 52 часа
Практических (семинарских, лабораторных) занятий - 145 часа
Самостоятельная работа - 127 часов
Экзамен - 36 часов в 11 семестре / зачет – 10 семестр

Махачкала 2019 г.

Рабочая программа учебной дисциплины «Госпитальная хирургия №1» разработана на основании рабочего учебного плана ОПОП ВО по специальности 31.05.01. Лечебное дело (уровень высшего образования - специалитет), утвержденного Ученым советом ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, протокол №1 от 29.08.2019 г., в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки 31.05.01 – Лечебное дело (уровень высшего образования - специалитет), утвержденим приказом №95 Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.02.2016 г.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры госпитальной хирургии №1 от «_31___» _августа_ 2019 г. Протокол № __1__

Заведующий кафедрой _____ (А.Г. Магомедов)

Рабочая программа согласована:
1.Директор НМБ ДГМУ _____ (В.Р. Мусаева)

2. Начальник УУМР С и ККО _____ (А.М.Каримова)

3. Декан лечебного факультета _____ (Р.М. Рагимов)

Составители:

Зав. Кафедрой, д.м.н., профессор _____ (А.Г. Магомедов)

м.н., профессор кафедры, _____ (М.З. Загидов)

Зав. Уч. Работой кафедры д.м.н., доцент _____ (А.С. Абдулхаликов)

Рецензент:
Доцент кафедры госпитальной
хирургии №2, д.м.н., доцент _____ А.И. Канаев

СОДЕРЖАНИЕ

1	**ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**	
2	**МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ и ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ**	
3	**ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ**	
4	**СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**	
4.1	РАЗДЕЛЫ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) И КОМПЕТЕНЦИИ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОСВОЕНЫ ПРИ ИХ ИЗУЧЕНИИ	
4.2	РАЗДЕЛЫ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ), ВИДЫ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ФОРМЫ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ	
4.3	НАЗВАНИЕ ТЕМ ЛЕКЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЧАСОВ	
4.4	НАЗВАНИЕ ТЕМ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ С УКАЗАНИЕМ КОЛИЧЕСТВА ЧАСОВ	
4.5	САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ	
5	**ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**	
6	**ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»**	
7	**ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ**	
8	**МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**	
9	**КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**	
10	**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**	
11	**ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ В РАБОЧУЮ ПРОГРАММУ**	
12	**ПРОЛОЖЕНИЕ фос**	

1. Цель и задачи дисциплины госпитальная хирургия

1.1. Основная цель обучения студентов 5-6 курса – научить диагностировать хирургические болезни в многообразии клинических форм и проявлений, определять метод их лечения и профилактики, развить клиническое мышление, дать практические навыки курации больных, выработать умение выполнять врачебные манипуляции, необходимые для диагностики и лечения заболеваний, а также выполнять отдельные операции небольшой сложности и ассистировать во время операции.

1.2. **Задачи:**

- формирование у студентов навыков анализа клинических данных;
- обучение студентов системному подходу в формировании клинического диагноза; с учетом дифференциальной диагностики в пределах анатомической области;
- изучение студентами методов диагностики и принципов современного исследования для оценки состояния органов и систем при различных хирургических болезнях;
- изучение студентами принципов лечения и определения показаний к оперативному лечению при различной хирургической патологии;
- обучение студентов методам оценки дифференциальной диагностики в пределах анатомической области;
- изучение студентами основ онкологии, методов диагностики, принципов лечения и профилактики;
- ознакомление студентов с основами ангиологии, клиническими и инструментальными принципами исследования, лечения и профилактики.
- Изучение студентами основ экстренной хирургической патологии с определением стратегии и тактики введения больных с острым животом.
- Изучение студентами основ проктологии методов диагностики и дифференциального анализа, подходов к консервативному и оперативному лечению, способов профилактики возможных осложнений.
- Закрепление у студентов основ клинического мышления на основании анализа историй болезни и работы с больными;
- Закрепление у студентов приобретенных практических навыков работой в перевязочной, в операционной и ОРИТ.

2. Место дисциплины в структуре ООП:

- Дисциплина «Госпитальная хирургия» относится к прикладному, естественнонаучному циклу дисциплин.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются:

- в цикле гуманитарных, социальных и экономических дисциплин, в том числе: философия, биоэтика; психология и педагогика; история медицины; латинский язык; иностранный язык;
- в цикле математических, естественно-научных дисциплин: это физика математика; медицинская информатика; химия; биология; биохимия; анатомия; гистология, эмбриология, цитология;
- является предшествующим предметом для изучения таких дисциплин: как гигиена; общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения; безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф; нормальная физиология, патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия; патофизиология клиническая патофизиология; фармакология; медицинская реабилитация; клиническая фармакология; дерматовенерология; неврология, медицинская генетика, нейрохирургия; психиатрия, медицинская психология; ото-риноларингология; офтальмология; судебная медицина; акушерство и гинекология; педиатрия; пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика; факультетская терапия, профессиональные болезни; госпитальная терапия, эндокринология; инфекционные болезни; фтизиатрия; поликлиническая терапия; общая хирургия, лучевая диагностика; анестезиология, реанимация, интенсивная терапия; урология; госпитальная хирургия, детская хирургия; стоматология; онкология, лучевая терапия; травматология, ортопедия.

2,1. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Формируемые в процессе изучения учебной дисциплины компетенции:

П №	№ и индекс компетенции	Содержание компетенции по ФГОС ВО	В результате прохождения студенты должны			
			Знать	уметь	владеть	Оценочные средства
1	ОК-1	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Этиологию, патогенез заболеваний	Устанавливать причинно-следственные связи	Логикой постановки диагноза	Тестирование, собеседование, клинический разбор, заполнение историй болезни

2	ОК-8	Готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Морально-этические нормы и принципы врачебного поведения, основы деонтологии	Выстраивать и поддерживать отношения в коллективе, толерантно воспринимать личностные особенности членов коллектива	Практическим применением принципов деонтологии и медицинской этики	Оценка результатов курации, характеристик.
3	ОПК-1	Готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных библиографических ресурсов, медикобиологической терминологии, информационно - коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности заболеваний	Этиологию, патогенез, критерии диагноза, современные классификации, клинику, особенности течения, возможные осложнения, методы диагностики и лечения	Пользоваться учебной, научной литературой, сетью Интернет с оценкой уровней доказательности и критериев качества содержания, дистанционными формами образования.	Методами общеклинического исследования и интерпретации результатов обследования, современными технологиями информационного поиска	Клинический разбор, тестирование, участие в вебинарах, интернетсессиях, выступления на клинических конференциях, составление рефератов, УИРС, НИРС
4	ОПК-4	Способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	Морально-этические принципы поведения врача, должностные обязанности медперсонала, основы деонтологии	Выстраивать и поддерживать отношения с пациентами на основе гуманизма, в коллективе - на основе коллегиальности	Принципами и практически м применением основ врачебной деонтологии и этики	Клинический разбор пациента, защита историй болезни, решение ситуационных задач, общение с преподавателем, коллегами.
5	ОПК-5	Способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	Критерии диагноза, современные классификации, клинику, особенности течения, возможные осложнения, методы	Анализировать соответствие собственной деятельности имеющимся клиническим рекомендациям врачебных сообществ, оценивать	Навыками дифференциальной диагностики, анализа собственных профессиональных действий,	Доклады на утренних конференциях, собеседование с преподавателем, анализ историй болезни,

			лечения основных терапевтических заболеваний в соответствии с клиническим и рекомендациями , утв. МЗ РФ.	эффективность проведенного обследования и лечения, результаты внутренних и внешних (страховых) экспертиз	коммуникации.	клинический разбор.
6	ОПК-6	Готовность к ведению медицинской документации	Основные формы мед. документации в стационаре (истории болезни, выписные документы)	Грамотно заполнять основные формы (истории болезни, выписные документы)	Навыками оформления мед. документации	Проверка заполненной документации
7	ОПК - 9	Способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач.	Понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза заболеваний, структурные и функциональные основы патологических процессов	Проводить клиническое и дополнительное обследование пациентов с интерпретацией результатов, с отражением структурных и функциональных нарушений	Навыками оценки морфологического субстрата и представлением об индивидуальном патогенезе патологии внутренних органов у обследуемого	Клинический разбор, собеседование, тестирование.
8	ОПК - 11	Готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи.	Медицинские дополнительные средства диагностики и оказания помощи при терапевтических заболеваниях	Использовать тонометры, пульсоксиметр, глюкометр, аппарат регистрации ЭКГ для диагностики, небулайзер для лечения.	Интерпретацией результатов исследований и лечения	Собеседование клинический разбор, симуляционный тренинг.
9	ПК-5	Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомич	Методику сбора жалоб, анамнеза, осмотра больных, показания к назначению доп. методов обследования и осмотрам специалистов	Правильно оформить выявленные изменения в истории болезни, оценить тяжесть состояния, сформулировать диагноз, составить план обследования.	Навыками общеклинического обследования, написания истории болезни, формулирования диагнозов.	Клинический разбор, решение ситуационных задач, написание истории болезни

		еских и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	при хирургических заболеваниях			
10	ПК-6	Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	Клиническую картину, классификации, особенности течения, способы диагностики и критерии диагноза изучаемых хирургических заболеваний, формулировку в соответствии с шифрами МКБ	Определить ведущие синдромы, оценить тяжесть основного заболевания или сочетания заболеваний с взаимным отягощением , определить код МКБ в соответствии с клиническим диагнозом.	Критериями оценки состояния пациента на основе клинических методов диагностики	Решение ситуационных задач, заполнение историй болезни, выписных эпикризов.
11	ПК-8	Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	Критерии диагностики основных изучаемых хирургических заболеваний и правила маршрутизации пациентов с острыми состояниями и с осложненным течением	Оценить состояние пациента для принятия тактических решений по плановой и неотложной помощи, выделить и провести первоочередные диагностические и лечебные мероприятия	Основными хирургическими и терапевтическими навыками оценки состояния и выбору уровня медицинской помощи.	Клинические разборы, решение ситуационных и интерактивных задач, тестирование, собеседование.
12	ПК-11	Готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного	Алгоритмы оказания неотложной помощи при состояниях, требующих срочного вмешательств	Оценить тяжесть состояния пациента, принимать быстрые решения	Навыками оказания ургентной помощи при угрожающих жизни состояниях в клинике	Симуляционные контрольные тренинги, дежурство в стационаре, тестирование.

		медицинского вмешательства	а в клинике внутренних болезней		хирургических болезней	
13	ПК-21	Способность к участию в проведении научных исследований	Принципы проведения научных исследований и анализа данных	Использовать доступные источники информации по определенному научному направлению	Навыками интерпретации, элементарной статистической обработки результатов исследования	Выступления на конференциях, работа в кружке, УИРС, НИРС.
14	ПК-22	Готовность к участию во внедрении новых методов и методик, основанных на доказательных исследованиях	Принципы внедрения новых методик в практику	Оценивать возможность внедрения новых методик в диагностике и лечении больных.	Навыками оценки новых методов диагностики и лечения	НИРС, УИРС направленных на охрану здоровья граждан

В результате освоения дисциплины студент должен:

Знать:

- этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний;
- клиническую картину этих заболеваний и их осложнений;
- современные методы клинического, лабораторного инструментального обследования больных;
- способы лечения, показания к их применению;
- деонтологические аспекты в хирургии;
- организацию в России специализированной помощи больным хирургического профиля;
- пути диспансеризации больных, реабилитации после операции, оценить трудоспособность больного после выписки из стационара;
- о проводимых в России и за рубежом научных поисках, направленных на улучшение ранней диагностики и результатов лечения наиболее распространенных хирургических заболеваний.

Уметь:

Использовать знания о:

- сборе анамнеза, проведении общеклинического обследования больных с хирургическими заболеваниями. Анализировать данные общеклинического обследования;
- составлять план применения лабораторных и инструментальных методов исследования больного. Анализировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования;
- формулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза;

- формулировать показания к консервативному и оперативному лечению;
- выполнять наиболее распространенные врачебные манипуляции;

Анализировать:

- данные, полученные при сборе жалоб и анамнеза больного;
- проявления клинических симптомов;
- особенности развития клинической картины заболевания у хирургического больного;
- данные объективного осмотра, клинической, лабораторной и инструментальной диагностики;
- сходство и различия полученных при обследовании данных для дифференциальной диагностики ;
- избирательность в назначении способов и методов лечения в каждом конкретном клиническом случае;
- закономерности деятельности различных систем организма при разных сопутствующих заболеваниях у хирургического больного;
- дентологические особенности в работе с хирургическим больным.

Проводить исследования:

- состояния свертывающей системы организма, оценку групп крови и резус фактора;
- основных клинических методов лабораторной диагностики
- основных инструментальных методов обследования;
- функций сенсорных систем;
- болевой чувствительности;
- высших психических функций;
- индивидуально-типологических характеристик человека;
- показателей деятельности соматической и висцеральных систем (дыхания, сердечно-сосудистой) при разных функциональных состояниях организма.

Владеть методами:

- определения групп крови и резус фактора, проведение проб на совместимость, наблюдение за больным во время переливания крови;
- оценки результатов общего анализа крови;
- оценки результатов общего анализа мочи;
- проведения инфузионной терапии в центральную и периферическую вены;
- измерения артериального давления;
- сбора анамнеза, проведение общеклинического обследования больных с хирургическими заболеваниями;
- составления плана применения лабораторных и инструментальных методов исследования больных , в том числе КТ, МРТ, УЗДГ;
- формулировки развернутого клинического диагноза, обоснование его на основе дифференциального диагноза;
- формулировки показаний к консервативному и оперативному лечению;
- выполнения наиболее распространенных врачебных манипуляций: снятие швов, сердечно-легочная реанимация, оказание первой врачебной медицинской

помощи, обследование больных с различной хирургической патологией, остановка кровотечения пальцевым прижатием, наложением жгута, лигированием сосуда в ране. Проведения новокаиновых блокад, торакоцентез, лапароцентез, трахеостомии, наложение пневмоперитонеума, чтение рентгенограмм.

2.2.Место дисциплины в структуре основной образовательной программы

Дисциплина относится к базовой части блока 1 «Дисциплины (модули)» Б1.Б.47. Дисциплина является одной из завершающих обучение и логически связана со всеми перечисленными дисциплинами.

Наименование дисциплин, знание которых используется при изучении дисциплины «Госпитальная хирургия»	Разделы, которые студенты должны знать для успешного усвоения дисциплины «Госпитальная хирургия»
Анатомия человека	Анатомия и топография органов, морфологические изменения в зависимости от возраста
Гистология, эмбриология, цитология	Гистологическое строение тканей организма
Биологическая химия	Нормативы биохимических показателей физиологических жидкостей
Нормальная физиология	Физиологические константы внутренних органов
Патологическая физиология	Патологическая физиология воспалительных, дистрофических, атрофических и гипертрофических процессов
Патологическая анатомия	Патологическая анатомия воспалительных, дистрофических, атрофических и гипертрофических процессов

Микробиология, вирусология, иммунология	Методы диагностики инфекционных агентов
Пропедевтика внутренних болезней	Методы непосредственного обследования больного
Факультетская терапия	Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика распространенных заболеваний сердечно-сосудистой, респираторной систем, системы крови, печени, почек
Гигиена с основами экологии человека	Влияние окружающей среды на здоровье человека
Хирургические болезни: Общая хирургия, Факультетская хирургия, детская хирургия	Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика распространенных хирургических патологий: Острый живот, желудочно-кишечные кровотечения, пневмоторакс. Основы ведения пациентов хирургического профиля. Основы детской хирургии
Акушерство и гинекология	Клиника и диагностика хирургической патологии во время беременности, дифференциальная диагностика с гинекологическими ургентными заболеваниями.
Онкология	Клиника и диагностика и хирургическое лечение онкологических заболеваний
Лучевая диагностика и лучевая терапия	Рентгенологическая диагностика заболеваний внутренних органов.
Эндокринология	Эндокринная патология щитовидной, поджелудочной желез, надпочечников, гипофиза
Неврология	Неврологическая симптоматика при патологии внутренних органов
Офтальмология	Травмы, новообразования глазного яблока и глазницы, офтальмопатии.

Оториноларингология	Заболевания уха, горла, носа сопряженные.
Психиатрия и наркология	Нарушения психической сферы при заболеваниях внутренних органов, или возникшие в последствии оперативного вмешательства
Инфекционные болезни	Дифференциальная диагностика с инфекционными заболеваниями, кишечные инфекции, острые гепатиты
Дерматовенерология	Поражение кожи при патологии внутренних органов
Клиническая фармакология	Фармакокинетика и фармакодинамика основных групп лекарственных препаратов, применяемых в хирургической практике
Фтизиатрия	Туберкулез органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и опорно-двигательного аппарата
Анестезиология и реанимация	Реанимационные мероприятия при ургентных состояниях в хирургической практике. Виды и преимущество анестезиологического пособия при различных хирургических вмешательствах
Стоматология	Патология лица, верхней и нижней челюсти, шеи.
Травматология и ортопедия	Травмы, политравмы методы лечения. Артроскопия.
Медицинская реабилитация	Методы и курсы реабилитационных мероприятий после хирургических вмешательств.

3. Трудоемкость учебной дисциплины и виды контактной работы

3.1.1. Объем учебной дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Вид учебной работы	Всего	Семестры

		часов/ зачетных единиц	№ IX-XI часов
1		2	3
Аудиторные занятия (всего), в том числе:		197	197
Лекции (Л)		52	52
Практические занятия (ПЗ),		145	145
Самостоятельная работа студента (СРС),в том числе:		127	127
Подготовка к занятиям(ПЗ)		14	14
Подготовка к текущему контролю (ПТК))		14	14
Подготовка к промежуточному контролю (ППК))		8	8
Вид промежуточной аттестации	зачет (З)	36	36
ИТОГО: Общая трудоемкость	час.	360	360
	ЗЕ	10	10

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ.

4.1 Разделы учебной дисциплины и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении

п/№	№ компетенции	Наименование раздела учебной дисциплины	Содержание раздела в дидактических единицах (темы разделов)
1	2	3	4
1.	ОК-1 ПК-5 ПК-22	**Введение в госпитальную хирургию** ЦЕЛЬ - *иметь представление* о месте госпитальной хирургии среди других отраслей медицинских знаний; *знать* содержание дисциплины, задачи, историю развития отечественной хирургии, её достижения и проблемы;	Дисциплина госпитальная хирургия относится к циклу «Хирургические болезни». Она основывается на теоретических и практических знаниях, приобретённых студентами в течении предшествующих пяти лет обучения на кафедрах, изучающих основные физико-химические и биологические законы, строение и функционирование

		уметь оценить тяжесть заболевания, его связь с хирургической органов и систем, возможность возникновения серьезных осложнений и своевременно направить больного для оказания специализированной помощи.	организма человека в норме и патологии, основы фармакотерапии, базовые принципы диагностики и лечения заболеваний, деонтологию, социальные и культурологические аспекты медицины. В задачи дисциплины входит: Изучение этиологии и патогенеза наиболее распространённых хирургических заболеваний. 1.Клинической картины этих заболеваний и их осложнений. 2.Современных методов клинического, лабораторного и инструментального обследования. 3.Способов лечения, включая миниинвазивные, эндоскопические, эндоваскулярные методы и показаний к их применению. 4.Основных путей профилактики хирургических заболеваний. 5.Деонтологии в хирургии. Формирование представлений: 1.Об организации в России помощи больным с хирургическими заболеваниями. 2.О проводимых в нашей стране и за рубежом научных исследованиях, направленных на предотвращение, улучшение ранней диагностики и результатов лечения наиболее распространённых хирургических заболеваний. 3.О вопросах диспансеризации больных, реабилитации пациентов, оценке трудоспособности.
2.	ОК-1 ПК-5 ПК-22	**Основные принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных.** Цель - *иметь представление* об особенностях ведения в пред после операционном периоде хирургических больных *Знать* основные принципы пред и после операционного ведения хирургического больного *Уметь* выявить у больного хирургическую патологию, правильно подобрать тактику ведения в пред и после операцинного ведения конкретного хирургического больного.	**Предоперационный период** – время от поступления больного в лечебное учреждение до начала операции. Весь предоперационный период условно делят на два этапа: диагностический и подготовительный, во время которых решают основные задачи предоперационной подготовки. Продолжительность его зависит от характера операции. Основные задачи предоперационного периода: установление точного хирургического диагноза – залог успешного оперативного лечения; решение вопроса о срочности операции и степени необходимости применения хирургического и степени необходимости применения хирургического метода лечения; знание абсолютных и относительных показаний в плановой и экстренной хирургии; необходимость оценки состояния основных систем организма;

			выявление противопоказаний к операции, их влияние на возможность проведения операции. Подготовительный этап предоперационного периода – важный этап хирургического лечения больного. Основная его цель – свести до минимума риск операции и возможность развития послеоперационных осложнений. Особое внимание уделить психологической подготовке больного, согласие больного на операцию, юридической основе проведения операционных вмешательств. Общие принципы непосредственной подготовки к операции, особенности при плановых и экстренных операциях. Важность определения степени риска операции и наркоза. Предоперационный эпикриз один из важнейших документов истории болезни. Подчеркнуть важность методически правильного написания предоперационного эпикриза. Главной задачей лечения больного в послеоперационном периоде является коррекция нарушений, вызванных операционной травмой и предупреждения послеоперационных осложнений. **Фазы** В послеоперационном периоде в организме больного происходят физиологические изменения, обычно разделяемые на три фазы: катаболическую, обратного развития и анаболическую. Катаболическая фаза длится 5-7 дней. Выраженность ее зависит от тяжести предоперационного состояния больного и травматичности выполняемого вмешательства. В организме усиливается катаболизм – быстрая доставка необходимых энергетических и пластических материалов. При этом отмечают активацию симпатоадреналовой системы, увеличивается поступление в кровь катехоламинов, глюкокортекоидов, альдостерона. Для катаболической фазы характерен повышенный распад белка. Фаза обратного развития. Продолжительность 3-5 дней. Снижается активность симпатоадреналовой системы, нормализуется белковый обмен, нарастает синтез гликогена и жиров. Анаболическая фаза характеризуется активным восстановлением функций, нарушенных в катаболической фазе. Активируется парасимпатическая нервная

			система, повышается активность соматотропного гормона и андрогенов, резко усиливается синтез белков и жиров, восстанавливаются запасы гликогена. Благодаря этому прогрессируют репаративные процессы, рост и развитие соединительной ткани. Завершению анаболической фазы соОтвется полному восстановлению организма после операции. Обычно это происходит через 3-4 недели. В клинике послеоперационный период делят на три части: ранний - 3-5 суток поздний - 2-3 недели отдаленный - обычно от 3 недель до 2-3 месяцев Ранний послеоперационный период – время, когда на организм больного, прежде всего, оказывают влияние операционная травма, последствия наркоза. Ранний послеоперационный период может быть неосложненным и осложненным. При неосложненном течении послеоперационного периода реактивные изменения выражены умеренно и длятся 2-3 дня. Температура 37-37,5. Наблюдается торможение процессов ЦНС. Изменяется состав периферической крови: уменьшается лейкоцитоз, анемия и тромбоцитонемия, повышается вязкость крови. Основные задачи при неосложненном послеоперационном периоде: коррекция изменений в организме, контроль функционального состояния основных органов и систем; проведение мероприятий, направленных на профилактику возможных осложнений. Развитию осложнений способствует три основных фактора: наличие послеоперационной раны вынужденное положение влияние операционной травмы и наркоза. Наиболее частыми и опасными осложнениями в раннем послеоперационном периоде бывают осложнения со стороны раны, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и мочевыделительной систем, а также развитие пролежней.
3.	ОК-1 ОПК – 5 ПК-5 ПК-6 ПК-8	**Врожденные пороки сердца** ЦЕЛЬ - *иметь представление* об анатомо-физиологических взаимосвязях уха с окружающими образованиями, о влиянии различных факторов на	Клиническая анатомия сердца, возрастные особенности, их значение в развитии заболеваний врожденных пороков сердца и их осложнений. Этиология врожденных пороков. Частота поражения клапанов сердца. Нарушение

		преддверно-улитковый орган, о современных методах исследования слухового анализатора; *знать* клиническую анатомию, физиологию сердца и коронарных артерий методы исследования сердца; *уметь* выявить у больного признаки наличия врожденного порока сердца и направить для обследования и лечения в специализированное учреждение.	центральной гемодинамики вследствие врожденных пороков. Показания к операции при врожденных пороках сердца.
4.	ОК-1 ОПК – 5 ПК-5 ПК-6 ПК-8	**Приобретенные пороки сердца (митральный стеноз и др.)** ЦЕЛЬ - *Ознакомить* слушателей с основными методами хирургической диагностики и лечения приобретенных пороков сердца на примере митрального стеноза. *Иметь представление* об анатомо-физиологических сердца, о факторах внешней среды и их влиянии на его функцию,; *знать* клиническую анатомию сердца, физиологию и методы исследования сердца; *уметь* выявить причины, характер, степень поражения функции сердца и клапанного аппарата и направить больного для обследования и лечения в специализированное учреждение.	Этиология приобретенных пороков (ревматизм). Частота поражения клапанов сердца — 1 месте — митральный клапан. Патоморфологии митрального порока (стеноза). Нарушение центральной гемодинамики вследствие сужения митрального отверстия. I и II барьеры кровотока. Компенсаторные функции и структуры. Течение митрального стеноза, патоморфологические формы митрального порока. Клинические стадии митрального стеноза. Показания к операции при МС. Типы операций, виды хирургического лечения. I. Закрытая митральная комиссуротомия а) пальцевая, б) инструментальная II. Открытая пластика митрального клапана. АИК. а) реконструкция, б) протезирование Протезы клапанов: механические, биологические. Осложнения протезирования клапанов. III. Эндоваскулярная хирургия пороков сердца.
5.	ОК-1 ОПК – 5 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11 ПК-13 ПК - 20	**ИБС кардиохирургия, постинфарктные аневризмы аритмии. Перикардит** ЦЕЛЬ - *иметь представление* об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях и лечении ИБС, аневризм, перикардитов и аритмий; *знать* клинические симптомы, стадии ИБС, аневризм, перикардитов и аритмий, исходы и лечебную тактику; особенности течения	Кардиохирургия, хирургические болезни сердца. Этапы развития кардиохирургии. Брюхоненко, Демихов, Кристиан Бернард. Диагностические технологии: зондирование полостей сердца, коронарография, сцентиграфия. Технологии временной остановки сердца: гипотермия — гибернация. ги-пербарическая оксигенация, искусственное кровообращение (АИК). Хирургические формы ИБС. Аорто-коронарное шунтирование — аутовенозное, артериальное. Маммарно-

		перикардита при инфекционных заболеваниях, в пожилом и старческом возрастах; клинические формы аритмий, симптомы и лечение; показания к операции; *уметь* на основании клинических симптомов поставить предварительный диагноз ИБС, аневризмы, аритмий и перикардита и своевременно направить больного к специалисту-кардиохирургу.	коронарное шунтирование. АКШ на работающем сердце. Баллонная ангиопластика коронарных артерий. Стентирование. Трансмиокардиальная лазерная реваскуляризация. Трансплантация стволовых клеток. Постинфарктная аневризма сердца. Диагностика, показания к операции. Операция — геометрическая резекция левого желудочка. АКШ. Аритмии сердца (кардиосклероз). Формы аритмий, доступных хирургической коррекции. Электрокардиостимуляторы, трансторенальная, трансвенозная имплантация. РИА — навигационное выявление и радиочастотное воздействие на очаг аритмии. Операция «лабиринт». ИКВД — имплантируемый кардио-вертер дефибриллятор.
6.	ОК-1 ОПК – 5 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11 ПК-13 ПК - 20	**Заболевания аорты и ее ветвей, облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей(тромбозы, эмболии, атеросклероз, эндоартерит)** ЦЕЛЬ - *иметь представление* об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях и лечении заболеваний аорты и ее ветвей (тромбозы, эмболии, атеросклероз, эндоартерит). *знать* клинические симптомы, формы аорты и ее ветвей (тромбозы, эмболии, атеросклероз, эндоартерит), возможность развития осложнений, показания к консервативному и хирургическому лечению; *уметь* на основании клинических симптомов поставить диагноз заболеваний аорты и ее ветвей (тромбозы, эмболии, атеросклероз, эндоартерит) и своевременно направить больного к специалисту-оториноларингологу.	Актуальность проблемы (облитерирующих заболеваний артерий н/конечностей): общий рост заболеваний сердечно-сосудистой системы обуславливает увеличение облитерирующих заболеваний, особенно облитерирующего атеросклероза. Нередким исходом является гангрена конечности с последующей ампутацией, в связи с чем высокая инвалидизация и летальность. 1.Унифицированная классификация облитерирующих заболеваний по В.Б. Гервазиеву (1975 г., 1999г.г.): по степени тяжести артериальной ишемии (I, II, III, IV степени); по уровню непроходимости магистрального ствола (0, 1, 2, 3, 4, 5). 2.Методы диагностики: определение пульсации артерий, реовазогряфия, дуплексное сканирование, УЗИ, ангиография. 3.Хирургическая тактика: проксимальные уровни окклюзии (2-5) — реконструктивные операции на артериях, аорте; дистальные окклюзии — артериальные инфузии, симпатзктомии, непрямые методы реваскуляризации (венозная артериализация, остеоперфорации и др.). 4.Методы лечения: консервативное лечение (спазмолитики, дезагреганты,

			антикоагулянты, физиолечение, ГБО); артериальные инфузии (аортальная, катетеризация нижней надчревной артерии); симпатэктомии (поясничная, грудная, периартериальная); реконструктивные восстановительные операции (эндартерэктомия, шунтирование); протезирование, баллонопластика, стентирование. В предоперационном периоде — улучшение реологии крови, функции жизненно важных органов. 5.Основные осложнения: тромбоз артерии или шунта, кровотечение из артерии, анастомоза, гепариновое кровотечение, ДВС — синдром, нагноение раны или шунта: в послеоперационном периоде — профилактика нагноения протеза, улучшение реологии (антибиотики, дезагреганты, антикоагулянты); диспансеризация и реабилитация. В первичных ЛПУ больные находятся под диспансерным наблюдениям у хирурга, с проведением профилактических и реабилитационных мероприятий по установленной схеме
7.	ОК-1 ОПК – 5 ОПК-8 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11 ПК-13 ПК - 20	**Заболевания вен (варикоз, ПТФС, ТЭЛА)** ЦЕЛЬ - *иметь представление* о возможности развития ТЭЛА и ПТФС осложнений, показания к консервативному (ХВН) и хирургическому лечению(ТЭЛА и ПТФС); *знать* клинические симптомы и возможность развития осложнений, показания к консервативному и хирургическому лечению; основные клинические проявления ТЭЛА, ПТФС, принципы их лечения и профилактики; *уметь* на основании клинических симптомов своевременно предположить возникновение ТЭЛА и ПТФС осложнения и в срочном порядке направить больного в специализированное учреждение	Актуальность проблемы. Хроническая венозная недостаточность является широко распространенным патологическим состоянием. Встречается у 30-40% общей популяции населения индустриально развитых стран. Этиология. Вызывают 3 причины — варикозная болезнь, посттромбофлебитический синдром, врожденные флебодисплазии. Актуальность проблемы ТЭЛА — частота, осложнения, летальность. Классификация острого флеботромбоза (разработана в клинике): по уровню тромботической окклюзии — 5 уровней окклюзии; по протяженности ФТ — односегментарный, двухсегментарный, трехсег-ментарный и т.д. По степени острой венозной недостаточности (4степени). Классификация ТЭЛА по объему перфузионного дефицита: массивная (>55%), субмассивная (45-55%), сегментарная (<45%>).

			Этиология, патогенез (триада Вирхова, фактора риска — приобретенные и врожденные — тромбофилии). Методы диагностики ФТ: клинические признаки обструкции вен; инструментальные методы: окклюзионная плетизмография, дуплексное сканирование, флебография, радиоизотопная флебосцинтиграфия; лабораторные: выявление тромбофилии. Лечение ФТ: комплексная антитромботическая терапия: первичная и вторичная профилактика ТЭЛА; защищенная интратромбальная тромболитическая терапия; защищенная оперативная тромбэтомия. При ТЭЛА: клинические признаки острого легочного сердца; обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография, эхоскопия сердца; перфузионное сканирование легких, ангиопульмонография. Лечение ТЭЛА: хирургическая профилактика рецидива ТЭЛА; антитромботическая терапия; тромболитическая терапия; хирургическая эмболэктомия. Осложнения и исходы ФТ и ТЭЛА: тромбоэмболия легочных артерий; венозная гангрена (синий болевой флебит Грегуара); посттромбофлебитический синдром; постэмболический легочный гипертензионный синдром. Реабилитация и диспансеризация больных. Трудоустройство больных (исключение труда связанного с длительным пребыванием на ногах и подъемом тяжестей). Ношение эластических бинтов, 2 раза в год наблюдение и лечение по рекомендации ангиохирурга у хирурга и кардиолога по месту жительства.
8.	ОК-1 ОПК – 5 ОПК-8 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11 ПК-13	**Острый аппендицит. Многообразие клинических форм острого аппендицита. Диагностический алгоритм. Особенности клиники, диагностики и лечебной тактики острого аппендицита у детей, пожилых, беременных. Дифференциальная диагностика**	1. Классификация аппендицита. 2. Клиника и диагностика острого аппендицита. 3. Особенности течения атипичных форм острого аппендицита в зависимости от локализации отростка: а) забрюшинная локализация; б) ретроцекальное (внутрибрюшинное, интрамуральное,

	ПК - 20	ЦЕЛЬ - *иметь представление* об остром аппендиците, особенностях течения в детском, пожилом и старческом возрасте, во время беременности *знать* основные причины острого аппендицита, диагностику и лечение; *уметь* на основании анамнеза и клинических проявлений поставить предварительный диагноз острого аппендицита направить больного для лечения к специалисту – хирургу.	ретроперитонеальное), низкое, высокое и срединное расположение; в) редкое расположение отростка: в грыжевом мешке, запирательном отверстии, при подвижной слепой кишке. 4. Особенности течения острого аппендицита у стариков и у женщин в различные сроки беременности. 5. Дифференциальная диагностика. 6. Осложнения острого аппендицита и тактика хирурга: а) аппендикупярный инфильтрат; б) периаппендикулярный абсцесс; в) абсцессы брюшной полости (тазовый, поддиафрагмальный, межкишечный); г) перитонит; д) эабрюшинная флегмона; е) пилефлебит; ж) сепсис. 7. Показания к операции. Выбор оперативного доступа. 8. Обезболивание при аппендэктомии. 9. Техника удаления червеобразного отростка, 10. Осложнения при удалении червеобразного отростка, предупреждение их и лечение. 11. Ушивание операционной раны. Показания к тампонаде и дренированию брюшной полости. 12. Рациональная антибиотикотерапия в лечении аппендицита и гнойных осложнений. 13. Доступы, применяемые при вскрытии гнойников. 14. Тактика хирурга при неясных формах аппендицита. 15. Показания к лапаротомии и широкой ревизии органов брюшной полости. 16. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. 17. Ведение послеоперационного периода. 18. Послеоперационные осложнения.
9.	ОК-1 ОПК – 5 ОПК-8 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10	**Осложнения грыж. Хирургическая тактика при ущемленных грыжах. Принципы операции при различных локализациях ущемлений. Особенности операции при больших вентральных грыжах, флегмонах грыжевого мешка. Реабилитация.**	1. Классификация наружных грыж живота в зависимости от локализации грыжевых ворот (паховые, бедренные, пупочные, белой линии и спигелевой линии, мечевидного отростка, поясничные, запирательные, промежностные,

	ПК-11 ПК-13 ПК - 20	Цель *иметь представление* о видах грыж и осложнениях; *знать* основные причины патогенез и клинические проявления и виды грыж; *уметь* на основании анамнеза и клинических проявлений поставить предварительный грыжа, направить больного для обследования и лечения к специалисту-хирургу.	седалищные, травматические, послеоперационные). 2. Классификация осложнений грыж живота. 3. Тактика хирурга при сочетании пахово-мошоночной грыжи и крипторхизма, водянки яичка (или семенного канатика) и грыжи, варикоцеле. Скользящая грыжа. 4. Дифференциальная диагностика ущемленных грыж. 5. Особенности диагностики: а) пристеночного ущемления; б) с ретроградным ущемлением; в) с ущемлением сальника, дивертикула Меккеля, червеобразного отростка, мочевого пузыря, придатков матки, жировых подвесков. 6. Тактика при приеме больных с ущемлением грыжи в приемном покое. 7. Тактика хирурга при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи. 8. Особенности хирургической тактики при операциях по поводу ущемленных грыж. 9. Критерии оценки жизнеспособности ущемленного органа (органолептические и объективные). 10. Особенности хирургической тактики при сомнительной жизнеспособности или некрозе органов, ущемленных в грыжевом мешке. 11. Показания к лапаротомии и ревизии органов брюшной полости. 12. Особенности методики хирургического лечения при флегмоне грыжевого мешка. 13. Особенности операции при больших и гигантских ущемленных вентральных грыжах. 14. Другие осложнения грыж: разрыв полых органов в грыжевом мешке, воспаление их, дерматит, малигнизация содержимого грыж и стенок грыжевого мешка, грыжевая рецидивная болезнь

10.	ОК-1 ОПК – 5 ОПК-8 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11 ПК-13 ПК - 20	**Кишечная непроходимость. Хирургическая тактика при странгуляционной, обтурационной, смешанной, формах. Кишечная непроходимость ракового генеза. Послеоперационная кишечная непроходимость. Профилактика спаечной болезни** ЦЕЛЬ - *иметьпредставление* о структурных и функциональных особенностях острой кишечной непроходимости, об основных принципах консервативного и хирургического лечения в зависимости от ее вида; *знать* виды и клинические формы острой кишечной непроходимости, принципы диагностики и лечения, возможные осложнения; *уметь* на основании анамнеза и клинических проявлений поставить предварительный диагноз и при необходимости направить больного на консультацию к специалисту-хирургу!!	1. Классификация кишечной непроходимости. 2. Патофизиологические изменения, происходящие в организме больного. 3. Общие клинические симптомы острой кишечной непроходимости. 4. Непосредственное обследование больных с кишечной непроходимостью: использование дополнительных методов обследования (рентгенологический метод обследования и др.). 5. Дифференциальная диагностика динамической и механической непроходимости. 6. Особенности печения динамической кишечной непроходимости. 7. Особенности клинического течения и диагностики различных видов механической непроходимости: а) заворот тонкой, слепой и сигмовидной кишки; б) узкообразование; в) спаечная непроходимость; г) инвагинация кишки; д) глистная инвазия и копростаз; е) опухоли толстой кишки; 8. Тактика хирурга при острой механической непроходимости кишечника: а) консервативные способы печения; б) показания к операции. 9. Предоперационная подготовка больных в зависимости от формы непроходимости и возраста больного: основы коррекции биохимических изменений. 10. Оперативные доступы при различных формах и локализации - кишечной непроходимости. 11. Особенности хирургической тактики при оценке объема операционного

			вмешательства у пожилых и тяжелых больных и в условиях перитонита. 12. Выбор метода операции: а) рассечение спаек и тяжей; б) показания к наложению обходных анастомозов; в) показания к резекции кишечника; г) показания к наложению кишечных свищей. 13. Техника оперативного вмешательства при: а) непроходимости, вызванной Меккелевым дивертикулом; б) завороте кишечника; в) ущемленной грыже; г) при раке тонкой и толстой кишки; д) инвагинации; е) абтурации желчными и каловыми камнями; ж) воспалительными «опухолями»; з) дивертикулами и др. 14. Особенности ведения послеоперационного периода: а) коррекция нарушений водно-слоевого и белкового баланса крови; б) борьба с интоксикацией и послеоперационным парезом кишечника; в) профилактика послеоперационных осложнений. 15. Врачебно-трудовая экспертиза. 16. Результаты лечения острой кишечной непроходимости.
11.	ОК-1 ОПК – 5 ОПК-8 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК - 20	**Болезни оперированного желудка. Пострезекционные синдромы: демпинг-синдром, пептическая язва, желудочно-тонко-толстокишечный свищ, синдром приводящей петли, рефлюкс-гастрит. Рак желудка** ЦЕЛЬ – *иметь представление* об основных принципах консервативного и хирургического лечения при БОЖ и раке желудка; *знать* основные классификацию рака желудка, различные виды БОЖ, принципы их диагностики и лечения;	1. Классификация: группа функциональных расстройств, группа органических расстройств, сочетание

		уметь на основании анамнеза и клинических проявлений поставить предварительный диагноз и при необходимости направить больного на консультацию к специалисту-хирургу, гастроэнтерологу и онкологу.	органических и функциональных расстройств: – демпинг синдром, – гипоклигемический синдром – синдром приводящей петли – синдром малого желудка – пептическая язва – желудочно-ободочные свищи – рак культи резецированного желудка – синдром приводящей петли 2. Клиника, диагностика пострезекционных синдромов. 3. Показания к оперативному лечению. 4. Методы хирургического лечения. 5. Ошибки, опасности и осложнения при проведении повторных операций на желудке. Послеоперационный период, профилактика, осложнения. 6. Реабилитация, экспертиза трудоспособности, диспансеризация.
12.	ОК-1 ОПК – 5 ОПК-8 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11 ПК-13 ПК - 20	**Перитониты (подпеченочный, поддиафрагмальный абсцесс, абсцесс дугласова пространства, межкишечные абсцессы). Причины возникновения. Клиника. Диагностика. Лечение.** ЦЕЛЬ - *иметь представление* о структурных и функциональных особенностях при перитонитах, о клинических проявлениях и принципах лечения перитонита; *знать* взаимосвязь острых заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства с патологией возникновения перитонита, осложнения и принципы лечения; *уметь* поставить диагноз перитонита, срочно направить больного к хирургу для оказания специализированной помощи.	1. Определение. 2. Классификация. 3. Клиника, течение и диагностика местных перитонитов в зависимости а) этиологии, б) распространенности процессов, в) причин возникновения, г) фазы заболевания. 4. Методы ранней диагностики перитонита: а) объективное исследование, б) исследование крови, в) рентгенологическое исследование органов брюшной полости, г) УЗИ брюшной полости, д) лапароскопия, е) диагностическая лапаротомия. 5. Дифференциальная диагностика. 6. Особенности течения и трудности диагностики криптогенных, желчных и хирургических

			(послеоперационных) абсцессов. 7. Подготовка больных к неотложным операциям в зависимости от общего состояния. 8. Принципы хирургического лечения абсцессов брюшной полости: а) периаппендикулярного; б) подпеченочного; в) поддиафрагмального (доступы Клермона, Окснера, Мельникова); г) тазового (доступы: трансректальный, трансвагинальный, трансабдоминальный); д) межкишечного; е) внепеченочного. 9. Пункции и дренирование абсцессов брюшной полости под контролем УЗИ. Преимущества и недостатки.
13.	ОК-1 ОПК – 5 ОПК-8 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11 ПК-13 ПК - 20	**Острый холецистит. ПХЭС. Эндоскопическая хирургия.** ЦЕЛЬ - *иметь представление* о анатомии-физиологическом строении желчного пузыря и желчных протоков, об этиологии и патогенезе острого холецистита; *Знать* достоверные местные признаки острого холецистита, его клинические формы, лечебную тактику при этом заболевании; *уметь* сформулировать диагноз острого холецистита в соответствии с его классификацией и выбрать метод лечения.	Классификация острого холецистита, патогенез, клиника, достоверные местные признаки и симптомы по авторам. Компенсированная и декомпенсированная формы, примеры формулировки диагноза. Консервативные методы лечения острого холецистита, показания к хирургическому лечению. Возможные осложнения операций. Роль общегигиенических и санационных мероприятий в профилактике острого холецистита. ПХЭС. Определение понятия, причины. Ознакомление студентов с клиникой, ранней диагностикой, новыми методами обследования больных (КТ, МРТ). диагностика, дифференциальная диагностика, показания к операции, методы интраоперационной диагностики. Желчные свищи: клиника, лечение. Повторные операции на желчных путях при длинной культе пузырного протока, оставленных камнях в желчных протоках, рубцовых сужениях холедоха, при желчных свищах.
14.	ОК-1 ОПК – 5 ОПК-8 ПК-5 ПК-6 ПК-8	**Заболевания поджелудочной железы (острый панкреатит, опухоли, кисты и т.д.)** ЦЕЛЬ - *иметь представление* о структуре и функциях поджелудочной железы, методах исследования, классификации и	Ознакомление студентов с анатомией и физиологией поджелудочной железы, методами исследования, общей симптоматикой заболеваний, классификацией воспалительных заболеваний поджелудочной железы. Классификация форм хронического панкреатита.

	ПК-10 ПК-11 ПК-13 ПК - 20	видах острого панкреатита, кист и опухолей; *знать* клиническую анатомию, физиологию поджелудочной железы, причины возникновения заболеваний поджелудочной железы, формы и стадии острого панкреатита, экстренную помощь при нем; *уметь* определить острый панкреатит, опухоли и кисты, диагностировать заболевания под, обеспечить соответствующее лечение и направить больного для оказания экстренной помощи в специализированное учреждение.	Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению, методы операций. Кисты и опухоли поджелудочной железы. Определение (ограниченные капсулой, скопления жидкости в паренхиме или окружающих тканях) Классификация (врожденные, приобретенные), клиника, дифференциальная диагностика, радикальные и паллиативные операции. Рак поджелудочной железы. Патанатомия, клиника, диагностика. Радикальные и паллиативные операции. Результаты лечения и поиски путей их улучшения. Панкреатические свищи.

15.	ОК-1 ОПК – 5 ОПК-8 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11 ПК-13 ПК – 20 ПК-21 ПК-22	**Болезни печени (эхинококкоз, рак). Портальная гипертензия.** ЦЕЛЬ - *иметь представление* об острых и хронических заболеваниях печени, о возникновении портальной гипертензии; *знать* классификацию, клинику и лечение портальной гипертензии и др.заболеваний печени; *уметь* поставить правильный диагноз в соответствии МКБ, назначить соответствующее лечение и направить больного для оказания помощи в специализированное учреждение	Опухоли печени: классификация, клиника, диагностика. Современные методы исследования больных с опухолями печени. Показания к радикальным и паллиативным оперативным вмешательствам. Абсцессы печени: классификация (пиогенный абсцесс, амебный абсцесс), цирроз печени: клиника, диаг-ностика, лечение. Повреждения селезенки. Эхинококкоз печени: цикл развития глиста и пути заражения человека, эпидемиология, клиника, диагностика, методы оперативного лечения, осложнения. Портальная гипертензия. Изучение портального кровообращения с помощью таблиц и схем. Определение понятия синдрома (симптомо-комплекса). Физиология, патогенез. этиология, классификация в зависимости от локализации, клиника (спленомегалия, варикозное расширение вен передней брюшной стенки – «голова медузы» асцит, (классические признаки, синдром Бадда-Киари и другие признаки). Специальные методы исследования. Осложнения. Лечение. Консервативное лечение кровотечений из вен пищевода и желудка. Хирургические методы операций, на-правленные на остановку кровотечения и на декомпрессию портальной системы, на усиление регенерации печени. Портокавальные анастомозы, органные анастомозы, спленэктомия. Операции, направленные на отведение асцитической жидкости.
16.	ОК-1 ОПК – 5 ОПК-8 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-13 ПК – 20 ПК-21 ПК-22	**Заболевания ободочной кишки (язвенный колит, дивертикулы, опухоли, свищи)** ЦЕЛЬ - *иметь представление* об эпидемиологии и классификации заболеваний ободочной кишки; *знать* клинические проявления, диагностику и лечение доброкачественных и злокачественных новообразований, свищей	**Основные клинические проявления заболеваний ободочной кишки** 1 Боли в животе - постоянные или схваткообразные с иррадиацией в поясничную область, редко - в надключичную область. Постоянные боли более характерны для воспалительного процесса, схваткообразные - при сужении просвета. 2 Выделения слизи и гноя - может отмечаться только при дефекации или

		ободочной кишки, причины возникновения; *уметь* заподозрить заболевания ободочной кишки; на основании жалоб, анамнеза, клинических проявлений, эндоскопических признаков, а также лабораторных, рентгенологических данных заподозрить заболевания ободочной кишки и направить больного для лечения в специализированное учреждение.	носит постоянный характер. Примесь слизи и гноя к каловым массам обычно наблюдается при хр. и о. проктосигмоидите, неспецифическом язвенном колите, болезни Крона, ворсинчатых опухолях, раке сигмовидной кишки. 3 Кровотечение - явное или в виде примеси к испражнениям. Чем проксимальнее расположен источник кровотечения, тем однороднее примесь крови к каловым массам и тем темнее ее цвет. Профузные кровотечения редки и чаще при дивертикулезе, реже при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона. 4 Анемия - носит гипохромный характер, чаще при поражении опухолями правых отделов ободочной кишки 5 Запор - задержка стула от нескольких дней и недель как симптом функциональных, так и органических поражений. Если функциональный запор, то выделяют атонический и спастический запоры, которые протекают с менее или более выраженным болевым синдромом. При органических сужениях толстой кишки - запор предшествует боли и является одним из симптомов частичной кишечной непроходимости. 6 Непроходимость толстой кишки - симптом нарушения пассажа содержимого по толстой кишке. Формируется частичная или полная кишечная непроходимость 7 Вздутие живота - возможно при запоре, а также при врожденной или приобретенной ферментативной недостаточности, дисбактериозе 8 Понос - симптом ряда неинфекционных заболеваний толстой кишки (колиты, диффузный полипоз) 9 Тенезмы - частые ложные позывы к дефекации, изнуряющие больных, могут сопровождаться мацерацией перианальной кожи, трещинами, эрозиями. Это ответ на воспаление сенсорной зоны слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки Критерии синдрома раздраженного кишечника (А.Н.Окороков, 1999):

			- боль или дискомфорт в животе (боли уменьшаются после дефекации, сопровождаются изменениями частоты и консистенции стула) - изменение частоты стула (1 и более 3 раз в день или меньше 3 раз в неделю) - изменение формы стула - нарушение пассажа стула (напряжение, императивные позывы, ощущение неполного опорожнения кишечника) - выделение слизи - вздутие живота
17.	ОК-1 ОПК – 5 ОПК-8 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК – 20 ПК-21 ПК-22	**Заболевания прямой кишки (геморрой, рак, парапрактиты, свищи)** ЦЕЛЬ - *иметь представление* об эпидемиологии и классификации заболеваний прямой кишки; *знать* клинические проявления, диагностику и лечение доброкачественных и злокачественных новообразований прямой кишки, геморроя, причины возникновения; *уметь* заподозрить опухоль прямой кишки;на основании жалоб, анамнеза, клинических проявлений, эндоскопических признаков, а также лабораторных, рентгенологических данных заподозрить опухоль прямой кишки и направить больного для лечения в специализированное учреждение.	**Воспаление прямой кишки (проктит)** Воспаление может стать результатом действия различных факторов. Это могут быть пищевые и алкогольные интоксикации, следствие других заболеваний (дизентерии, геморроя, анальных трещин), травмы слизистой оболочки, переохлаждение и пр. Характеризуется острой болью, зудом, дискомфортом, диареей, воспалением не только области прямой кишки, но и промежности. Лечение проктита зависит от причины и результатов проведенной диагностики. Одними из ключевых моментов являются диета и амбулаторное наблюдение. **Трещины прямой кишки (фиссуры)** Микро разрывы слизистой прямой кишки характеризуются, прежде всего, острой болью, сильно влияющей на качество жизни человека. Данному заболеванию подвержены как взрослые, так и дети. Специалисты нашей клиники используют новейшие консервативные методы лечения болезней прямой кишки, что позволяет не обращаться к методам хирургического вмешательства! Поэтому и лечение трещин прямой кишки не доставит нашим пациентам лишнего неудобства. **Выпадение прямой кишки.** При ослаблении мышц таза происходит нарушение фиксации прямой кишки и как следствие этого ее выпадение. Причиной возникновения могут стать частые запоры, либо наоборот диарея, травмы заднего прохода, механическое воздействие хирургического вмешательства. Симптомами кроме затруднений при дефекации могут быть боли различной интенсивности тянущего характера в тазовой области, запоры, каломазание, наличие выпадающего участка прямой кишки не только при дефекации, но и при ходьбе и кашля (на поздних стадиях развития болезни). Для диагностики необходимо пальцевое исследование прямой кишки и ректоскопия для исключения полипов как сопутствующего диагноза. Для

			лечения так же наиболее эффективно хирургическое вмешательство. **Хронический парапроктит (свищ прямой кишки)** Хронический парапроктит – это хроническое воспаление прямой кишки с наличием свищевого хода на ее стенках и наружного отверстия на коже промежности. Данное заболевание чаще всего является следствием позднего обращения к **проктологу** с диагнозом острого парапроктита. Ведь зачастую ход болезни определяется как хронический и пациенты не страдают острыми ее проявлениями. Если же болезнь дает о себе знать, то беспокойство наблюдается по поводу выделений из наружного свищевого отверстия. Как бы то ни было, заболевание не стоит оставлять без диагностики, ведь запущенность его чревата злокачественной мутацией. **Полипы прямой кишки** Полипы – это доброкачественные новообразования. С трудом можно утверждать, что они способны нанести ощутимый вред здоровью. Но их наличие вовсе не исключает диспансерного наблюдения пациента и профилактических осмотров. Тем более, что своевременная диагностика полипов и при необходимости их удаление является предупреждением возникновения рака прямой кишки. **Рак прямой кишки** Самым неприятным моментом в диагностике данного заболевания является то, что зачастую она протекает бессимптомно. Выраженная симптоматика сопровождает заболевание только при достижении опухолью больших размеров. Помимо дискомфорта наблюдается кровотечение из прямой кишки, выделение гноя. Опытный специалист диагностирует заболевание уже при пальцевом осмотре, далее проводится ряд аппаратных исследований. Естественно, что основной метод лечения рака прямой кишки – хирургический. Это может быть либо удаление пораженного опухолью участка, либо удаление прямой кишки полностью вместе с задним проходом (экстирпация). **Полное проктологическое исследование** 1 Стандартное положение для исследования проктологического больного - литотомическое 2 Внешний осмотр 3 Пальцевое исследование прямой кишки 4 Исследование на ректальных зеркалах 5 Ректороманоскопия (предложена в 1897 году С.П.Федоровым) 6 Ирригоскопия 7 Фиброколоноскопия (ФКС) 8 Биопсия и цитология

18.	ОК-1 ОПК – 5 ОПК-8 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11 ПК-13 ПК – 20 ПК-21 ПК-22	**Заболевания пищевода** ЦЕЛЬ - *иметь представление* обо локализации и характере грыжи пишевода, рубцовых стриктурах; *знать* клинику, раннюю диагностику и методы лечения основных разновидностей неопухолевых заболеваний пищевода; *уметь* на основании жалоб, анамнеза, клинических проявлений, эндоскопических признаков, а также лабораторных, рентгенологических данных поставить предварительный диагноз при неопухолевых заболениях пищевода и направить больного для лечения в специализированное учреждение.	Грыжи пищевода, клиника, диагностика и лечение. Ожоги пищевода. Клиника, диагностика, лечение, осложнения и их профилактика. Лечение осложнений. Клиника состоит из 3-х периодов (острый, латентный и мнимого благополучия. Рубцовые сужения пищевода. Клиника, диагностика, методы лечения. Основные клинические симптомы сужения: регургитация и дисфагия. Преподаватель останавливает внимание на своевременное проведение бужирования. Лечение рубцовых сужений после химических ожогов одна из сложных проблем. Трудными являются операции создания ис-кусственного пищевода. Дивертикулы пищевода. Ахалазия пищевода. Классификация (пульсионный, тракционный), клиника, диагностика, консервативные и оперативные методы лечения. При разборе кардиоспазма обратить особое внимание на диагностику и методы оперативного лечения (бужирование, миотомия по Геллеру).
19.	ОК-1 ОПК – 5 ОПК-8 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11 ПК-13 ПК – 20 ПК-21 ПК-22	**Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Осложнения.** ЦЕЛЬ - *иметь представление* о классификации, патогенезе и клинике язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки; *знать* классификацию, клинику, диагностику и методы лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, возможных осложнениях; *уметь* на основании жалоб, анамнеза, клинических проявлений, эндоскопических признаков, а также лабораторных, рентгенологических данных поставить предварительный диагноз язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки и направить больного для лечения в специа-лизированное учреждение.	Морфологическим субстратом болезни является язва – глубокий дефект слизистой оболочки. Язвенная болезнь является распространенным во всем мире заболеванием, которым страдают в основном люди молодого и среднего возраста. Мужчины болеют в три раза чаще женщин. **Этиология и патогенез**. Существует много теорий возникновения язвенной болезни (инфекционная, сосудистая, механическая, нейротрофическая и т.п.). В настоящее время доминирует *пептическая* (от греч. pepsis - пищеварение) теория, согласно которой язва возникает как результат воздействия агрессивных пептических факторов (соляная кислота, пепсин, желчь) на слизистую при одновременном ослаблении ее защитных свойств (слизисто-карбонатный барьер). Сегодня немаловажная роль в развитии язвенной болезни отводится желудочной бактерии – Helicobacter pylori и эндокринным опухолям (с-*м Золлингера-Эллисона)*. Причинами острых язв слизистой могут быть операции и травмы головного мозга, обширные ожоги, сердечно-сосудистые

			расстройства, некоторые лекарственные препараты (аспирин, индометацин, диклофенак и др.), злоупотребление алкоголем, стресс. Язвенная болезнь имеет циклическое течение, выражающееся в смене фаз обострения (открытой язвы) и ремиссии (рубца). Обострения обычно носят сезонный осенне-весенний характер. **Классификация**. По локализации различают язвенную болезнь желудка и язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки (дуоденальная язва). Бывают язвы острые и хронические. По размерам их делят на малые (до 0,5 см в диаметре), средние (0,5-1,0 см), большие (1,0-3,0 см) и гигантские (более 3,0 см). **Симптоматика.** Главным симптомом язвенной болезни является боль. Она возникает либо сразу после еды (желудочная язва), либо спустя 1,5-2 часа после приема пищи (дуоденальная язва). Для последней характерны также голодные и ночные боли. Кроме того, часто наблюдаются различные диспепсические расстройства – тошнота, рвота, изжога, отрыжка. **Осложнения** если во время не проведена хирургия желудка, возникает угроза жизни больного: 1. кровотечение, источником которого является кровеносный сосуд в краях или в дне язвы. Сопровождается черным дегтеобразным стулом, рвотой типа "кофейной гущи"; 2. перфорация (прободение) – образование сквозного дефекта в стенке органа; 3. пенетрация – "врастание" язвы в соседние органы; 4. стеноз – сужение выходного отделе желудка или двенадцатиперстной кишки, препятствующее продвижению пищи; 5. малигнизация - злокачественное перерождение, характерное для язв желудка. **Диагностика**. Рентгенография желудка, эзофагогастродуоденоскопия с биопсией, внутрижелудочная pH-метрия (реогастрография). **Лечение.** Острые язвы лечат *консервативно*, также в некоторых случаях показана **операция на язву желудка** (хирургия желудка). Любые неосложненные и впервые выявленные язвы также подлежат медикаментозному лечению. Хирургия желудка. Операция на язву желудка Осложненные желудочные и дуоденальные язвы, а также язвы неподдающиеся терапии в течение 2-3 мес. являются показанием к **операции на язву желудка** (хирургия

			желудка). При локализации язвы в желудке выполняют резекцию желудка в объеме 2/3, при язвах двенадцатиперстной кишки – селективную проксимальную ваготомию. Ваготомия - органосохраняющее вмешательство, суть которого состоит в пересечении желудочных веток блуждающего нерва, ответственных за кислотопродукцию.
20.	ОК-1 ОПК – 5 ОПК-8 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11 ПК-13 ПК – 20 ПК-21 ПК-22	**Заболевания легких (абсцессы, опухоли, бронхоэктатическая болезнь)** ЦЕЛЬ - *иметь представление* о возможности возникновения и видах инфекционных гранулем верхних дыхательных путей и уха; о возможности поражения носа, глотки, гортани, пищевода при гранулематозе Вегенера и СПИДе; *знать* классификацию, клинику, диагностику и методы лечения инфекционных гранулем верхних дыхательных путей; гранулематоза Вегенера, СПИДа; *уметь* на основании жалоб, анамнеза, клинических проявлений, эндоскопических признаков, а также лабораторных, рентгенологических данных заподозрить инфекционную гранулему верхних дыхательных путей, гранулематоз Вегенера, СПИД и направить больного для лечения в специализированное учреждение.	**Бронхоэктатическая болезнь** – заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов, сопровождающимися функциональной неполноценностью и развитием хронического гнойно-воспалительного процесса в бронхиальном дереве. Видоизмененные бронхи носят название бронхоэктазов (или бронхоэктазий). Бронхоэктатическая болезнь встречается у 0,5-1,5 % населения, развиваясь преимущественно в детском и молодом возрасте (от 5 до 25 лет). Заболевание протекает в виде рецидивирующих бронхолегочных инфекций и сопровождается постоянным кашлем с мокротой. Поражение бронхов при бронхоэктатической болезни может ограничиваться одним сегментом или долей легкого либо быть распространенным. **Классификация бронхоэктатической болезни** Согласно общепринятой классификации бронхоэктазы различаются: • по виду деформации бронхов – мешотчатые, цилиндрические, веретенообразные и смешанные; • по степени распространения патологического процесса - односторонние и двусторонние (с указанием сегмента или доли легкого); • по фазе течения бронхоэктатической болезни – обострение и ремиссия; • по состоянию паренхимы заинтересованного отдела легкого – ателектатические и не сопровождающиеся ателектазом; • по причинам развития – первичные (врожденные) и вторичные (приобретенные); • по клинической форме бронхоэктатической болезни – легкая, выраженная, тяжелая и осложненная формы. Легкая форма бронхоэктатической болезни характеризуется 1-2 обострениями за год, длительными ремиссиями, в периоды

			которых пациенты чувствуют себя практически здоровыми и работоспособными. Для выраженной формы бронхоэктатической болезни характерны ежесезонные, более длительные обострения, с отделением от 50 до 200 мл гнойной мокроты в сутки. В периоды ремиссий сохраняется кашель с мокротой, умеренная одышка, снижение трудоспособности. При тяжелой форме бронхоэктатической болезни наблюдаются частые, продолжительные обострения с температурной реакцией и кратковременные ремиссии. Количество выделяемой мокроты увеличивается до 200 мл, мокрота часто имеет гнилостный запах. Трудоспособность во время ремиссий сохранена.
21.	ОК-1 ОПК – 5 ОПК-8 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК – 20 ПК-21 ПК-22	**Заболевания щитовидной железы** ЦЕЛЬ - *иметь представление* о классификации и патогенеза забоеваний щитовидной железы; *знать* классификацию, клинику, диагностику и методы лечения заболеваний щитовидной железы; *уметь* на основании жалоб, анамнеза, клинических проявлений, а также лабораторных, рентгенолого-гических данных поставить диагноз и направить больного для лечения в специализированное учреждение.	Заболевания щитовидной железы. Анатомия и физиология щитовидной железы. Зоб. Клас-сификация. Эндемический зоб. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Спорадический зоб. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Тиреотоксический зоб. Этиология, патогенез, патанатомия, диагностика. Консервативные методы лечения. Показания к операции. Выбор метода и объем оперативного вмешательства. Осложнения и их профилактика. Тиреидиты и струмиты. Зоб Риделя и Хашимото. Рак щитовидной железы. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, стадии. Показания и объем оператив-ного вмешательства. Комбинированные и сочетанные методы лечения.
22.	ОК-1 ОПК – 5 ОПК-8 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК – 20 ПК-21 ПК-22	**Заболевания молочной железы** ЦЕЛЬ - *иметь представление* о возможности возникновения и видах маститов, фиброаденом и др. заболеваний молочной железы; *знать* классификацию, клинику, диагностику и методы лечения острых маститов, фиброаденом;	Последние исследования показывают, что вероятность **заболеваний молочных желез** у женщин достигает 50-60%. Таким образом, получается, что самым незащищенным органом у женщины является грудь. К заболеваниям молочных желез относятся : Мастопатия, Фиброаденома,

		уметь на основании жалоб, анамнеза, клинических проявлений, лабораторных, рентгенологических данных заподозрить острый мастит и направить больную для лечения в специализированное учреждение.	Внутрипротоковая папиллома, Киста молочной железы, Липома, Рак молочной железы и д.р. **Фиброаденома** – доброкачественная опухоль молочной железы, чаще всего встречается у женщин в возрасте 20-35 лет, медленно растущая, имеет чёткие контуры, редко встречаются множественные фиброаденомы. Наощупь напоминает подвижный шарик. Среди причин развития фиброаденомы перечисляют нарушение гормонального обмена, травму груди. Обычная фиброаденома крайне редко переходит в злокачественную форму, а вот её разновидность – листовидная фиброаденома – всегда. Фиброаденому можно диагностировать с помощью маммографии и УЗИ, лечение всегда хирургическое; **Внутрипротоковая папиллома** – разновижность узловой мастопатии, доброкачественная опухоль протоков молочной железы. Среди причин возникновения называют нарушение гормонального обмена, может появиться в любом возрасте, характеризуется неприятными и иногда даже болевыми ощущениями в груди (при сдавливании), а так же прозрачными, коричнево-зелёными и кровянистыми выделениями из соска, которые оставляют след на белье. Внутрипротоковая папиллома может быть одиночной, но иногда встречаются и множественные папилломы. Диагностировать внутрипротоковую папиллому помогает дуктография – рентгенография молочной железы с введением контрастного вещества в молочные протоки. Лечение папилломы только оперативное; **Киста молочной железы** – доброкачественная опухоль груди, наполненная жидким компонентом, - довольно распространённое заболевание. Кисты молочных желёз развиваются при нарушении оттока секрета молочной железы, образуется полость, в которой скапливается жидкость. Симптомов эти образования дают очень мало, диагностировать их можно только с помощью довольно большого количества исследований. В зависимости от размера кисты назначается лечение;

			Липома – доброкачественная опухоль, редко возникает в молочной железе, состоит из жировой ткани, растёт медленно. Ни болевых ощущений, ни каких-либо других симптомов она не даёт, может причинять неудобство. Крайне редко, но всё же случалось, что липома молочной железы переходила в саркому. Липома может быть множественной, вызывать физические или косметические недостатки: в этом случае её удаляют хирургически. К сожалению, в последнее время врачам все чаще приходится встречаться и с самой опасной и тяжелой из заболеваний молочных желез – **раком молочной железы**, когда клетки ее изменяются и начинают бурно размножаться, приводя к образованию опухоли. Этот процесс также обычно наблюдается на фоне гормональных изменений, в частности, повышения уровня эстрогенов в организме, вследствие увеличенной их выработки собственными железами или большим поступлением извне. Проявляется рак молочной железы примерно так же, как и мастопатия, поэтому то и необходимо тщательное обследование при выявлении заболеваний молочной железы. У женщины могут наблюдаться узловые уплотнения, иногда довольно твердые и большие, приводящие к изменению формы молочной железы. Часто изменяется и кожа над опухолью – она утолщается или сморщивается, втягивается и изменяет свой цвет, вплоть до образования язвы на коже. Бывают и кровянистые или желтоватые выделения из соска, сам сосок может увеличиваться или втягиваться. Надо отметить, что процент полного излечения тем выше, чем раньше выявлена эта болезнь груди – избавляются от нее свыше 95% женщин при начальных изменениях в молочных железах. Это происходит и благодаря высокой эффективности и грамотному сочетанию различных методов лечения рака груди.
23.	ОК-1 ОПК – 5 ОПК-8 ПК-5 ПК-6	Занятия в поликлинике Работа в перевязочной. ЦЕЛЬ - иметь представление о принципах работы перевязочного кабинета, понятия чистые и	Занятия проводятся в хирургическом кабинете поликлиники РКБ. Знакомство студентов с организацией работы, характером работы (гнойные, чистые). Студенты под руководством преподавателя самостоятельно делают

	ПК-8 ПК-10 ПК-11 ПК-13 ПК – 20 ПК-21 ПК-22	грязные перевязки. *Знать* технику наложения различных видов повязок. *Уметь* перевязать послеоперационного больного, а так же наложить все виды повязок, в том числе транспортной иммобилизации.	перевязки хирургическим больным. Проводится разбор больного. Обращается внимание на важность строгого соблюдения правил асептики и антисептики, технике и наложения повязок, снятия швов, методики обезболивания.
24.	ОК-1 ОПК – 5 ОПК-8 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11 ПК-13 ПК – 20 ПК-21 ПК-22	Занятия в поликлинике ЦЕЛЬ - иметь представление о принципах работы хирургического кабинета в поликлиники и его оснащения, видах оказываемой помощи, *Знать* какие виды услуг оказывает хирург в амбулаторных условиях, как определить степень и примерные сроки нетрудоспособности; *Уметь* определить степень и примерные сроки нетрудоспособности при основных хирургических заболеваниях.	Занятия проводятся в хирургическом кабинете поликлиники РКБ. Знакомство со структурой, организацией работы и оборудованием хирургического кабинета в поликлинике РКБ. Обучение студентов практическим навыкам приема и обследования амбулаторных больных, диагностика, лечение.

4.2- Разделы учебной дисциплины (модуля), виды учебной деятельности и формы контроля

п/№	**№ семестра**	**Наименование раздела учебной дисциплины (модуля)**	**Виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу студентов (в часах)**				**Формы текущего контроля успеваемости (*по неделям семестра)***
			Л	**ПЗ**	**СРС**	**всего**	
1	2	3	4	5	6	7	8
1	XI-XII	**Модульная единица. Предмет и задачи КГХ в системе подготовки врача. Краткая история хирургии РФ и РД, история кафедры .**	2		3	5	

1.1		**Модульная единица.** ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ		5	1	6	ситуационные задачи
2 2.1		**Модульная единица.** Врожденные пороки сердца	2	5	1	8	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи
2.2		**Модульная единица.** Приобретенные пороки сердца	2	5	1	8	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи
2.3		**Модульная единица.** Трансплантация органов	2		1	3	
2.4		**Модульная единица.** Заболевание аорты и ее ветвей (тромбозы, эмболии, атеросклероз, эндартерит), заболевание артерий н/конечности	4	10	2	16	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи
2.5		**Модульная единица.** ИБС. Аневризмы. Перикардит. Нарушение ритма сердца.	2	5	1	8	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи
2.6		**Модульная единица.** Заболевание вен (варикоз, ПТФС, ТЭЛА) **.**	2	5	1	8	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи
3 3.1	XI-XII	**Модульная единица.** Острый живот. Аппендицит у беременных, детей, лиц пожилого возраста.	2	5	2	9	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи

3.2		**Модульная единица.** Грыжи (ошибки, опасности, осложнения)	2	5	2	9	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи
3.3		**Модульная единица.** Острая кишечная непроходимость	2	5	2	9	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи
3.4		**Модульная единица.** Рак желудка. Болезни оперированного желудка	4	5	2	11	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи
3.5		**Модульная единица.** Перитонит (гнойный, туберкулезный, гинекологический)	2	5	2	9	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи
3.6		**Модульная единица.** Острый холецистит, ПХЭС, эндоскопическая хирургия.	2	5	2	9	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи
3.7		**Модульная единица.** Заболевания поджелудочной железы (острый панкреатит, опухоли, кисты и др.)	2	10	2	14	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи
3.8		**Модульная единица.** Болезни печени (эхонококкоз, рак). Портальная гипертензия	2	5	2	9	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи

3.9 - 3.10		**Модульная единица.** Заболевания ободочной и прямой кишки (язв.колит, дивертикуля, опухоли, свищи, гемморой, рак, парапроктиты, свищи)	2	10	2	14	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи
3.11		**Модульная единица.** Доброкачественные заболевания пищевода	2	5	2	9	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи
3.12		**Модульная единица.** Язвенная болезнь 12-перстной кишки.	2	5	1	8	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи
4.1		**Модульная единица.** Заболевания легких. Нагноительные заболевания легких, легочные кровотечения.	4	10	2	16	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи
4.2		**Модульная единица.** Болезни средостения	2	5	1	8	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи
5.1		**Модульная единица.** Заболевания щитовидной железы.	2	5	1	8	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи
5.2		**Модульная единица.** Заболевания молочной железы	2	5	2	9	Текущий тестовый контроль, ситуационные задачи
		ИТОГО:	52	145	127	324	

4.3 Название тем лекций и количество часов по семестрам изучения учебной дисциплины (модуля)

п/№	**Название тем лекций учебной дисциплины (модуля)**	**Семестр**
		VII
1	2	3

1.	Предмет и задачи госпитальной хирургии в системе подготовки врача. Краткая история хирургии России и Дагестана. История каф-ры.	2
2.	Врожденные пороки сердца.	2
3.	Приобретенные пороки сердца.	2
4.	Трансплантация органов. Микрохирургия.	2
5.	Заболевания аорты и его ветвей	2
6.	Грыжи живота (ошибки, осложнения).	2
7.	Доброкачественные заболевания пищевода.	2
8.	Нагноительные заболевания легких.	2
9.	Легочные кровотечения	2
10.	Болезни средостения	2
11.	Заболевания поджелудочной железы	2
12.	Рак пищевода, рак желудка	2
13.	Острый живот. Аппендицит.	2
14.	Болезни печени. Портальная гипертензия	2
15.	Перитонит.	2
16.	Холецистит. ПХЭС. Эндоскопическая хирургия	2
17.	Острая кишечная непроходимость	2
18.	Язвен. б-нь жел-ка и 12-п. кишки.	2
19.	Заболевания артерий нижних конечностей	2
20.	Заболевания ободочной и прямой кишки	2
21.	Заболевания молочной железы.	2
22.	БОЖ, реконструктивные операции	2
23.	ИБС. Аневризмы. Перикардит. Нарушение ритма сердца.	2
24.	Заболевания вен нижних конечностей. ТЭЛА	2
25.	Заболевания Щитовидной железы	2
	Итого	52

4.4. Название тем практических занятий и количество часов по семестрам изучения учебной дисциплины (модуля)

п/№	**Название тем практических занятий базовой части дисциплины по ФГОС и формы контроля**	**Объем по семестрам**

1	2	3
1.	Острый живот. Аппендицит у беременных, детей, лиц пожилого и старческого возраста.	5
2.	Острый холецистит, постхолецистэктомический синдром.	5
3.	Кишечная непроходимость	5
4.	Перитониты (гнойный, туберкулезный, гинекологический).	10
5.	Рак желудка. Болезни оперированного желудка.	5
6.	Заболевания ободочной кишки (язв. колит, дивертикулы, опухоли, свищи).	10
7.	Болезни печени (эхинококкоз, рак). Портальная гипертензия.	5
8.	Заболевания поджелудочной железы (опухоли, кисты и т.д.)	5
9.	Грыжи (ошибки, опасности, осложнения)	5
10.	Заболевания артерий и вен (варикоз, ПТФС,ТЭЛА).	10
11.	Заболевания легких (абсцессы, опухоли, бронхоэктатич. болезнь).	5
12.	Заболевания пищевода.	5
13.	Заболевания щитовидной железы.	5
14.	Заболевания прямой кишки (геморрой, рак, парапроктиты, свищи)	5
15.	Заболевания поджелудочной железы (Острый панкреатит)	5
16.	Заболевания молочной железы.	5
17.	Основные принципы предоперац. подготовки и послеоперационного ведения больных.	5
18.	Врожденные пороки сердца.	5
19.	Приобретенные пороки сердца.	5
20.	Забол - я артерий (тромбозы, эмболии, атероскл, эндартериит, А-В-С).	5
21.	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Осложнения.	5
22.	**Занятие в поликлинике.**	5
23.	**Занятие в поликлинике.**	5
24.	**Занятие в поликлинике.**	5
25.	**Занятие в фантомном классе**	5
26.	**Итоговое занятие. Практическая часть государственного экзамена**	5
27.	Итого	145

4.5. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

Виды СРС[1]

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела учебной дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1.	IX-XI семестр	***1. Модуль.*** **Общие вопросы хирургии.** ***1.1. Модульная единица. Введение в специальность. История КГХ.*** ***Цели изучения:*** *ознакомить студентов с историей, основными достижениями и современными направлениями в хирургии.* ***Знать:*** *историю специальности и кафедры. Содержание, основные направления и достижения современной хирургии.* **Содержание обучения:** Госпитальная хирургия как область клинической дисциплины. История специальности. Вклад видных деятелей медицины в хирургии. История кафедры. Современные направления и прогрессивные технологии в хирургии.	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации.	**2** 1
2.		*1.2.* ***Модульная единица. Основные принципы предоперационной и послеоперационного ведения больных.*** ***Цель изучения*** ***Уметь:*** *1.проводить первичны осмотр больных хирургического профиля.* ***Знать:***	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий.	1

		1. общие принципы пред и послеоперационного ведения хирургических больных *2. знать особенности при предоперационной подготовке больных с различной хирургической патологией.* **Содержание обучения:** **Предоперационный период** – время от поступления больного в лечебное учреждение до начала операции. Весь предоперационный период условно делят на два этапа: диагностический и подготовительный, во время которых решают основные задачи предоперационной подготовки. Продолжительность его зависит от характера операции. Основные задачи предоперационного периода: установление точного хирургического диагноза – залог успешного оперативного лечения; решение вопроса о срочности операции и степени необходимости применения хирургического и степени необходимости применения хирургического метода лечения; знание абсолютных и относительных показаний в плановой и экстренной хирургии; необходимость оценки состояния основных систем организма; выявление противопоказаний к операции, их влияние на возможность проведения операции. Подготовительный этап предоперационного периода – важный этап хирургического лечения больного. Основная его цель – свести до минимума риск операции и возможность развития послеоперационных осложнений. Особое внимание уделить психологической подготовке больного, согласие больного на операцию, юридической основе проведения операционных вмешательств. Общие принципы непосредственной подготовки к операции, особенности при плановых и экстренных операциях. Важность определения степени риска операции и наркоза. Предоперационный эпикриз один из важнейших документов истории болезни. Подчеркнуть важность методически правильного написания предоперационного эпикриза. Главной задачей лечения больного в послеоперационном периоде является коррекция нарушений, вызванных операционной травмой и предупреждения послеоперационных осложнений. **Фазы**	**Виды учебной деятельности студента:** Отработка мануальных методов осмотра хирургических больных, выполнение заданий в тестовой форме	

		В послеоперационном периоде в организме больного происходят физиологические изменения, обычно разделяемые на три фазы: катаболическую, обратного развития и анаболическую. Катаболическая фаза длится 5-7 дней. Выраженность ее зависит от тяжести предоперационного состояния больного и травматичности выполняемого вмешательства. В организме усиливается катаболизм – быстрая доставка необходимых энергетических и пластических материалов. При этом отмечают активацию симпатоадреналовой системы, увеличивается поступление в кровь катехоламинов, глюкокортекоидов, альдостерона. Для катаболической фазы характерен повышенный распад белка. Фаза обратного развития. Продолжительность 3-5 дней. Снижается активность симпатоадреналовой системы, нормализуется белковый обмен, нарастает синтез гликогена и жиров. Анаболическая фаза характеризуется активным восстановлением функций, нарушенных в катаболической фазе. Активируется парасимпатическая нервная система, повышается активность соматотропного гормона и андрогенов, резко усиливается синтез белков и жиров, восстанавливаются запасы гликогена. Благодаря этому прогрессируют репаративные процессы, рост и развитие соединительной ткани. Завершению анаболической фазы соОтвечтствует полному восстановлению организма после операции. Обычно это происходит через 3-4 недели. В клинике послеоперационный период делят на три части: ранний - 3-5 суток поздний - 2-3 недели отдаленный - обычно от 3 недель до 2-3 месяцев Ранний послеоперационный период – время, когда на организм больного, прежде всего, оказывают влияние операционная травма, последствия наркоза. Ранний послеоперационный период может быть неосложненным и осложненным. При неосложненном течении послеоперационного периода реактивные изменения выражены умеренно и длятся 2-3 дня. Температура 37-37,5. Наблюдается торможение процессов ЦНС. Изменяется состав периферической крови: уменьшается лейкоцитоз, анемия и тромбоцитонемия, повышается вязкость крови. Основные задачи при неосложненном послеоперационном периоде: коррекция изменений в организме, контроль функционального состояния основных органов и систем; проведение мероприятий, направленных на профилактику возможных осложнений.		

		Развитию осложнений способствует три основных фактора: наличие послеоперационной раны вынужденное положение влияние операционной травмы и наркоза. Наиболее частыми и опасными осложнениями в раннем послеоперационном периоде бывают осложнения со стороны раны, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и мочевыделительной систем, а также развитие пролежней. **Текущий контроль:** Тестирование, собеседование по тестам, контроль выработки мануальных умений: пальпация, перкуссия и аускультация передней брюшной стенки, грудной клетки и тд.		
1.		*2.* **Модуль. Сердечно-сосудистые заболевания.** **2.1.** ***Модульная единица. Врожденные пороки сердца.*** ***Цель изучения*** ***Уметь****:* *1.проводить осмотр, перкуссию и аускультацию области проекции сердца.* *2. Выявить у больного признаки наличия врожденного порока сердца* ***Знать:*** *1. анатомию сердца, клапанного аппарата, коронарных артерий.* *2. физиологию сердца и клапанного аппарат.*	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий. **Виды учебной деятельности студента:** Отработка мануальных методов осмотра в виде перкуссии и аускультации области проекции сердца	**8** 1

		3. этиологию и патогенез возникновения врожденных пороков сердца **Содержание обучения:** Клиническая анатомия сердца, возрастные особенности, их значение в развитии заболеваний врожденных пороков сердца и их осложнений. Этиология врожденных пороков. Частота поражения клапанов сердца. Нарушение центральной гемодинамики вследствие врожденных пороков. Показания к операции при врожденных пороках сердца **Текущий контроль:** Тестирование, собеседование по тестам, контроль выработки мануальных умений: перкуссия и аускультация области проекции сердца		
2.		*2.2.* ***Модульная единица. Приобретенные пороки сердца.*** ***Цель изучения*** ***Уметь:*** *1.проводить осмотр, перкуссию и аускультацию области проекции сердца.* *2. Выявить у больного признаки наличия врожденного порока сердца* ***Знать:*** *1. анатомию сердца, клапанного аппарата, коронарных артерий.* *2. физиологию сердца и клапанного аппарат.*	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий. **Виды учебной деятельности студента:** Отработка мануальных методов осмотра перкуссии и аускультации	1

		3. этиологию и патогенез возникновения врожденных пороков сердца **Содержание обучения:** Этиология приобретенных пороков (ревматизм). Частота поражения клапанов сердца — 1 месте — митральный клапан. Патоморфологии митрального порока (стеноза). Нарушение центральной гемодинамики вследствие сужения митрального отверстия. I и II барьеры кровотока. Компенсаторные функции и структуры. Течение митрального стеноза, патоморфологические формы митрального порока. Клинические стадии митрального стеноза. Показания к операции при МС. Типы операций, виды хирургического лечения. I. Закрытая митральная комиссуротомия а) пальцевая, б) инструментальная II. Открытая пластика митрального клапана. АИК. а) реконструкция, б) протезирование Протезы клапанов: механические, биологические. Осложнения протезирования клапанов. III. Эндоваскулярная хирургия пороков сердца. **Текущий контроль:** Тестирование, собеседование по тестам, контроль выработки мануальных умений: перкуссия и аускультация области проекции сердца	области проекции сердца	
3.		**2.3 *.Модульная единица. Трансплантация органов.*** ***Цель изучения*** ***Уметь:*** *1.Ставить предварительный диагнози проводить лечебные мероприятия с последующим направлением к врачу-специалисту при подготовке к трансплантации органов*	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий.	1

		2. Владеть алгоритмом постановки клинического и эпидемиологического диагноза, назначения лечения и профилактических мероприятий, проводить лечебные и профилактические мероприятия лицам любого возраста при подготовке к трансплантации органа **Знать:** принципы очередности, сроков и подготовки больных готовящихся к трансплантации органов. **Содержание обучения:** **Трансплантация** — в медицине пересадка какого-либо органа или ткани, например, почки, сердца, печени, лёгкого, костного мозга, стволовых гемопоэтических клеток, волос. Различают следующие виды трансплантации: аутотрансплантация, или аутологичная трансплантация — реципиент трансплантата является его донором для самого себя. Например, аутотрансплантация кожи с неповреждённых участков на обожжённые широко применяется при тяжёлых ожогах. Аутотрансплантация костного мозга или гемопоэтических стволовых клеток после высокодозной противоопухолевой химиотерапии широко применяется при лейкозах, лимфомах и химиочувствительных злокачественных опухолях. изогенная трансплантация — донором трансплантата является полностью генетически и иммунологически идент ичный реципиенту однояйцевый близнец реципиента. аллотрансплантация, или гомотрансплантация — донором трансплантата является генетически и иммунологически отличающийся человеческий организм. ксенотрансплантация, или межвидовая трансплантация — трансплантация органов от животного другого биологического вида. В начале XXI века трансплантации часто имеют положительный результат, при условии применения современных иммунодепрессивных средств, особенноциклоспорина и глюкокортикоидов, и пересадкам органов от совместимых доноров	**Виды учебной деятельности студента:** решение ситуационных задач, выполнение заданий в тестовой форме.	

		Пересадка почки При пересадке почки примерно у 75% пациентов с необратимой утратой почечной функции наблюдается кратковременный положительный результат. Пересадка печени В течение 1 года трансплантаты печени успешно функционируют в 70–80% случаев Пересадка сердца Годичное выживание трансплантатов составляет 70–85% случаев Пересадка легких Успешное функционирование трансплантата в течение года отмечается у 70% реципиентов Пересадка поджелудочной железы Число успешных пересадок поджелудочной железы достигает 70–80% случаев **Текущий контроль:** Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач.		
4.		***2.4 Модульная единица. ИБС кардиохирургия, постинфарктные аневризмы аритмии. Перикардит*** ***Цель изучения*** ***Уметь:*** на основании клинических симптомов поставить предварительный диагноз ИБС, аневризмы, аритмий и перикардита. ***Знать:*** *1. анатомию сердца, клапанного аппарата, коронарных артерий, аорты и ее ветвей..* *2. физиологию сердца и клапанного аппарата, аорты и ее ветвей.*	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий. **Виды учебной деятельности студента:** Отработка мануальных умений: провести осмотр, перкуссию и аускультацию области проекции	1

		3. клинические симптомы, стадии ИБС, аневризм, перикардитов и аритмий, исходы и лечебную тактику. *4. особенности течения перикардита при инфекционных заболеваниях, в пожилом и старческом возрастах.* *5. клинические формы аритмий, симптомы и лечение; показания к операции;* **Содержание обучения:** Кардиохирургия, хирургические болезни сердца. Этапы развития кардиохирургии. Брюхоненко, Демихов, Кристиан Бернард. Диагностические технологии: зондирование полостей сердца, коронарография, сцентиграфия. Технологии временной остановки сердца: гипотермия — гибернация. гипербарическая оксигенация, искусственное кровообращение (АИК). Хирургические формы ИБС. Аорто-коронарное шунтирование — аутовенозное, артериальное. Маммарно-коронарное шунтирование. АКШ на работающем сердце. Баллонная ангиопластика коронарных артерий. Стентирование. Трансмиокардиальная лазерная реваскуляризация. Трансплантация стволовых клеток. Постинфарктная аневризма сердца. Диагностика, показания к операции. Операция — геометрическая резекция левого желудочка. АКШ. Аритмии сердца (кардиосклероз). Формы аритмий, доступных хирургической коррекции. Электрокардиостимуляторы, трансторенальная, трансвенозная имплантация. РИА — навигационное выявление и радиочастотное воздействие на очаг аритмии. Операция «лабиринт». ИКВД — имплантируемый кардио-вертер дефибриллятор.	сердца, аорты и ее ветвей.	

		Текущий контроль: Тестирование, собеседование по тестам, решение ситуационных задач.		
5.		*2.5.* ***Модульная единица. Заболевания аорты и ее ветвей, облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей(тромбозы, эмболии, атеросклероз, эндоартерит)*** ***Цель изучения*** ***Уметь:*** 1. *проводить наружный осмотр и пальпацию нижней конечности.* *2. на основании клинических симптомов поставить диагноз заболеваний аорты и ее ветвей (тромбозы, эмболии, атеросклероз, эндоартерит)* **Знать:** клинические симптомы, формы аорты и ее ветвей (тромбозы, эмболии, атеросклероз, эндоартерит), возможность развития осложнений, показания к консервативному и хирургическому лечению; **Содержание обучения:** Актуальность проблемы (облитерирующих заболеваний артерий н/конечностей): общий рост заболеваний сердечно-сосудистой системы обуславливает увеличение облитерирующих заболеваний, особенно облитерирующего атеросклероза. Нередким исходом является гангрена конечности с последующей ампутацией, в связи с чем высокая инвалидизация и летальность. 1.Унифицированная классификация облитерирующих заболеваний по В.Б.	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий. **Виды учебной деятельности студента:** Отработка мануальных методов, выполнение заданий в тестовой форме	2

		Гервазиеву (1975 г., 1999г.г.): по степени тяжести артериальной ишемии (I, II, III, IV степени); по уровню непроходимости магистрального ствола (0, 1, 2, 3, 4, 5). 2.Методы диагностики: определение пульсации артерий, реовазогряфия, дуплексное сканирование, УЗИ, ангиография. 3.Хирургическая тактика: проксимальные уровни окклюзии (2-5) — реконструктивные операции на артериях, аорте; дистальные окклюзии — артериальные инфузии, симпатзктомии, непрямые методы реваскуляризации (венозная артериализация, остеоперфорации и др.). 4.Методы лечения: консервативное лечение (спазмолитики, дезагреганты, антикоагулянты, физиолечение, ГБО); артериальные инфузии (аортальная, катетеризация нижней надчревной артерии); симпатэктомии (поясничная, грудная, периартериальная); реконструктивные восстановительные операции (эндартерэктомия, шунтирование); протезирование, баллонопластика, стентирование. В предоперационном периоде — улучшение реологии крови, функции жизненно важных органов. 5.Основные осложнения: тромбоз артерии или шунта, кровотечение из артерии, анастомоза, гепариновое кровотечение, ДВС — синдром, нагноение раны или шунта: в послеоперационном периоде — профилактика нагноения протеза, улучшение реологии (антибиотики, дезагреганты, антикоагулянты); диспансеризация и реабилитация. В первичных ЛПУ больные находятся под диспансерным наблюдениям у хирурга, с проведением профилактических и реабилитационных мероприятий по установленной схеме. **Текущий контроль:** Тестирование, собеседование по тестам, контроль выработки мануальных умений:осмотр, пальпация нижней конечности, решение ситуационных задач.		

6.		**2.6.** ***Модульная единица. Заболевания вен (варикоз, ПТФС, ТЭЛА)*** ***Цели изучения*** **Уметь:** на основании клинических симптомов своевременно предположить возникновение ТЭЛА и ПТФС осложнения и в срочном порядке направить больного в специализированное учреждение. ***Знать:*** клинические симптомы и возможность развития осложнений, показания к консервативному и хирургическому лечению; основные клинические проявления ТЭЛА, ПТФС, принципы их лечения и профилактики; **Содержание обучения:** Актуальность проблемы. Хроническая венозная недостаточность является широко распространенным патологическим состоянием. Встречается у 30-40% общей популяции населения индустриально развитых стран. Этиология. Вызывают 3 причины — варикозная болезнь, посттромбофлебитический синдром, врожденные флебодисплазии. Актуальность проблемы ТЭЛА — частота, осложнения, летальность. Классификация острого флеботромбоза (разработана в клинике): по уровню тромботической окклюзии — 5 уровней окклюзии; по протяженности ФТ — односегментарный, двухсегментарный, трехсегментарный и т.д. По степени острой венозной недостаточности (4степени). Классификация ТЭЛА по объему перфузионного дефицита: массивная (>55%), субмассивная (45-55%), сегментарная (<45%>).	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий. **Виды учебной деятельности студента:** Отработка метода, выполнение заданий в тестовой форме Курация больных,решение ситуационных задач.	1

		Этиология, патогенез (триада Вирхова, фактора риска — приобретенные и врожденные — тромбофилии). Методы диагностики ФТ: клинические признаки обструкции вен; инструментальные методы: окклюзионная плетизмография, дуплексное сканирование, флебография, радиоизотопная флебосцинтиграфия; лабораторные: выявление тромбофилии. Лечение ФТ: комплексная антитромботическая терапия: первичная и вторичная профилактика ТЭЛА; защищенная интратромбальная тромболитическая терапия; защищенная оперативная тромбэтомия. При ТЭЛА: клинические признаки острого легочного сердца; обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография, эхоскопия сердца; перфузионное сканирование легких, ангиопульмонография. Лечение ТЭЛА: хирургическая профилактика рецидива ТЭЛА; антитромботическая терапия; тромболитическая терапия; хирургическая эмболэктомия. Осложнения и исходы ФТ и ТЭЛА: тромбоэмболия легочных артерий; венозная гангрена (синий болевой флебит Грегуара); посттромбофлебитический синдром; постэмболический легочный гипертензионный синдром. Реабилитация и диспансеризация больных. Трудоустройство больных (исключение труда связанного с длительным пребыванием на ногах и подъемом тяжестей). Ношение эластических бинтов, 2 раза в год наблюдение и лечение по рекомендации ангиохирурга у хирурга и кардиолога по месту жительства. **Текущий контроль:** Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль составления учебной истории болезни.		
1.		**3. Модуль. Заболевания ЖКТ.** **3.1** ***Модульная единица. Острый аппендицит. Многообразие клинических форм острого аппендицита. Диагностический***	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных	**<u>21</u>** 2

		АЛГОРИТМ. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ, ПОЖИЛЫХ, БЕРЕМЕННЫХ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ***Цели изучения:*** ***Уметь****:* *На основании анамнеза и клинических проявлений поставить предварительный диагноз острого аппендицита направить больного для лечения к специалисту – хирургу.* ***Знать:*** *симптоматику, топическую диагностику, принципы клинической диагностики и лечения острого* **Содержание обучения:**	источников информации, выполнение тестовых заданий. **Виды учебной деятельности студента:** Курация больных, решение профессиональных задач, выполнение заданий в тестовой форме	

		1. Классификация аппендицита. 2. Клиника и диагностика острого аппендицита. 3. Особенности течения атипичных форм острого аппендицита в зависимости от локализации отростка: а) забрюшинная локализация; б) ретроцекальное (внутрибрюшинное, интрамурапьное, ретроперитонеальное), низкое, высокое и срединное расположение; в) редкое расположение отростка: в грыжевом мешке, запирательном отверстии, при подвижной слепой кишке. 4. Особенности течения острого аппендицита у стариков и у женщин в различные сроки беременности. 5. Дифференциальная диагностика. 6. Осложнения острого аппендицита и тактика хирурга: а) аппендикупярный инфильтрат; 6) периаппендикулярный абсцесс; в) абсцессы брюшной полости (тазовый, поддиафрагмальный, межкишечный); г) перитонит; д) эабрюшинная флегмона; е) пилефлебит; ж) сепсис. 7. Показания к операции. Выбор оперативного доступа. 8. Обезболивание при аппендэктомии. 9. Техника удаления червеобразного отростка, 10. Осложнения при удалении червеобразного отростка, предупреждение их и лечение. 11. Ушивание операционной раны. Показания к тампонаде и дренированию брюшной полости. 12. Рациональная антибиотикотерапия в лечении аппендицита и гнойных осложнений. 13. Доступы, применяемые при вскрытии гнойников. 14. Тактика хирурга при неясных формах аппендицита. 15. Показания к лапаротомии и широкой ревизии органов брюшной полости. 16. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. 17. Ведение послеоперационного периода. 18. Послеоперационные осложнения. **Текущий** **контроль:**		

		Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль выработки мануальных умений, контроль составления учебной истории болезни.		
2.		***3.2. Модульная единица. Осложнения грыж. Хирургическая тактика при ущемленных грыжах. Принципы операции при различных локализациях ущемлений. Особенности операции при больших вентральных грыжах, флегмонах грыжевого мешка. Реабилитация.*** ***Цели изучения*** ***Уметь:*** На основании анамнеза и клинических проявлений поставить предварительный грыжа, направить больного для обследования и лечения к специалисту-хирургу. ***Знать:*** симптоматику, топическую диагностику, принципы клинической диагностики и лечения грыж. **Содержание обучения:** 9. Классификация наружных грыж живота в зависимости от локализации грыжевых ворот (паховые, бедренные, пупочные, белой линии и спигелевой линии, мечевидного отростка, поясничные, запирательные, промежностные, седалищные, травматические, послеоперационные). 10. Классификация осложнений грыж живота. 11. Тактика хирурга при сочетании пахово-мошоночной грыжи и крипторхизма,	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий. **Виды учебной деятельности студента:** Выполнение заданий в тестовой форме, курация больных,решение ситуационных задач	2

		водянки яичка (или семенного канатика) и грыжи, варикоцеле. Скользящая грыжа. 12. Дифференциальная диагностика ущемленных грыж. 13. Особенности диагностики: а) пристеночного ущемления; б) с ретроградным ущемлением; в) с ущемлением сальника, дивертикула Меккеля, червеобразного отростка, мочевого пузыря, придатков матки, жировых подвесков. 6. Тактика при приеме больных с ущемлением грыжи в приемном покое. 7. Тактика хирурга при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи. 8. Особенности хирургической тактики при операциях по поводу ущемленных грыж. 9. Критерии оценки жизнеспособности ущемленного органа (органолептические и объективные). 10. Особенности хирургической тактики при сомнительной жизнеспособности или некрозе органов, ущемленных в грыжевом мешке. 11. Показания к лапаротомии и ревизии органов брюшной полости. 12. Особенности методики хирургического лечения при флегмоне грыжевого мешка. 13. Особенности операции при больших и гигантских ущемленных вентральных грыжах. 14. Другие осложнения грыж: разрыв полых органов в грыжевом мешке, воспаление их, дерматит, малигнизация содержимого грыж и стенок грыжевого мешка, грыжевая рецидивная болезнь **Текущий контроль:** Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль составления учебной истории болезни.		
3.		**3.3** ***Модульная единица. Кишечная непроходимость. Хирургическая тактика при странгуляционной, обтурационной, смешанной, формах. Кишечная непроходимость ракового генеза. Послеоперационная***	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных	2

		КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ. ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ **Цели изучения** ***Уметь:*** На основании анамнеза и клинических проявлений поставить предварительный диагноз и при необходимости направить больного на консультацию к специалисту-хирургу ***Знать:*** *симптоматику, топическую диагностику, принципы клинической диагностики и лечения кишечной непроходимости.* **Содержание обучения:** 8. Классификация кишечной непроходимости. 9. Патофизиологические изменения, происходящие в организме больного. 10. Общие клинические симптомы острой кишечной непроходимости. 11. Непосредственное обследование больных с кишечной непроходимостью: использование дополнительных методов	источников информации, выполнение тестовых заданий. **Виды учебной деятельности студента:** Курация больных,решение ситуационных задач, выполнение заданий в тестовой форме	

		обследования (рентгенологический метод обследования и др.). 12. Дифференциальная диагностика динамической и механической непроходимости. 13. Особенности печения динамической кишечной непроходимости. 14. Особенности клинического течения и диагностики различных видов механической непроходимости: а) заворот тонкой, слепой и сигмовидной кишки; б) узкообразование; в) спаечная непроходимость; г) инвагинация кишки; д) глистная инвазия и копростаз; е) опухоли толстой кишки; 8. Тактика хирурга при острой механической непроходимости кишечника: а) консервативные способы печения; б) показания к операции. 10. Предоперационная подготовка больных в зависимости от формы непроходимости и возраста больного: основы коррекции биохимических изменений. 13. Оперативные доступы при различных формах и локализации - кишечной непроходимости. 14. Особенности хирургической тактики при оценке объема операционного вмешательства у пожилых и тяжелых больных и в условиях перитонита. 15. Выбор метода операции: а) рассечение спаек и тяжей; б) показания к наложению обходных анастомозов; в) показания к резекции кишечника; г) показания к наложению кишечных свищей. 13. Техника оперативного вмешательства при: а) непроходимости, вызванной Меккелевым дивертикулом; б) завороте кишечника; в) ущемленной грыже; г) при раке тонкой и толстой кишки; д) инвагинации; е) абтурации желчными и каловыми камнями; ж) воспалительными «опухолями»; з) дивертикулами и др. 14. Особенности ведения послеоперационного периода: а) коррекция нарушений водно-слоевого и белкового баланса крови;		

		б) борьба с интоксикацией и послеоперационным парезом кишечника; в) профилактика послеоперационных осложнений. 15. Врачебно-трудовая экспертиза. 16. Результаты лечения острой кишечной непроходимости. **Текущий контроль:** Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль составления учебной истории болезни		
4.		**3.4** ***Модульная единица. Болезни оперированного желудка. Пострезекционные синдромы: демпинг-синдром, пептическая язва, желудочно-тонко-толстокишечный свищ, синдром приводящей петли, рефлюкс-гастрит. Рак желудка*** ***Цель изучения*** ***Уметь:*** На основании анамнеза и клинических проявлений поставить предварительный диагноз и при необходимости направить больного на консультацию к специалисту-хирургу, гастроэнтерологу и онкологу. ***Знать:*** *симптоматику, топическую диагностику, принципы клинической диагностики и лечения БОЖ, пострезекционных симптомов.* **Содержание обучения:** 1. Классификация: группа функциональных расстройств, группа	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий, решение ситуационных задач. **Виды учебной деятельности студента:** Курация больных, решение ситуационных задач, выполнение заданий в тестовой форме	2

		органических расстройств, сочетание органических и функциональных расстройств: – демпинг синдром, – гипоклигемический синдром – синдром приводящей петли – синдром малого желудка – пептическая язва – желудочно-ободочные свищи – рак культи резецированного желудка – синдром приводящей петли 2. Клиника, диагностика пострезекционных синдромов. 3. Показания к оперативному лечению. 4. Методы хирургического лечения. 5. Ошибки, опасности и осложнения при проведении повторных операций на желудке. Послеоперационный период, профилактика, осложнения. Реабилитация, экспертиза трудоспособности, диспансеризация. **Текущий контроль:** Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль составления учебной истории болезни.		
5.		**3.5** ***Модульная единица. Перитониты (подпеченочный, поддиафрагмальный абсцесс, абсцесс дугласова пространства, межкишечные абсцессы). Причины возникновения. Клиника. Диагностика. Лечение.*** ***Цель изучения*** ***Уметь:*** 1. Ставить предварительный диагнози проводить лечебные мероприятия в объёме первой врачебной помощи с последующим направлением к врачу-специалисту при признаках перитонита. ***Знать:*** симптоматику, топическую диагностику, принципы клинической диагностики и лечения	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий, решение ситуационных задач. **Виды учебной деятельности студента:** Курация больных, решение	2

		перитонитов различного генеза и распространенности. **Содержание обучения:** 1. Определение. 2. Классификация. 3. Клиника, течение и диагностика местных перитонитов в зависимости а) этиологии, б) распространенности процессов, в) причин возникновения, г) фазы заболевания. 4. Методы ранней диагностики перитонита: а) объективное исследование, б) исследование крови, в) рентгенологическое исследование органов брюшной полости, г) УЗИ брюшной полости, д) лапароскопия, е) диагностическая лапаротомия. 5. Дифференциальная диагностика. 6.Особенности течения и трудности диагностики криптогенных, желчных и хирургических (послеоперационных) абсцессов. 7.Подготовка больных к неотложным операциям в зависимости от общего состояния. 8.Принципы хирургического лечения абсцессов брюшной полости: а) периаппендикулярного; б) подпеченочного; в) поддиафрагмального (доступы Клермона, Окснера, Мельникова); г) тазового (доступы: трансректальный, трансвагинальный, трансабдоминальный); д) межкишечного; е) внепеченочного. 9. Пункции и дренирование абсцессов брюшной полости под контролем УЗИ. Преимущества и недостатки. **Текущий контроль:** Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль составления учебной истории болезни	ситуационных задач, выполнение заданий в тестовой форме	
6.		**3.6** ***Модульная единица. Острый холецистит. ПХЭС. Эндоскопическая***	**Внеаудиторная**	2

		хирургия. ***Цель изучения*** ***Уметь:*** Сформулировать диагноз острого холецистита в соответствии с его классификацией и выбрать метод лечения. ***Знать:*** достоверные местные признаки острого холецистита, его клинические формы, лечебную тактику при этом заболевании; **Содержание обучения:** Классификация острого холецистита, патогенез, клиника, достоверные местные признаки и симптомы по авторам. Компенсированная и декомпенсированная формы, примеры формулировки диагноза. Консервативные методы лечения острого холецистита, показания к хирургическому лечению. Возможные осложнения операций. Роль общегигиенических и санационных мероприятий в профилактике острого холецистита. ПХЭС. Определение понятия, причины. Ознакомление студентов с клиникой, ранней диагностикой, новыми методами обследования больных (КТ, МРТ). диагностика, дифференциальная диагностика, показания к операции, методы интраоперационной диагностики. Желчные свищи: клиника, лечение. Повторные операции на желчных путях при длинной культе пузырного протока, оставленных камнях в желчных протоках, рубцовых сужениях холедоха, при желчных свищах. **Текущий контроль:**	**самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий. **Виды учебной деятельности студента:** Курация больных, решение ситуационных задач, выполнение заданий в тестовой форме	

		Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль составления учебной истории болезни.		
7.		**3.7** ***Модульная единица. Заболевания поджелудочной железы (острый панкреатит, опухоли, кисты и т.д.)*** ***Цель изучения*** ***Уметь:*** 1.Ставить предварительный диагнози проводить лечебные мероприятия в объёме первой врачебной помощи с последующим направлением к врачу-специалисту при заболеваниях поджелудочной железы ***Знать:*** *симптоматику, топическую диагностику, принципы клинической диагностики и лечения хронических и острых заболеваний поджелудочной железы.* **Содержание обучения:** Ознакомление студентов с анатомией и физиологией поджелудочной железы, методами исследования, общей симптоматикой заболеваний, классификацией воспалительных заболеваний поджелудочной железы. Классификация форм хронического панкреатита. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению, методы операций. Кисты и опухоли поджелудочной железы. Определение (ограниченные капсулой, скопления жидкости в паренхиме или окружающих тканях) Классификация (врожденные, приобретенные), клиника, дифференциальная диагностика, радикальные и паллиативные операции.	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий. **Виды учебной деятельности студента:** Курация больных, решение ситуационных задач, выполнение заданий в тестовой форме	2

		Рак поджелудочной железы. Патанатомия, клиника, диагностика. Радикальные и паллиативные операции. Результаты лечения и поиски путей их улучшения. Панкреатические свищи. **Текущий контроль:** Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль составления учебной истории болезни.		
8.		**3.8** ***Модульная единица. Болезни печени (эхинококкоз, рак). Портальная гипертензия.*** ***Цель изучения*** **Уметь**: Поставить правильный диагноз в соответствии МКБ, назначить соответствующее лечение и направить больного для оказания помощи в специализированное учреждение ***Знать:*** *симптоматику, топическую диагностику, принципы клинической диагностики и лечения заболеваний печени, портальной гипертензии.*. **Содержание обучения:** Опухоли печени: классификация, клиника, диагностика. Современные методы исследования больных с опухолями печени. Показания к радикальным и паллиативным оперативным вмешательствам. Абсцессы печени: классификация (пиогенный абсцесс, амебный абсцесс), цирроз печени: клиника, диаг-ностика, лечение. Повреждения селезенки. Эхинококкоз печени: цикл развития глиста и пути заражения человека, эпидемиология, клиника, диагностика, методы оперативного лечения, осложнения.	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий. **Виды учебной деятельности студента:** Курация больных, решение ситуационных задач, выполнение заданий в тестовой форме.	2

		Портальная гипертензия. Изучение портального кровообращения с помощью таблиц и схем. Определение понятия синдрома (симптомо-комплекса). Физиология, патогенез. этиология, классификация в зависимости от локализации, клиника (спленомегалия, варикозное расширение вен передней брюшной стенки – «голова медузы» асцит, (классические признаки, синдром Бадда-Киари и другие признаки). Специальные методы исследования. Осложнения. Лечение. Консервативное лечение кровотечений из вен пищевода и желудка. Хирургические методы операций, на-правленные на остановку кровотечения и на декомпрессию портальной системы, на усиление регенерации печени. Портокавальные анастомозы, органные анастомозы, спленэктомия. Операции, направленные на отведение асцитической жидкости. **Текущий контроль:** Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль составления учебной истории болезни.		
9.		**3.9** ***Модульная единица. Заболевания ободочной кишки (язвенный колит, дивертикулы, опухоли, свищи).*** ***Цель изучения*** ***Уметь:*** Заподозрить заболевания ободочной кишки; на основании жалоб, анамнеза, клинических проявлений, эндоскопических признаков, а также лабораторных, рентгенологических данных заподозрить заболевания ободочной кишки и направить больного для лечения в специализированное учреждение.	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий. **Виды учебной деятельности студента:** Курация больных, решение ситуационных задач,	1

		Знать: симптоматику, топическую диагностику, принципы клинической диагностики и лечения заболеваний ободочной кишки. **Содержание обучения:** **Основные клинические проявления заболеваний ободочной кишки** 1 Боли в животе - постоянные или схваткообразные с иррадиацией в поясничную область, редко - в надключичную область. Постоянные боли более характерны для воспалительного процесса, схваткообразные - при сужении просвета. 2 Выделения слизи и гноя - может отмечаться только при дефекации или носит постоянный характер. Примесь слизи и гноя к каловым массам обычно наблюдается при хр. и о. проктосигмоидите, неспецифическом язвенном колите, болезни Крона, ворсинчатых опухолях, раке сигмовидной кишки. 3 Кровотечение - явное или в виде примеси к испражнениям. Чем проксимальнее расположен источник кровотечения, тем однороднее примесь крови к каловым массам и тем темнее ее цвет. Профузные кровотечения редки и чаще при дивертикулезе, реже при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона. 4 Анемия - носит гипохромный характер, чаще при поражении опухолями правых отделов ободочной кишки 5 Запор - задержка стула от нескольких дней и недель как симптом функциональных, так и органических поражений. Если функциональный запор, то выделяют атонический и спастический запоры, которые протекают с менее или более выраженным болевым синдромом. При органических сужениях толстой кишки - запор предшествует боли и является одним из симптомов частичной кишечной непроходимости. 6 Непроходимость толстой кишки - симптом нарушения пассажа содержимого по толстой кишке. Формируется частичная или полная кишечная непроходимость 7 Вздутие живота - возможно при запоре, а также при врожденной или приобретенной ферментативной недостаточности,	выполнение заданий в тестовой форме	

		дисбактериозе 8 Понос - симптом ряда неинфекционных заболеваний толстой кишки (колиты, диффузный полипоз) 9 Тенезмы - частые ложные позывы к дефекации, изнуряющие больных, могут сопровождаться мацерацией перианальной кожи, трещинами, эрозиями. Это ответ на воспаление сенсорной зоны слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки Критерии синдрома раздраженного кишечника (А.Н.Окороков, 1999): - боль или дискомфорт в животе (боли уменьшаются после дефекации, сопровождаются изменениями частоты и консистенции стула) - изменение частоты стула (1 и более 3 раз в день или меньше 3 раз в неделю) - изменение формы стула - нарушение пассажа стула (напряжение, императивные позывы, ощущение неполного опорожнения кишечника) - выделение слизи - вздутие живота **Текущий контроль:** Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль составления учебной истории болезни.		
10.		**3.10** ***Модульная единица. Заболевания прямой кишки (геморрой, рак, парапрактиты, свищи)*** ***Цель изучения*** ***Уметь:*** Заподозрить опухоль прямой кишки;на основании жалоб, анамнеза, клинических проявлений, эндоскопических признаков, а также лабораторных, рентгенологических	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий.	1

		данных заподозрить опухоль прямой кишки и направить больного для лечения в специализированное учреждение. **Знать:** симптоматику, топическую диагностику, принципы клинической диагностики и лечения заболеваний прямой кишки. **Содержание обучения:** **Воспаление прямой кишки (проктит)** Воспаление может стать результатом действия различных факторов. Это могут быть пищевые и алкогольные интоксикации, следствие других заболеваний (дизентерии, геморроя, анальных трещин), травмы слизистой оболочки, переохлаждение и пр. Характеризуется острой болью, зудом, дискомфортом, диареей, воспалением не только области прямой кишки, но и промежности. Лечение проктита зависит от причины и результатов проведенной диагностики. Одними из ключевых моментов являются диета и амбулаторное наблюдение. **Трещины прямой кишки (фиссуры)** Микро разрывы слизистой прямой кишки характеризуются, прежде всего, острой болью, сильно влияющей на качество жизни человека. Данному заболеванию подвержены как взрослые, так и дети. Специалисты нашей клиники используют новейшие консервативные методы лечения болезней прямой кишки, что позволяет не обращаться к методам хирургического вмешательства! Поэтому и лечение трещин прямой кишки не доставит нашим пациентам лишнего неудобства. **Выпадение прямой кишки.** При ослаблении мышц таза происходит нарушение фиксации прямой кишки и как следствие этого ее выпадение. Причиной возникновения могут стать частые запоры, либо наоборот http://www.uropro.ru/pro/pro-diareja/диарея, травмы заднего прохода, механическое воздействие хирургического вмешательства. Симптомами кроме затруднений при дефекации могут быть боли различной интенсивности тянущего характера в тазовой области, запоры, каломазание, наличие выпадающего участка прямой кишки не только при дефекации, но и при ходьбе и кашля (на поздних стадиях развития болезни). Для диагностики необходимо пальцевое исследование прямой кишки и ректоскопия для исключения полипов как сопутствующего диагноза. Для лечения так же наиболее эффективно хирургическое вмешательство. **Хронический парапроктит (свищ прямой кишки)** Хронический парапроктит – это хроническое воспаление прямой кишки с наличием свищевого хода на ее стенках и наружного отверстия на коже промежности. Данное заболевание чаще всего является следствием	**Виды учебной деятельности студента:** Курация больных, решение ситуационных задач, выполнение заданий в тестовой форме	

		позднего обращения к **проктологу** с диагнозом острого парапроктита. Ведь зачастую ход болезни определяется как хронический и пациенты не страдают острыми ее проявлениями. Если же болезнь дает о себе знать, то беспокойство наблюдается по поводу выделений из наружного свищевого отверстия. Как бы то ни было, заболевание не стоит оставлять без диагностики, ведь запущенность его чревата злокачественной мутацией. **Полипы прямой кишки** Полипы – это доброкачественные новообразования. С трудом можно утверждать, что они способны нанести ощутимый вред здоровью. Но их наличие вовсе не исключает диспансерного наблюдения пациента и профилактических осмотров. Тем более, что своевременная диагностика полипов и при необходимости их удаление является предупреждением возникновения рака прямой кишки. **Рак прямой кишки** Самым неприятным моментом в диагностике данного заболевания является то, что зачастую она протекает бессимптомно. Выраженная симптоматика сопровождает заболевание только при достижении опухолью больших размеров. Помимо дискомфорта наблюдается кровотечение из прямой кишки, выделение гноя. Опытный специалист диагностирует заболевание уже при пальцевом осмотре, далее проводится ряд аппаратных исследований. Естественно, что основной метод лечения рака прямой кишки – хирургический. Это может быть либо удаление пораженного опухолью участка, либо удаление прямой кишки полностью вместе с задним проходом (экстирпация). **Полное проктологическое исследование** 1 Стандартное положение для исследования проктологического больного - литотомическое 2 Внешний осмотр 3 Пальцевое исследование прямой кишки 4 Исследование на ректальных зеркалах 5 Ректороманоскопия (предложена в 1897 году С.П.Федоровым) 6 Ирригоскопия 7 Фиброколоноскопия (ФКС) 8 Биопсия и цитология **Текущий контроль:** Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль составления учебной истории болезни.		
11.		**3.11** ***Модульная единица. Заболевания пищевода***	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:**	2

		Цель изучения ***Уметь:*** 1.Ставить предварительный диагноз и проводить лечебные мероприятия в объёме первой врачебной помощи с последующим направлением к врачу-специалисту при заболеваниях пищевода. 2.Владеть алгоритмом постановки клинического и эпидемиологического диагноза, назначения лечения и профилактических мероприятий, проводить лечебные и профилактические мероприятия лицам любого возраста при заболеваниях пищевода. ***Знать:*** *- симптоматику, топическую диагностику, принципы клинической диагностики и лечения заболеваний пищевода.* **Содержание обучения:** Грыжи пищевода, клиника, диагностика и лечение. Ожоги пищевода. Клиника, диагностика, лечение, осложнения и их профилактика. Лечение осложнений. Клиника состоит из 3-х периодов (острый, латентный и мнимого благополучия. Рубцовые сужения пищевода. Клиника, диагностика, методы лечения. Основные клинические симптомы сужения: регургитация и дисфагия. Преподаватель останавливает внимание на своевременное проведение бужирования. Лечение рубцовых сужений после химических ожогов одна из сложных проблем. Трудными являются операции создания ис-кусственного пищевода. Дивертикулы пищевода. Ахалазия пищевода. Классификация (пульсионный, тракционный), клиника, диагностика, консервативные и оперативные методы лечения. При разборе кардиоспазма обратить особое внимание на диагностику и методы оперативного лечения (бужирование, миотомия по Геллеру).	Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий. **Виды учебной деятельности студента:** Курация больных, решение ситуационных задач, выполнение заданий в тестовой форме	

		Текущий контроль: Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль составления учебной истории болезни.		
12.		**3.12** ***Модульная единица. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Осложнения.*** ***Цель изучения*** ***Уметь:*** 1.Ставить предварительный диагнози проводить лечебные мероприятия в объёме первой врачебной помощи с последующим направлением к врачу-специалисту при заболеваниях желудка и 12-перстной кишки. 2.Владеть алгоритмом постановки клинического и эпидемиологического диагноза, назначения лечения и профилактических мероприятий, проводить лечебные и профилактические мероприятия лицам любого возраста при заболеваниях желудка и 12-перстной кишки. ***Знать: -*** *симптоматику, топическую диагностику, принципы клинической диагностики и лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.* **Содержание обучения:** Морфологическим субстратом болезни является язва – глубокий дефект слизистой оболочки. Язвенная болезнь является распространенным во всем мире заболеванием, которым страдают в основном люди молодого и среднего возраста. Мужчины болеют в три раза чаще женщин. **Этиология и патогенез**. Существует много теорий возникновения язвенной болезни (инфекционная, сосудистая, механическая, нейротрофическая и т.п.). В настоящее время доминирует *пептическая* (от греч. pepsis - пищеварение) теория, согласно которой язва возникает как результат воздействия агрессивных	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий. **Виды учебной деятельности студента:** Курация больных, решение ситуационных задач, выполнение заданий в тестовой форме	1

		пептических факторов (соляная кислота, пепсин, желчь) на слизистую при одновременном ослаблении ее защитных свойств (слизисто-карбонатный барьер). Сегодня немаловажная роль в развитии язвенной болезни отводится желудочной бактерии – Helicobacter pylori и эндокринным опухолям (с-*м Золлингера-Эллисона)*. Причинами острых язв слизистой могут быть операции и травмы головного мозга, обширные ожоги, сердечно-сосудистые расстройства, некоторые лекарственные препараты (аспирин, индометацин, диклофенак и др.), злоупотребление алкоголем, стресс. Язвенная болезнь имеет циклическое течение, выражающееся в смене фаз обострения (открытой язвы) и ремиссии (рубца). Обострения обычно носят сезонный осенне-весенний характер. **Классификация**. По локализации различают язвенную болезнь желудка и язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки (дуоденальная язва). Бывают язвы острые и хронические. По размерам их делят на малые (до 0,5 см в диаметре), средние (0,5-1,0 см), большие (1,0-3,0 см) и гигантские (более 3,0 см). **Симптоматика.** Главным симптомом язвенной болезни является боль. Она возникает либо сразу после еды (желудочная язва), либо спустя 1,5-2 часа после приема пищи (дуоденальная язва). Для последней характерны также голодные и ночные боли. Кроме того, часто наблюдаются различные диспепсические расстройства – тошнота, рвота, изжога, отрыжка. **Осложнения** если во время не проведена хирургия желудка, возникает угроза жизни больного: 6. кровотечение, источником которого является кровеносный сосуд в краях или в дне язвы. Сопровождается черным дегтеобразным стулом, рвотой типа "кофейной гущи"; 7. перфорация (прободение) – образование сквозного дефекта в стенке органа; 8. пенетрация – "врастание" язвы в соседние органы; 9. стеноз – сужение выходного отделе желудка или двенадцатиперстной кишки, препятствующее продвижению пищи; 10. малигнизация - злокачественное перерождение, характерное для язв желудка. **Диагностика**. Рентгенография желудка, эзофагогастродуоденоскопия с биопсией, внутрижелудочная pH-метрия (реогастрография). **Лечение.** Острые язвы лечат *консервативно*, также в некоторых случаях показана **операция на язву желудка** (хирургия желудка). Любые неосложненные и впервые выявленные язвы также подлежат медикаментозному лечению. Хирургия желудка. Операция на язву желудка Осложненные желудочные и дуоденальные язвы, а также язвы неподдающиеся терапии в течение 2-3		

		мес. являются показанием к **операции на язву желудка** (хирургия желудка). При локализации язвы в желудке выполняют резекцию желудка в объеме 2/3, при язвах двенадцатиперстной кишки – селективную проксимальную ваготомию. Ваготомия - органосохраняющее вмешательство, суть которого состоит в пересечении желудочных веток блуждающего нерва, ответственных за кислотопродукцию. **Текущий контроль** Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль составления учебной истории болезни.		
1.		**4. Модуль. Заболевания легких и средостения.** **4.1** ***Модульная единица. Заболевания легких (абсцессы, опухоли, бронхоэктатическая болезнь)*** ***Цель изучения*** ***Уметь:*** 1.Ставить предварительный диагнози проводить лечебные мероприятия в объёме первой врачебной помощи с последующим направлением к врачу-специалисту при заболеваниях легких (абсцессы, опухоли, БЭБ) **Знать: -** симптоматику, топическую диагностику, принципы клинической диагностики и лечения заболеваний легкх **Содержание обучения:** **Бронхоэктатическая болезнь** – заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов, сопровождающимися функциональной неполноценностью и развитием хронического гнойно-воспалительного процесса в бронхиальном дереве. Видоизмененные бронхи носят название бронхоэктазов (или бронхоэктазий). Бронхоэктатическая болезнь встречается у 0,5-1,5 % населения, развиваясь преимущественно в детском и молодом возрасте (от 5 до 25 лет). Заболевание протекает в виде рецидивирующих бронхолегочных инфекций и сопровождается постоянным кашлем с	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий. **Виды учебной деятельности студента:** Курация больных, решение ситуационных задач, выполнение заданий в тестовой форме	**3** 2

		мокротой. Поражение бронхов при бронхоэктатической болезни может ограничиваться одним сегментом или долей легкого либо быть распространенным. **Классификация бронхоэктатической болезни** Согласно общепринятой классификации бронхоэктазы различаются: • по виду деформации бронхов – мешотчатые, цилиндрические, веретенообразные и смешанные; • по степени распространения патологического процесса - односторонние и двусторонние (с указанием сегмента или доли легкого); • по фазе течения бронхоэктатической болезни – обострение и ремиссия; • по состоянию паренхимы заинтересованного отдела легкого – ателектатические и не сопровождающиеся ателектазом; • по причинам развития – первичные (врожденные) и вторичные (приобретенные); • по клинической форме бронхоэктатической болезни – легкая, выраженная, тяжелая и осложненная формы. Легкая форма бронхоэктатической болезни характеризуется 1-2 обострениями за год, длительными ремиссиями, в периоды которых пациенты чувствуют себя практически здоровыми и работоспособными. Для выраженной формы бронхоэктатической болезни характерны ежесезонные, более длительные обострения, с отделением от 50 до 200 мл гнойной мокроты в сутки. В периоды ремиссий сохраняется кашель с мокротой, умеренная одышка, снижение трудоспособности. При тяжелой форме бронхоэктатической болезни наблюдаются частые, продолжительные обострения с температурной реакцией и кратковременные ремиссии. Количество выделяемой мокроты увеличивается до 200 мл, мокрота часто имеет гнилостный запах. Трудоспособность во время ремиссий сохранена. **Текущий контроль** Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль составления учебной истории болезни.		

2.		**4.2 Модульная единица. Болезни средостения.** ***Цель изучения*** ***Уметь**: 1.Ставить предварительный диагнози проводить лечебные мероприятия в объёме первой врачебной помощи с последующим направлением к врачу-специалисту при заболеваниях средостения.* *2. Владеть алгоритмом постановки клинического и эпидемиологического диагноза, назначения лечения и профилактических мероприятий, проводить лечебные и профилактические мероприятия лицам любого возраста при заболеваниях средостения.* **Знать:** - симптоматику, топическую диагностику, принципы клинической диагностики и лечения при болезнях средостения. **Содержание обучения:** **Дермоидные кисты и тератомы средостения** Самые частые опухоли средостения (1 место). Возникают в процессе нарушения эмбриогенеза и содержат ткани, которые совершенно несвойственны средостению: - дермоидные кисты - образуются из эктодермы и состоят из соединительной ткани, эпителия, сальных желез - это органоидные образования, изнутри покрыты кожей, грануляциями, содержат бурую сальниковую жидкость и волосы. В 30% случаев прорываются в бронхи; - тератомы - возникают из второго и третьего зародышевых листков (экто-эндо-мезодермы). Состоят из различных тканей и органов, могут включать участки желез, зубы, кости, иногда частично развитый плод. Чаще всего вызывают синдром	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий. **Виды учебной деятельности студента:** Курация больных, решение ситуационных задач, выполнение заданий в тестовой форме	1

		сдавления органов средостения. Диагностика - рентгенография (точная диагностика). Радикальное удаление дермоидных кист и тератом нередко затруднительно. Используют резекцию кисты с электрокоагуляцией внутренней поверхности образования. **Неврогенные опухоли** занимают 2 место, встречаются в 20 - 30% случаев опухолей и кист средостения. Возникают: 1 - из оболочек нервов: невриномы, неврофибриномы, неврогенные саркомы. Чаще исходят из симпатических нервных стволов, межреберных нервов, нервных корешков спинного мозга; 2 - нервных клеток: а) ганглионевромы, ганглионевробластом - из симпатических ганглиев; б) симпатогониомы - из симпатической нервной системы; в) параганглионевромы (феохромоцитома) - из хромофитной ткани не выделяет адреналин; г) хемодектомы - из клеток хеморецепторов и локализуются чаще вокруг дуги аорты. В основном неврогенные опухоли располагаются в заднем средостении. Характеризуются гомогенной овальной или округлой тенью, тесно прилегающей к позвоночнику. Симптомы -в основном неврологический синдром, но возможны: синдром сдавления трахеи, бронхов, пищевода, деформация грудной клетки. Лечение - своевременное хирургическое вмешательство очень эффективно, минимальная летальность, полное и стойкое выздоровление. ***ОПУХОЛИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ*** - из соединительной, жировой, мышечной ткани (липомы, липосаркомы, гемангиомы, лимфангиомы, фибромы, фибросаркомы, остеомы, хондромы, лейомиомы, рабдомиомы, синовиомы, мезенхимомы). ***ОПУХОЛИ ЛИМФОРЕТИКУЛЯРНОЙ ТКАНИ*** - ЛГМ, лимфосаркома, гиган-тофолликулярная лимфома (болезнь Брилля- Симмерса), ретиколосаркома. Лечение комбинированное. ***Опухоли (тимомы) и кисты вилочковой железы***		

		Опухоли вилочковой железы составляют 5 - 17% новообразований средостения. Все они потенциально злокачественные. От истинных тимом необходимо отличать гиперплазию вилочковой железы, не требующей лечения. У взрослых часто в сочетании с миастенией - тяжелое прогрессирующее заболевание, связанное с нарушением иммунных механизмов и характеризуется поражением нейроэндокринных и мышечных систем. Чаще страдают молодые женщины Симптомы - патологическая мышечная утомляемость, глазодвигательные расстройства, расстройства жевания, глотания, речи, афония, поражение мышц туловища, конечностей, дыхательных мышц, маскообразное лицо, слюнотечение. В распознавании помогает прозериновая проба - улучшение состояния после инъекции 1,0 - 1,5 мл 0,05% раствора прозерина подкожно. Действует 2 - 3 часа. Лечение - комплексная терапия. Ведущее - тимэктомия + кортикостероидная терапия, детоксикация (гемосорбция, плазмаферез). Кисты - чаще встречаются у детей (врожденные, воспалительные, опухолевидные). Подлежать возможно раннему удалению. В настоящее время возможно с помощью видеоэндохирургических вмешательств. ***Кисты средостения, опухоли эктопированных тканей и органов*** 1 - гастрогенные - развиваются из зачатков эпителия первичной кишки. Делят на пищеводные, желудочные, кишечные. Чаще располагаются в задне-нижнем средостении; 2 - перикардиальные - возникают из целома перикарда - целомические кисты перикарда. Тонкостенные и возникают в результате нарушения процесса его развития. Обычно доброкачественные. Проявляются нарастающей болью. Диагностируются с помощью ЭКС, КТ, СКТ, рентгенографией. Лечение - хирургическое иссечение кисты; 3 - бронхогенные (смещаются в связи с наличием ножки, связывающей кисту с трахеей или бронхом. Могут иметь уровень жидкости, а при бронхоскопии в просвет кисты может попасть контраст. Лечение - удаление кисты или пункция ее под контролем УЗИ).		

		Все врожденные кисты средостения являются истинными и располагаются в заднем средостении. Опухоли эктопированных тканей - загрудинный зоб - пальпируется верхний полюс железы; внутригрудной зоб - пальпаторно не выявляется. Возможно сдавление трахеи, пищевода, крупных венозных сосудов, малигнизация. Диагностика - УЗИ, сцинтиграфия йод -131. Лечение - обязательное удаление из шейного доступа или через стернотомию. ***Паразитарные кисты средостения, редкие кисты и опухоли средостения*** Эхинококк - довольно редко. Имеет 3 периода течения. Может проявляться болью, одышкой, дисфагией, кава-синдромом, прорывом в бронхи, нагноением, которое может привести к медиастиниту. Диагностика как при эхинококкозе печени. Лечение - при живом паразите - одномоментная закрытая эхинококкэктомия. При сращении с крупными сосудами допустима частичная резекция фиброзной капсулы с последующей обработкой ее остатков формалином, лазером, жидким азотом. Внутригрудное менингоцеле - редко. Выпячивание оболочек спинного мозга, заполненного цереброспинальной жидкостью, при этом спинной мозг не изменен. Диагностика - МРТ, пневмомиелография, контрастная миелография, УЗИ. Лечение - нейрохирургические операции. Хорионэпителиома - длительное время считалась метастатической опухолью, исходящей у мужчин из яичек, у женщин - из ворсин хориона плода. Некоторые авторы считают хорионэпителиому разновидностью тератобластомы, т.к. в семиномах обнаруживаются элементы тератобластомы, а в тератобластомах - ткань семиномы. Это связано с первичными незрелыми половыми клетками, оседающими в различных областях организма, где они в зрелом состоянии не встречаются. Эта опухоль обладает высокой злокачественностью. Лечение - комбинированное. ***Воспалительные заболевания средостения*** Острый медиастинит: 1 - первичный (ранения); 2 - вторичный (инфекция из глубоких флегмон шеи, остеомиелитах, гнойные заболевания л/у, пищевода)		

		Инфицирование происходит - контактно, гематогенно, лимфогенно. Воспаление протекает чаще диффузно, реже в виде абсцессов. **Текущий контроль:** Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль составления учебной истории болезни		
1.		**5. Модуль. Заболевания Щитовидной и молочной желез.** **5.1 Модульная единица. Заболевания щитовидной железы.** ***Цели изучения*** ***Уметь****: 1.Ставить предварительный диагнози проводить лечебные мероприятия в объёме первой врачебной помощи с последующим направлением к врачу-специалисту при заболеваниях щитовидной железы*. 2. Владеть алгоритмом постановки клинического и эпидемиологического диагноза, назначения лечения и профилактических мероприятий, проводить лечебные и профилактические мероприятия лицам любого возраста при заболеваниях щитовидной железы. **Знать:** симптоматику, топическую диагностику, принципы клинической диагностики и лечения заболеваний щитовидной железы. **Содержание обучения:** Заболевания щитовидной железы. Анатомия и физиология щитовидной железы. Зоб. Клас-сификация. Эндемический зоб. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Спорадический зоб. Классификация, клиника, диагностика, лечение.	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий, решение ситуационных задач. **Виды учебной деятельности студента:** Курация больных, решение ситуационных задач, выполнение заданий в тестовой форме	**<u>3</u>** 2

		Тиреотоксический зоб. Этиология, патогенез, патанатомия, диагностика. Консервативные методы лечения. Показания к операции. Выбор метода и объем оперативного вмешательства. Осложнения и их профилактика. Тиреидиты и струмиты. Зоб Риделя и Хашимото. Рак щитовидной железы. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, стадии. Показания и объем оператив-ного вмешательства. Комбинированные и сочетанные методы лечения. **Текущий контроль:** Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль составления учебной истории болезни		
2.		**5.2 Модульная единица. Заболевания молочной железы.** ***Цель изучения*** ***Уметь:*** *1.Ставить предварительный диагнози проводить лечебные мероприятия в объёме первой врачебной помощи с последующим направлением к врачу-специалисту при заболеваниях молочной железы* 2. Владеть алгоритмом постановки клинического и эпидемиологического диагноза, назначения лечения и профилактических мероприятий, проводить лечебные и профилактические мероприятия лицам любого возраста при заболеваниях молочной железы. **Знать:** симптоматику, топическую диагностику, принципы клинической диагностики и лечения заболевания молочной железы. **Содержание обучения:**	**Внеаудиторная самостоятельная работа студента:** Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий. **Виды учебной деятельности студента:** Курация больных, решение ситуационных задач, выполнение заданий в тестовой форме.	1

		Последние исследования показывают, что вероятность **заболеваний молочных желез** у женщин достигает 50-60%. Таким образом, получается, что самым незащищенным органом у женщины является грудь. К заболеваниям молочных желез относятся : Мастопатия, Фиброаденома, Внутрипротоковая папиллома, Киста молочной железы, Липома, Рак молочной железы и д.р. **Фиброаденома** – доброкачественная опухоль молочной железы, чаще всего встречается у женщин в возрасте 20-35 лет, медленно растущая, имеет чёткие контуры, редко встречаются множественные фиброаденомы. Наощупь напоминает подвижный шарик. Среди причин развития фиброаденомы перечисляют нарушение гормонального обмена, травму груди. Обычная фиброаденома крайне редко переходит в злокачественную форму, а вот её разновидность – листовидная фиброаденома – всегда. Фиброаденому можно диагностировать с помощью маммографии и УЗИ, лечение всегда хирургическое; **Внутрипротоковая папиллома** – разновижность узловой мастопатии, доброкачественная опухоль протоков молочной железы. Среди причин возникновения называют нарушение гормонального обмена, может появиться в любом возрасте, характеризуется неприятными и иногда даже болевыми ощущениями в груди (при сдавливании), а так же прозрачными, коричнево-зелёными и кровянистыми выделениями из соска, которые оставляют след на белье. Внутрипротоковая папиллома может быть одиночной, но иногда встречаются и множественные папилломы. Диагностировать внутрипротоковую папиллому помогает дуктография – рентгенография молочной железы с введением контрастного вещества в молочные протоки. Лечение папилломы только оперативное; **Киста молочной железы** – доброкачественная опухоль груди, наполненная жидким компонентом, - довольно распространённое заболевание. Кисты		

		молочных желёз развиваются при нарушении оттока секрета молочной железы, образуется полость, в которой скапливается жидкость. Симптомов эти образования дают очень мало, диагностировать их можно только с помощью довольно большого количества исследований. В зависимости от размера кисты назначается лечение; **Липома** – доброкачественная опухоль, редко возникает в молочной железе, состоит из жировой ткани, растёт медленно. Ни болевых ощущений, ни каких-либо других симптомов она не даёт, может причинять неудобство. Крайне редко, но всё же случалось, что липома молочной железы переходила в саркому. Липома может быть множественной, вызывать физические или косметические недостатки: в этом случае её удаляют хирургически. К сожалению, в последнее время врачам все чаще приходится встречаться и с самой опасной и тяжелой из заболеваний молочных желез – **раком молочной железы**, когда клетки ее изменяются и начинают бурно размножаться, приводя к образованию опухоли. Этот процесс также обычно наблюдается на фоне гормональных изменений, в частности, повышения уровня эстрогенов в организме, вследствие увеличенной их выработки собственными железами или большим поступлением извне. Проявляется рак молочной железы примерно так же, как и мастопатия, поэтому то и необходимо тщательное обследование при выявлении заболеваний молочной железы. У женщины могут наблюдаться узловые уплотнения, иногда довольно твердые и большие, приводящие к изменению формы молочной железы. Часто изменяется и кожа над опухолью – она утолщается или сморщивается, втягивается и изменяет свой цвет, вплоть до образования язвы на коже. Бывают и кровянистые или желтоватые выделения из соска, сам сосок может увеличиваться или втягиваться. Надо отметить, что процент полного излечения тем выше, чем раньше выявлена эта болезнь груди – избавляются от нее свыше 95% женщин при начальных изменениях в молочных железах. Это происходит и благодаря высокой эффективности и грамотному сочетанию различных методов лечения рака груди. **Текущий контроль:**		

		Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль составления учебной истории болезни.		
ИТОГО часов в семестре:				**127**

Примерная тематика рефератов

Семестр № IX-XI

№	Тема
1	Современные методы диагностики и лечения врожденных пороков сердца.
2	Комплексное лечение узлового токсического зоба.
3	Клинико-эпидемиологические аспекты рака желудка и 12-перстной кишки.
4	ТЭЛА – клиника, диагностика, лечение.

5. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

5.1.1 Основная литература:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. 992 с.	256
2	Хирургия: учебник под редакцией В.К. Гостищева, 5-е изд. ГЭОТАР – Медиа, М., 2018	100
3	Факультативная хирургия в вопросах и ответах: учебное пособие для студентов 4 курса.- Османов, А.О., Алиев Р.Г. Махачкала, 2012.	60

5.1.2 Интернет-ресурсы:

№	
1	**Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Под ред. А.Ф. Черноусова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015 – 625 с. http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501679.html**
2	**Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник : в 2 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – 2-е изд., перераб. И доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015 – http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436646.html**

5.2.1 **Дополнительная литература.**

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	Горбунков В.Я. Поликлиническая хирургия. СТГМА. Ставрополь, 2015.	90
2	Хирургия: учебник под общей редакцией А.В. Бороты, Изд. 2, «Восток Пресс», М., 2018.	107
3	Основы клинической хирургии в тестовых вопросах и клинических задачах: учебное пособие, ч.2, Меджидов Р.Т. ИПЦ ДГМА, Махачкала, 2013.	25
4	Хирургия воспалительных заболеваний легких и плевры: учебно-методическое пособие. – Газиев Р.М., Иманалиев М.Р. Махачкала. Изд. Лотос. 2016.	30
5	Хирургические болезни. Учебное пособие. Рычагов Г.П., Нехаев А.Н. М. ГЕОТАР-Медиа, 2018	87

5.2.2 Дополнительные источники

№	
1	**Трансплантология [Электронный ресурс]: учебник / М.Ш. Хубутия: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -320с. http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435472.html**
2	**Практикум по оперативной хирургии [Электронный ресурс]: учебник, пос. / под ред. Ю.М. Лопухин, В.Г. Владимиров. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 400с. http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435281.html**
3	**История медицины и хирургии [Электронный ресурс]: учебное пособие / М.Б. 77 Мирский - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 528с. http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432341.html**
4	**Неотложная хирургия [Электронный ресурс]: учебное пособие / М.П. Разин М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.- 328с. http://www.studmedlib.ru**

6. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Используемые образовательные технологии при изучении данной дисциплины 40% интерактивных занятий от объема аудиторных занятий Примеры интерактивных форм и методов проведения занятий: имитационные технологии: ролевые и деловые игры; обучение навыкам с использованием муляжей, манекенов, фантомов; работа с больными под руководством преподавателя; неимитационные технологии: лекция (проблемная, визуализация и др.), дискуссия (с «мозговым штурмом» и без него) Основным методом обучения в хирургической клинике является работа студента у постели больного под руководством преподавателя (курация больных), работа в диагностических кабинетах (клиническая лаборатория, кабинет функциональной диагностики, рентгеновский кабинет), наблюдение за ходом операций, практика в поликлинике (малая поликлиническая хирургия). В процессе демонстрации пациентов на занятии проводится подробный разбор результатов дополнительных исследований, обеспечивается приобретение студентами практических умений в проведении непосредственного обследования пациента и оценке диагностических возможностей дополнительных методов исследования. Студенты также участвуют в обходах больных с заведующим кафедрой, профессором и доцентом. В процессе обучения применяются следующие образовательные технологии:

1. Лекционно-практические (лекция: проблемная, консультация, дискуссия, практические занятия, тренинги, «круглые столы»).

2. Сопровождение лекционно-практических занятий показом визуального материала, фильмов.

3. Симуляционные технологии для отработки практических навыков обследования, медицинских манипуляций и неотложной помощи;

4. Личностно - ориентированные методики, игровые, диалоговые, тренинговые, компьютерные, проблемные, программированные, задачные, рефлексивные, для развития клинического мышления, консультирования.

5. Использование учебно-методического программного комплекса, разработанного кафедрой.

6. Деловые игры, моделирующие определенные профессиональные ситуации, воссоздающие в аудиторных условиях те или иные проблемы деятельности

терапевта и ставящие участников перед необходимостью оперативного решения соответствующих клинических задач.

7. Интерактивное участие в Интернет-сессиях и конгрессах, вебинарах, проводимых ведущими специалистами по проблемам внутренней медицины.

8. Курация больных клинической базы кафедры под руководством преподавателя с оформлением учебных историй болезни.

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Сведения о материально-техническом обеспечении, необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине

№	Адрес (местоположение) здания, строения, сооружения, - помещения	Собственность или оперативное управление, хозяйственное ведение, аренда, субаренда, безвозмездное - пользование	Наименование - дисциплины	Назначение оснащенных зданий,сооружений, помещений*, территорий с указанием площади - (кв.м.) -	Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
	Ул. Ляхова 47	Опер. управление	Госпитальная хирургия	Кабинет зав. кафедрой - 19 кв.м. Уч. комната №1 – 18 кв.м. Уч. комната №2 – 14 кв.м. Препараторская 12 кв.м. Кладовая – 8 Холл совмещенный с коридором 25	для практических занятий------ • (уч. комнаты №1, 2) • препараторская - • Каб.зав.кафедрой Холл - для заседания кафедры, студенческого кружка, лекций у студентов	для лекционных занятий:------ Оверхед проектор - 1; - для практических занятий:---------- Ксерокс-Принтер Canon F17-1900; И т.д. для самостоятельной работы:-	- Win HOME 10 Russian OLP (Суб. лицензионный договор Tr000044429 от 08.12.15г.); Kaspersky Edition Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node (Лицензионный договор № 1081-2015 от 14.10.2015г); - Office ProPlus 2013 RUS OLP NL Acdmc

							(договор №ДП-026 от 16.10.13г) - И т.д.

КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Сведения о кадровом обеспечении, необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине

№	**ФИО преподавателя**	**Условия привлечения (штатный, внутренний совместитель, внешний совместитель, по договору)**	**Занимаемая должность ученая степень/ ученое звание**	**Перечень преподаваемых дисциплин согласно учебному плану**	**Образование (какое образовательное учреждение профессионального образования окончил, год)**	**Уровень образования, наименование специальности по диплому, наименование присвоенной квалификации**	**Объем учебной нагрузки по дисциплине (доля ставки)**	**Сведения о дополнительном профессиональном образовании, год**	**Общий стаж работы**	**Стаж практической работы по профилю образовательной программы в профильных организациях с указанием периода работы и должности**
	Магомедов А.Г.	Шт.	Зав. каф. Проф. Д.м.н.	Госпитальная хирургия	Высшее ВГМИ	Врач леч. дело	1 ст	ДГМА леч 2018	49	28 (1991)
	Загидов М.М.	Шт	Проф. Д.м.н.	Госпитальная хирургия	высшее	Врач леч. дело	1 ст	ДГМА леч 2018		
	Абдулхаликов А.С. 3	Шт	Доцент д.м.н.	Госпитальная хирургия	Высшее ДМИ	Врач леч. дело	1 ст	ДГМА леч 2018	30	19 (С 2000)
	Дибиров А.Д.	Шт	Доцент д.м.н.	Госпитальная хирургия	Высшее ДМИ	Врач леч. дело	1 ст	ДГМА леч 2018	57	23 (С 1996)

	Ахмедов И.Г.	Шт	Доцент д.м.н.	Госпитальная хирургия	Высшее ДМИ	Врач леч. дело	1 ст	ДГМА леч 2018	27	25 (с 1994)
	Гаджиев К.И.	Внеш. Совмест.	Ассистент к.м.н	Госпитальная хирургия	Высшее ДМИ	Врач леч. дело	0,5 ст	хирург	40	15 (С 2004)
	Ибрагимов Р.Г.	По договору	Ассистент к.м.н	Госпитальная хирургия	Высшее ДГМА	Врач леч. дело	0,25 ст	Хирург	11	3 (С 2016)
	Омаров К.Х.	По договору	Ассистент к.м.н	Госпитальная хирургия	Высшее ДГМА	Врач леч. дело	0,25 ст	Хирург	21	5 (С 2014)
	Рабаданов Ш.Х.	По договору	Ассистент к.м.н	Госпитальная хирургия	Высшее ДМИ	Врач леч. дело	0,25 ст	Хирург	32	1 (С 2019)
	Тучалова А.Т.	шт	Ст. лаб		Высшее ДГМА	Врач леч. дело	1 ст	ДГМА леч. 2018	9	6 (С 2013)

Общее количество научно-педагогических работников, реализующих дисциплину - 9 чел. Общее количество ставок, занимаемых научно-педагогическими работниками, реализующими дисциплину – 9 ст.

СПИСОК АДРЕСОВ И КОНТАКТНЫХ НОМЕРОВ СОТРУДНИКОВ КАФЕДРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

№	Ф. И. О.	должность	дом. адрес	телефон
1	Магомедов А.Г. 1948 г.р.	Зав. кафедрой. Профессор.	ул. Ирчи Казака 12”а” кв 4.	д.т: 62-98-69 сл.т: 67-26-91. сл.т: 980001 980000 – Абидат (пом.) сот.: 89285060729
2	Загидов М.М. 22.12.1939 г.р.	профессор	ул. Чехова 23 8-963 424-60-83	д.т.68-43-23. сл.т. 99-03-07. Сот.: 89634246083
3	Абдулхаликов А.С. 31.05.1970 г.р.	Доцент Зав. уч. работоц	Пр. Шамиля 46 г, Кв 114	д.т. 63-11-13 моб.8-9883004204.
4	Дибиров А.Д. 15.05.1941 г.р.	ассистент	ул. Энгельса 42”а” кв.48.	д.т. 63-63-35. моб.8-928-950-55-04.
5	Ахмедов И.Г. 1969 г.р.	доцент	ул. Богатырева 14-4.	сл.т.68-12-71. моб.8-963 410-55-81
6	Гаджиев К.И. 18.12. 1954 г.р.	0,5 ассистент	пр. И.Шамиля 31 кв.71.	д.т. 64-72-29. р.т. 99-01-31. моб.89604121101.
7	Тучалова А.Т.	Ст. лаборантка	Ул. Хизри магомедова 31	89886974346

ЛИСТ ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В РАБОЧУЮ ПРОГРАММУ

Изменения в рабочую программу вносятся на основании приказов и распоряжений ректора, а также на основании решений о совершенствовании учебно-методического обеспечения дисциплины, утвержденных на соответствующем уровне (решение ученого совета), ЦКМС и регистрируются в лист изменений.

Лист регистрации изменений в рабочую программу

Учебный год	Дата и номер извещения об изменениях в программе	Реквизиты протокола	Раздел, подразделение	Подпись регистрирующего изменения
20 /20				
20 /20				
20 /20				

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

Кафедра «Госпитальной хирургии» №1

УТВЕРЖДЕНО
на заседании кафедры
31 августа 2019 г.
Протокол №1
Заведующий кафедрой
Проф. Магомедов А.Г. _____
Подпись

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«Госпитальная хирургия» №1

Специальность (направление) подготовки: 31.05.01 Лечебное дело

Классификация выпускника: врач-лечебник

Махачкала 2019

ФОС составили: Магомедов А.Г., Абдулхаликов А.С., Ахмедов .И.Г., Загидов М.З.

ФОС рассмотрен и принят на заседании кафедры «Госпитальная хирургия» №1 Протокол заседания кафедры №1 от 31 августа 2018 г.

Заведующий кафедрой _____(Магомедов А.Г.)

АКТУАЛЬНО на:

2019 / 2020 учебный год
_____(_____)

20__ /20__ учебный год_____

20__ /20__ учебный год_____ _____

1. КАРТА КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «Госпитальная хирургия»

П №	№ и индекс компетенции	Содержание компетенции по ФГОС ВО	В результате прохождения студенты должны			
			Знать	уметь	владеть	Оценочные средства
1	ОК-1	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Этиологию, патогенез заболеваний	Устанавливать причинно-следственные связи	Логикой постановки диагноза	Тестирование, собеседование, клинический разбор, заполнение историй болезни
2	ОК-8	Готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Морально-этические нормы и принципы врачебного поведения, основы деонтологии	Выстраивать и поддерживать отношения в коллективе, толерантно воспринимать личностные особенности членов коллектива	Практическим применением принципов деонтологии и медицинской этики	Оценка результатов курации, характеристик.
3	ОПК-1	Готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных библиографических ресурсов, медикобиологической терминологии, информационно - коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности заболеваний	Этиологию, патогенез, критерии диагноза, современные классификации, клинику, особенности течения, возможные осложнения, методы диагностики и лечения	Пользоваться учебной, научной литературой, сетью Интернет с оценкой уровней доказательности и критериев качества содержания, дистанционными формами образования.	Методами общеклинического исследования и интерпретации результатов обследования, современным и технологиям и информационного поиска	Клинический разбор, тестирование, участие в вебинарах, интернетсессиях, выступления на клинических конференциях, составление рефератов, УИРС, НИРС
4	ОПК-4	Способность и готовность реализовать этические и деонтологические	Морально-этические принципы поведения врача,	Выстраивать и поддерживать отношения с пациентами на основе	Принципами и практически м применением основ врачебной	Клинический разбор пациента, защита историй

		принципы в профессиональной деятельности	должностные обязанности медперсонала, основы деонтологии	гуманизма, в коллективе - на основе коллегиальности	деонтологии и этики	болезни, решение ситуационных задач, общение с преподавателем, коллегами.
5	ОПК-5	Способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	Критерии диагноза, современные классификации, клинику, особенности течения, возможные осложнения, методы лечения основных терапевтических заболеваний в соответствии с клиническими рекомендациями , утв. МЗ РФ.	Анализировать соответствие собственной деятельности имеющимся клиническим рекомендациям врачебных сообществ, оценивать эффективность проведенного обследования и лечения, результаты внутренних и внешних (страховых) экспертиз	Навыками дифференциальной диагностики, анализа собственных профессиональных действий, коммуникации.	Доклады на утренних конференциях, собеседование спреподавателе м, анализ историй болезни, клинический разбор.
6	ОПК-6	Готовность к ведению медицинской документации	Основные формы мед. документации в стационаре (истории болезни, выписные документы)	Грамотно заполнять основные формы (истории болезни, выписные документы)	Навыками оформления мед.документации	Проверка заполненной документации
7	ОПК - 9	Способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач.	Понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза заболеваний, структурные и функциональные основы патологических процессов	Проводить клиническое и дополнительное обследование пациентов с интерпретацией результатов, с отражением структурных и функциональных нарушений	Навыками оценки морфологического субстрата и представлением об индивидуальном патогенезе патологии внутренних органов у обследуемого	Клинический разбор, собеседование, тестирование.
8	ОПК - 11	Готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных	Медицинскиедополнительные средства диагностики и оказания	Использовать тонометры, пульсоксиметр, глюкометр, аппарат	Интерпретацией результатов исследований и лечения	Собеседование клинический разбор,

		порядками оказания медицинской помощи.	помощи при терапевтических заболеваниях	регистрации ЭКГ для диагностики, небулайзер для лечения.		симуляционны й тренинг.
9	ПК-5	Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	Методику сбора жалоб, анамнеза, осмотра больных, показания к назначению доп. методов обследования и осмотрам специалистов при хирургических заболеваниях	Правильно оформить выявленные изменения в истории болезни, оценить тяжесть состояния, сформулировать диагноз, составить план обследования.	Навыками общеклинического обследования, написания истории болезни, формулирования диагнозов.	Клинический разбор, решение ситуационных задач, написание истории болезни
10	ПК-6	Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	Клиническую картину, классификации, особенности течения, способы диагностики и критерии диагноза изучаемых хирургических заболеваний, формулировку в соответствии с шифрами МКБ	Определить ведущие синдромы, оценить тяжесть основного заболевания или сочетания заболеваний с взаимным отягощением, определить код МКБ в соответствии с клиническим диагнозом.	Критериями оценки состояния пациента на основе клинических методов диагностики	Решение ситуационных задач, заполнение историй болезни, выписных эпикризов.
11	ПК-8	Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	Критерии диагностики основных изучаемых хирургических заболеваний и правила маршрутизации пациентов с острыми состояниями и	Оценить состояние пациента для принятия тактических решений по плановой и неотложной помощи, выделить и провести	Основными хирургическими и терапевтическими навыками оценки состояния и выбору уровня медицинской помощи.	Клинические разборы, решение ситуационных и интерактивных задач, тестирование, собеседование.

			с осложненным течением	первоочередные диагностические и лечебные мероприятия		
12	ПК-11	Готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Алгоритмы оказания неотложной помощи при состояниях, требующих срочного вмешательства в клинике внутренних болезней	Оценить тяжесть состояния пациента, принимать быстрые решения	Навыками оказания ургентной помощи при угрожающих жизни состояниях в клинике хирургических болезней	Симуляционные контрольные тренинги, дежурство в стационаре, тестирование.
13	ПК-21	Способность к участию в проведении научных исследований	Принципы проведения научных исследований и анализа данных	Использовать доступные источники информации по определенному научному направлению	Навыками интерпретации, элементарной статистической обработки результатов исследования	Выступления на конференциях, работа в кружке, УИРС, НИРС.
14	ПК-22	Готовность к участию во внедрении новых методов и методик, основанных на доказательных исследованиях	Принципы внедрения новых методик в практику	Оценивать возможность внедрения новых методик в диагностике и лечении больных.	Навыками оценки новых методов диагностики и лечения	НИРС, УИРС направленных на охрану здоровья граждан

Формируемые в процессе изучения учебной дисциплины компетенции

УРОВЕНЬ УСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Госпитальная хирургия»

Компетенции не освоены	По результатам контрольных мероприятий получен результат менее 50%	Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины
Базовый уровень	По результатам контрольных мероприятий получен результат 50-69%	Ответы на вопросы и решения поставленных задач недостаточно полные. Логика и последовательность в решении задач имеют нарушения. В ответах отсутствуют выводы.
Средний уровень	По результатам контрольных мероприятий получен результат 70-84%	Даются полные ответы на поставленные вопросы. Показано умение выделять причинно-следственные связи. При решении

		задач допущены незначительные ошибки, исправленные с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.
Продвинутый уровень	По результатам контрольных мероприятий получен результат выше 85%	Ответы на поставленные вопросы полные, четкие, и развернутые. Решения задач логичны, доказательны и демонстрируют аналитические и творческие способности студента.

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	№ семестра	Виды контроля	Наименование раздела учебной дисциплины (модуля)	Оценочные средства		
				Форма	Кол-во вопросов в задании	К-во независимых вариантов
1	2	3	4	5	6	7
	IX-XI	1.Оценка написания учебной истории болезни (по результатам курации больного под контролем преподавателя), состоящей из 5 разделов: 1)жалобы, история заболевания, история жизни, 2) клинический диагноз и его обоснование, 3) дифференциальный диагноз, 4) план лечебных мероприятий; 2.Оценка теоретической подготовки в течение цикла (текущий контроль успеваемости, рубежный тестовый контроль по следующим темам: клиническая анатомия и методы исследования хирургических заболеваний; 3.Оценка практической подготовки в течение цикла ( );	**Общие вопросы госпитальной хирургии**	Контрольные вопросы Тестовые задания	**2** **4**	**10** **15**
		1.Оценка теоретической подготовки в течение цикла (текущий контроль успеваемости, рубежный тестовый контроль по следующим темам: острый	**Заболевания органов брюшной полости**	Тестовые задания оценка практич	**100** **30**	**100** **4**

		живот, аппендицит, острый холецистит, кишечная непроходимость, заболевания ободочной кишки, грыжи, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, рак желудка, заболевания поджелудочной железы, заболевания прямой кишки. 2.Итоговый контроль: зачет. Зачет включает оценку практических умений, итоговый тест, решение профессиональной ситуационной задачи, собеседование, включающее вопросы по основным разделам специальности и по пропущенным лекциям.		еских умений решение профессиональной ситуационной задачи собеседование	**30** **1**	**2** **10-15**
		1.Оценка теоретической подготовки в течение цикла (текущий контроль успеваемости, рубежный тестовый контроль по следующим темам: врожденные и приобретенные пороки сердца, заболевания артерий (тромбозы, эмболии,эндоартерит), заболевания вен (варикоз, ПТФС, ТЭЛА). 2. Итоговый контроль: зачет. Зачет включает оценку практических умений, итоговый тест, решение профессиональной ситуационной задачи, собеседование, включающее вопросы по основным разделам специальности и по пропущенным лекциям.	**Заболевания сердечно-сосудистой системы.**	Тестовые задания оценка практических умений решение профессиональной ситуационной задачи собеседование	**4-6** **2** **2** **1**	**4** **4** **2** **1**
		1.Оценка теоретической подготовки в течение цикла (текущий контроль успеваемости, рубежный тестовый контроль по	**Заболевания органовгрудн ойклетки.**	Тестовый контроль	**4-6**	**4**

		следующим темам: заболевания легких (абсцессы, опухоли, бронхоэктатическая); 2.Итоговый контроль: зачет. Зачет включает оценку практических умений, итоговый тест, решение профессиональной ситуационной задачи, собеседование, включающее вопросы по основным разделам специальности и по пропущенным лекциям.		Оценка практических умений Решение профессиональной ситуационной задачи собеседование	**2** **2** **1**	**4** **2** **1**
		1.Оценка теоретической подготовки в течение цикла (текущий контроль успеваемости, рубежный тестовый контроль по следующим темам: забоевания щитовидной железы; 2.Оценка других видов деятельности (учебно-исследовательская работа в течение цикла – подготовка рефератов и устных докладов, участие в научной работе кафедры, в конференциях); 3.Итоговый контроль: зачет. Зачет включает оценку практических умений, итоговый тест, решение профессиональной ситуационной задачи, собеседование, включающее вопросы по основным разделам специальности и по пропущенным лекциям.	**Заболевания щитовидной железы.**	Тестовый контроль оценка практических умений решение профессиональной ситуационной задачи собеседование	**4-6** **2** **2** **1**	**4** **4** **2** **1**
		1.Оценка теоретической подготовки в течение цикла (текущий контроль успеваемости, рубежный тестовый контроль по следующим темам: заболевания молочной железы 2.Оценка других видов деятельности (учебно-исследовательская работа в течение цикла – подготовка	**Заболевания молочной железы.**	Тестовый контроль оценка практических умений решение профессиональной	**4-6** **2** **2**	**4** **4** **2**

		рефератов и устных докладов, участие в научной работе кафедры, в конференциях); 3.Итоговый контроль: зачет. Зачет включает оценку практических умений, итоговый тест, решение профессиональной ситуационной задачи, собеседование, включающее вопросы по основным разделам специальности и по пропущенным лекциям.		ситуационной задачи собеседование	**1**	**1**
		1.Оценка других видов деятельности (учебно-исследовательская работа в течение цикла – подготовка рефератов и устных докладов, участие в научной работе кафедры, в конференциях); 2.Итоговый контроль: зачет. Зачет включает оценку практических умений, итоговый тест, решение профессиональной ситуационной задачи, собеседование, включающее вопросы по основным разделам специальности.	**Итоговое занятие – практическая часть государственного экзамена.**	оценка практических умений Решение профессиональной ситуационной задачи собеседование	**2** **2** **1**	**4** **2** **1**

11. **Примеры оценочных средств**

для входного контроля (ВК) контрольные вопросы, исходящие из следующих знаний, умений и навыков, формируемых предшествующими дисциплинами	Классификация аппендицита
	Методы остановки легочного кровотечения
	Хирургическое лечение грыж пищевода
для текущего контроля (ТК):устный опрос**,** решение ситуационных задач, проверка заданий, выполненных студентами **<u>Примеры ситуационных задач</u>**	
	Больная 42 лет месяц назад заметила опухолевидное образование в правой молочной железе. Менструальный цикл не нарушен. Обе молочные железы развиты правильно, симметричны. Кожа и соски не изменены. Пальпаторно в верхне- наружном квадрате правой

	молочной определяется опухолевидное образование диаметром 3см, плотной консистенции, бугристое, без четких границ, подвижное не связанное с кожей и грудной мышцей. Выделений из соска нет. При ощупывание ладонью опухоль не исчезает. Симптом Прибрама отрицательный. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Какое заболевание можно заподозрить и как уточнить диагноз? Какое лечение показано больной?
	Больная 19 лет обратилась к врачу с жалобами на умеренные боли в правой молочной железе, усиливающиеся в предменструальный период. При осмотре – обе молочные железы правильной конфигурации, симметричны. Соски и кожные покровы не изменены. Пальпаторно в правой молочной железе определяются мело бугристые образования, на фоне которых выявляется плотная с четкими границами опухоль, диаметром до 6 см, легко смещающаяся в тканях, не связанная с кожей и соском. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Ваш диагноз и тактика?
для итогового контроля (ИК): **проверка практических умений, решение профессиональной ситуационной задачи**	У больной 38 лет три месяца назад появились мокнутие соска и ареолы, изъязвления, покрытые корочками. При осмотре в области соска имеются изменения, напоминающие экзему. Сосок утолщен и уплотнен, при надавливании из него появляется геморрагическое отделяемое. В правой подмышечной впадине пальпируются увеличенные лимфатические узлы. О каком заболевании можно думать? Каким исследованием можно подтвердить диагноз? Как следует лечить больную?

3.1. Материально-техническое обеспечение учебной дисциплины (модуля)

1. Таблицы по клинической анатомии, физиологии и методам исследования органов ЖКТ;
2. Таблицы по клинической анатомии, физиологии и методам исследования органов кровообращения;
3. Таблицы по клинической анатомии, физиологии и методам исследования артерий и вен;
4. Таблицы по клинической анатомии, физиологии и методам исследования желез внутренней секреции;
5. Таблицы по заболеваниям органов ЖКТ;
6. Таблицы по заболеваниям органов кровообращения ;
7. Таблицы по заболеваниям артерий и вен;
8. Таблицы по заболеваниям исследования желез внутренней секреции;
9. Мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран)

9.1. Мультимедийные лекции

9.2. Мультимедийные наглядные материалы по различным разделам дисциплины.

9.3.Видеофильмы.

10. Препараты и муляжи по анатомии органов ЖКТ;
11. Препараты и муляжи по анатомии органов кровообращения;
12. Препараты и муляжи по анатомии гортани, трахеи, бронхов, пищевода;
13. Препараты и муляжи по анатомии желез внутренней секреции;
14. хирургический инструментарий ;
15. рентгеновские снимки
16. Ситуационные задачи;
17. Тестовые задания по изучаемым темам.

3.2. Образовательные технологии

Используемые образовательные технологии при изучении данной дисциплины

40% интерактивных занятий от объема аудиторных занятий

Примеры интерактивных форм и методов проведения занятий: имитационные технологии: ролевые и деловые игры; обучение навыкам с использованием муляжей, манекенов,

фантомов; работа с больными под руководством преподавателя; неимитационные технологии: лекция (проблемная, визуализация и др.), дискуссия (с «мозговым штурмом» и без него)

3.3. Общая трудоемкость дисциплины составляет 5884 академических часов.

4. Результаты обучения

Перечень практических навыков и умений
для овладения студентами лечебного факультета ДГМА к окончанию VI курса, аттестуемых кафедрой госпитальной хирургии, в том числе в соответствии с квалификационной характеристикой выпускника по специальности «Лечебное дело»

4.1 В результате освоения дисциплины госпитальная хирургия (практики) обучающийся должен:

1. Уметь сделать заключение по рентгенограмме и компьютерной томограмме. Знать технологию рентгенологического исследования при различных заболеваниях.
2. Уметь оценить ультрасонограмму.
3. Уметь оценить сканограмму печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, щитовидной железы, молочной железы.
4. Знать и уметь проводить профилактику пролежней у тяжелых возрастных хирургических больных.
5. Уметь делать очистительные, гипертонические, сифонные, питательные, лекарственные клизмы.
6. Уметь вводить мягкий катетер в мочевой пузырь.
7. Уметь вводить желудочный зонд и производить промывание желудка.
8. Уметь дать для дыхания больному увлажненный кислород.
9. Уметь выполнять подкожные, внутримышечные, внутривенные инъекции. Знать возможные осложнения.
10. Уметь оказать помощь при ошибочном введении под кожу хлористого кальция.
11. Уметь наложить кровоостанавливающий жгут на конечность (бедро, плечо).
12. Уметь определить группу крови и резус-фактор методами стандартных сывороток, стандартных эритроцитов и с цоликлонами.
13. Уметь определить качество крови для переливания.
14. Уметь собрать систему для переливания крови.
15. Уметь переливать кровь. Знать возможные осложнения, их лечение и меры профилактики.
16. Оказать первую помощь и знать принципы тактики на догоспитальном этапе: напряженном, открытом и клапанном пневмотораксе, остром животе, профузном желудочном кровотечении, шоке (травматическом, гиповолемическом, анафилактическом).
17. Уметь выполнять паранефральные новокаиновые блокады.
18. Уметь производить новокаиновые блокады при переломе ребер.
19. Знать показания к подключичной катетеризации. Уметь диагностировать и лечить вероятные осложнения.
20. Знать и уметь проводить предоперационную подготовку и профилактику осложнений.
21. Уметь ассистировать на экстренных операциях.
22. Собрать набор инструментов для первичной хирургической обработки раны при ранении мягких тканей бедра (другой локализации). Уметь произвести первичную

обработку раны.

23. Уметь остановить кровотечение в ране.

24. Собрать набор инструментов для ампутации конечности (голени, бедра, плеча). Описать технику операции.

25. Уметь выполнить исследование с помощью «шарящего катетера». Отобрать все необходимое для этого исследования.

26. Уметь делать операции при поверхностных гнойниках, абсцессах, карбункулах, фурункулах, панарициях. Уметь дренировать гнойные полости.

27. Уметь провести аспирационно-промывное лечение гнойников.

28. Собрать набор инструментов, необходимых для ушивания ножевого ранения сердца. Описать, как выполнять эту операцию.

29. Собрать набор инструментов для операции по поводу варикозного расширения вен. Объяснить, как использовать венотомГризенди или зонд Бебкока.

30. Уметь выполнять венесекцию.

31. Знать технику и уметь выполнять трахеостомию. Собрать набор инструментов для нее.

32. Собрать все необходимое для пункции плевральной полости. Выполнить эту операцию.

33. Выполнить дренаж плевральной полости по Бюлау.

34. Собрать набор инструментов для лапаротомии в случае экстренной ситуации (кровотечение, перфорация полого органа, кишечная непроходимость).

35. Собрать набор инструментов для выполнения операции по поводу перфоративной язвы 12-перстной кишки. Какую операцию Вы выберете, если перфоративное отверстие размерами 0,3 см на передней стенке начальной части 12-перстной кишки, а с момента перфорации прошло 1,5 часа. Рассказать технику операции.

36. Собрать набор инструментов, необходимых для операции по поводу бедренной грыжи по методу Бассини. Рассказать технику ее выполнения.

37. Собрать набор инструментов для выполнения операции по поводу ущемленной грыжи. Объяснить, чем отличается операция при ущемленной грыже от операции при вправимой грыже.

38. Отобрать инструменты, необходимые для удаления асцитической жидкости. Уметь выполнить лапароцентез.

39. Уметь делать перевязки при «чистых» и инфицированных ранах, накладывать и снимать кожные швы.

40. Уметь выбрать тактику ведения больных с острыми хирургическими и гнойными заболеваниями, с повреждениями органов брюшной и грудной полости.

41. Уметь выбрать и применить препараты для гемостаза.

42. Уметь выбрать и применять инструменты и медикаменты, необходимые для местной инфильтрационной и проводниковой анестезии.

43. Уметь выполнить проводниковую анестезию по Оберсту-Лукашевичу.

44. Уметь наложить эластичный бинт на нижнюю конечность.

45. Обработка рук хирурга.

46. Определить стерильность белья, материалов в биксе.

47. Одеть стерильный халат, перчатки (с помощью медсестры и без нее).

48. Наложить калоприемник.

49. Остановить носовое кровотечение.

50. Провести пальцевое исследование прямой кишки и вагинальное исследование.

51. Оказать первую и врачебную помощь при укусах животными, змеями, насекомыми.

52. Произвести надлобковую капиллярную пункцию мочевого пузыря.

53. Осуществить вправление парафимоза.

54. Уметь определить трудоспособность хирургического больного, прогноз и реабилитацию.

55. Обследовать больного по всем органам и системам.
56. Оценить выявленные при обследовании больного изменения и сформулировать предварительный диагноз.
57. Организовать работу сестринского поста.
58. Оформить типовую медицинскую документацию.
59. Составить план санитарно-просветительной работы.

Выпускник лечебного факультета **должен знать** принцип действия лечебно-диагностические возможности следующих инструментов и аппарата по разделу госпитальной хирургии.

1. Ультразвуковой сканер, в том числе с доплеровским датчиком.
2. Лапароскоп.
3. Бронхоскоп.
4. Торакоскоп.
5. Медиастиноскоп.
6. Эзофагоскоп (жесткий и фиброволоконный).
7. Эзофагогастродуоденоскоп.
8. Холедохоскоп.
9. Колоноскоп.
10. Ректороманоскоп.
11. Аппарат Боброва.
12. Различные типы электроотсосов.
13. Хирургический инструментарий, в том числе ангиокардиохирургический.
14. Современные дренажи, их типы; системы для вакуум-аспирации.
15. Сщивающие аппараты (УО–40, УО–60, УКЛ и их аналоги).
16. Оксигенератор (кардиохирургический).
17. Кавафильтр.

4.2 Методические рекомендации по организации изучения дисциплины госпитальная хирургия:

Обучение складывается из аудиторных занятий (180 ч.), включающих лекционный курс (50 ч.) и практические занятия (130 ч.). Основное учебное время выделяется на практическую работу по госпитальной хирургии.

При изучении учебной дисциплины (модуля) необходимо использовать материально-техническое обеспечение учебной дисциплины:

1. Таблицы по клинической анатомии, физиологии и методам исследования органов ЖКТ;
2. Таблицы по клинической анатомии, физиологии и методам исследования органов кровообращения;
3. Таблицы по клинической анатомии, физиологии и методам исследования артерий и вен;
4. Таблицы по клинической анатомии, физиологии и методам исследования желез внутренней секреции;
5. Таблицы по заболеваниям органов ЖКТ;
6. Таблицы по заболеваниям органов кровообращения ;

7. Таблицы по заболеваниям артерий и вен;
8. Таблицы по заболеваниям исследования желез внутренней секреции;
9. Мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран)
   9.1. Мультимедийные лекции
   9.2. Мультимедийные наглядные материалы по различным разделам дисциплины.
   9.3.Видеофильмы.
10. Препараты и муляжи по анатомии органов ЖКТ;
11. Препараты и муляжи по анатомии органов кровообращения;
12. Препараты и муляжи по анатомии гортани, трахеи, бронхов, пищевода;
13. Препараты и муляжи по анатомии желез внутренней секреции;
14. хирургический инструментарий – инструментарий;
15. рентгеновские снимки
16. Ситуационные задачи;
17. Тестовые задания по изучаемым темам.

и освоить практические умения:

1.Освоить технику наложения гипсовых и иммобилизирующих повязок, смены асептической повязки, наложения мочевых катеров, технику выполнения пункции мочевого пузыря, плевральной и брюшной полостей;

2.Оказывать экстренную помощь при кровотечениях, травмах, инородных телах в дыхательных путях и других острых хирургических заболеваниях;

3.Освоить практические навыки в течение цикла практических занятий:

1. Основные принципы предоперационной подготовки больных к экстренной и плановым операциям.
2. Основные принципы послеоперационного ведения больных.
3. Антисептики для обработки раны.
4. Инструменты, материалы для проведения аспирационно-промывного лечения гнойника.
5. Критерии пригодности крови для переливания.
6. Препараты для парентерального питания.
7. Кровезаменители гемодинамического и дезинтоксикационного действия.
8. Препараты для гемостаза.
9. Препараты для коррекции водно-электролитного баланса.
10. Инструменты и медикаменты, необходимые для местной, инфильтрационной и проводниковой анестезии.
11. Инструменты и медикаменты, необходимые для проводниковой анестезии по Оберсту-Лукашевичу.
12. Инструменты, материалы и медикаменты, необходимые для паранефральной блокады по А.В.Вишневскому: показания, техника.
13. Набор инструментов, материалов и медикаментов, необходимых для первичной обработки хирургической раны.
14. Межреберная новокаиновая блокада: показания, техника, осложнения.

15. Шейная ваго-симпатическая блокада по А.В.Вишневскому: показания, техника.
16. Интубация трахеи: показания, методика.
17. Хромоцистоскопия: показания, методика.
18. Выполнить клизмы: лекарственные, диагностические: показания, техника.
19. Вскрывать гнойники.
20. Делать трахеостомию.
21. Останавливать носовое кровотечение.
22. Делать срочную обработку глаз при ожогах.
23. Пальпаторно измерять глазное давление. Показания.
24. Удалять инородные тела из полости конъюнктивы.
25. Произвести внутривенные, внутриартериальные пункции.
26. Определение стерильности белья, материалов в биксе.
27. Наложить калоприемник: показания, техника.
28. Определить группу крови по системе АВО и Rh.
29. Остановить наружное артериальное кровотечение с помощью резинового жгута.
30. Провести пробу на индивидуальную совместимость крови донора и больного.
31. Выполнить внутримышечную и подкожную инъекции: техника, осложнения.
32. Подготовить систему для внутривеннойинфузии.
33. Осуществить внутривенное вливание: техника, осложнения.
34. Выполнить клизмы: сифонную, очистительную, показания.
35. Выполнить непрямой массаж сердца: показания, техника, осложнения.
36. Снять хирургические швы.
37. Катетеризировать мочевой пузырь: техника, возможные осложнения.
38. Промывание желудка. Показания, противопоказания, техника.
39. Осуществить плевральную пункцию: показания, возможные осложнения.
40. Осуществить пункцию брюшной полости при асците.
41. Оказывать первую помощь при электротравме.
42. Осуществить сердечно-легочную реанимацию: показания, техника.
43. Наложить эластичный бинт на нижнюю конечность.
44. Пользоваться индивидуальным перевязочным пакетом.
45. Проводить пальцевое исследование прямой кишки и вагинальное исследование.
46. Проводить искусственную вентиляцию легких при помощи дыхательного мешка.
47. Наложить согревающий компресс.
48. Наложить повязку Дезо.
49. Наложить повязки на все области тела.
50. Наложить окклюзионную повязку при открытом пневмотораксе.
51. Осуществить транспортную иммобилизацию при переломе плечевой кости.
52. Осуществить профилактику столбняка.
53. Наложить транспортные шины Дитрихса и Крамера.
54. Произвести надлобковую капиллярную пункцию мочевого пузыря.
55. Осуществить вправление парафимоза.
56. Стерилизация режущих и колющих инструментов.
57. Этапы местной инфильтрационной анестезии по А.В.Вишневскому.
58. Способы временной остановки наружного кровотечения при повреждении: сонной, подключичной, подкрыльцовой артерий.
59. Методика наложения швов на кожу.
60. Оказание неотложной помощи при желудочно-кишечных кровотечениях.

61. Ректороманоскопия: показания, техника, осложнения.
62. Исследование больного с врожденным пороком сердца.
63. Исследование больного с приобретенным пороком сердца.
64. Исследование больного с подозрением на острый аппендицит
65. Исследование больного с заболеванием желудка и 12-п. кишки
66. Исследование больного с заболеванием желчного пузыря.
67. Исследование больного с заболеванием поджелудочной железы
68. Исследование больного с заболеванием пищевода.
69. Исследование больного с заболеванием щитовидной железы.
70. Исследование больного с заболеванием легких.
71. Исследование больного с заболеванием почек.
72. Исследование больного с заболеванием вен нижних конечностей.
73. Исследование больного с облетирирующими заболеваниями артерий нижних конечностей.
74. Исследование больного с острой кишечной непроходимостью.
75. Исследование больного с заболеванием прямой кишки.
76. Исследование больного с тромбофлебитом нижних конечностей.
77. Исследование больного с перитонитом.
78. Исследование больного с заболеванием молочной железы.
79. Исследование больного с ущемленной паховой грыжей.
80. Оказать первую помощь при напряженном и открытом пневмотораксе.

Практические занятия проводятся в виде теоретической и практической частей, демонстрации тематических больных и использования наглядных учебных пособий, видеофильмов, презентаций, решения ситуационных задач, ответов на тестовые задания, разбора клинических больных.

В соответствии с требованиями ФГОС-3 ВПО в учебном процессе широко используются активные и интерактивные формы проведения занятий: имитационные технологии, ролевые и деловые игры; обучение навыкам с использованием муляжей, манекенов, фантомов; работа с больными под руководством преподавателя; неимитационные технологии: лекция (проблемная, визуализация и др.), дискуссия (с «мозговым штурмом» и без него). Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, составляет не менее 40% от аудиторных занятий.

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по **внеаудиторной самостоятельной работе студента** теоретическому курсу:1) усвоение лекционного материала, работа студента над вопросами, выносимыми на практическое занятие;2) изучение основных и дополнительных источников информации, по практическим занятиям: а) подготовка и усвоение содержания практических занятий, оформление и сдача работы преподавателю;б) выполнение тестовых заданий, и, включает **виды учебной деятельности студента:** 1) самостоятельную работу под руководством преподавателя (консультации): консультации студента с преподавателем по теоретическому курсу; 2)самостоятельную работу по видам индивидуальных заданий и контролирующих мероприятий: индивидуальные задания и контролирующие мероприятия по объему аудиторной и самостоятельной работы студента по плану образовательной программы, исходя из бюджета времени на конкретную дисциплину.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине госпитальная хирургия и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС).

Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам ДГМУ и кафедры госпитальная хирургия.

Во время изучения учебной дисциплины госпитальная хирургия студенты самостоятельно проводят все виды самостоятельной работы, оформляют реферат, учебную историю болезни.

Написание реферата, учебной истории болезни способствуют формированию практических навыков (умений).

Работа студента в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.

Обучение студентов способствует воспитанию у них навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа студентов способствует формированию этических и деонтологических аспектов врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, детьми и подростками, их родителями и родственниками.

Исходный уровень знаний студентов определяется тестированием, текущий контроль усвоения предмета определяется устным опросом в ходе занятий, во время клинических разборов, при решении типовых ситуационных задач и ответах на тестовые задания.

В конце изучения учебной дисциплины госпитальная хирургия (модуля) проводится промежуточный контроль знаний с использованием тестового контроля, проверкой практических умений и решением ситуационных задач.

Экзаменационные вопросы VI-го курса

1. Классификация митрального стеноза. Показания и противопоказания к операции. Виды операций.

2. Классификация, клиника, диагностика, параэзофагеальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

3. Портальная гипертензия: этиология, патогенез. Естественные портокавальные анастомозы, их проявления при портальной гипертензии.

4. Больной 60 лет обратился в поликлинику с жалобами на зябкость и онемение конечностей, перемежающую хромоту. Болен 30 лет. Заболевание связывает с повторным отморожением стоп.

Объективно: кожа стоп бледная, шелушится, пульсация на артериях стоп отсутствует.

Поставьте диагноз и проведите дифференциальный диагноз между облитерирующим эндартериитом и атеросклерозом.

5. Болезнь Гиршпрунга патогенез, клиника, диагностика, лечение).

6.Методы операций при митральном стенозе: закрытые и открытые. Протезирование клапанов сердца.

7.Лечение при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Показания к операции.

8.Больной 30 лет, с облитерирующим эндартериитом, поступил в клинику с явлениями выраженной ишемии стопы. На артериограммах видимая окклюзия артерий голени. Какова тактика лечения?

9.Сосудистые и органные портокавальные анастомозы.

10.Острые перикардиты (серозный, фибринозный, гнойный): этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

11.Кисты поджелудочной железы: современные методы исследования, лечение, виды операций.

12. Больной 50 лет поступил в клинику с жалобами на онемение и чувство зябкости обеих стоп, невозможность длительной ходьбы (300 м). Болеет 2 года. Болезнь прогрессирует медленно. Объективно: кожа стоп бледная, шелушится, ногти ломкие, отсутствует пульсация на периферических артериях обеих ног. Ваш диагноз и тактика?

13. Методы исследований при портальной гипертензии. Сосудистые портокавальные анастомозы. Их положительные и отрицательные стороны.

14.Хронические перикардиты (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение).

15.Гидатидозный эхинококкоз печени: эпидемиология, клиника, диагностика.

16.У больного 56 лет с диагнозом облитерирующий атеросклероз правой нижней конечности на артериограммах определяется сегментарная окклюзия бедренной артерии. Какие хирургические вмешательства показаны больному?

17.Релаксация диафрагмы: клиника, диагностика, показания к операции, способы хирургического лечения.

18. Синдром Лериша: клиника, диагностика, лечение.

19.Абсцессы печени: классификация, клиника, диагностика, методы лечения.

20 Какова Ваша тактика, если у больного острый восходящий тромбофлебит большой подкожной вены?

21.Классификация врожденных пороков сердца. Методы диагностики.

22.Атеросклеротическая окклюзия и облитерирующий эндартериит нижних конечностей. Дифференциальная диагностика и принципы лечения.

23.Понятие о постхолецистэктомическом синдроме. Причины развития обтурационной желтухи после холецистэктомии, методы лечения.

24. Каков план лечения больного 50 лет, у которого острый неокклюзирующий подвздошно-бедренный венозный тромбоз двухдневной давности?

25.Классификация болезней оперированного желудка. Патогенез демпинг-синдрома.

26.Современные методы обследования и принципы операций при облитерирующих поражениях артерий.

27. Операции, направленные на снижение портального давления при портальной гипертензии.

28. У больного с острымилеофеморальнымфлеботромбозом внезапно наступила резкая одышка, боли за грудиной, синюшность верхней половины тела. Ваш диагноз и принципы лечения?

29.Синдром приводящей петли: симптоматика, диагностика, лечение.

30.Классификация приобретенных пороков сердца: методы диагностики.

31. Классификация хронической венозной недостаточности. Диагностика и хирургическое лечение.

32. У больного 20 лет, на фоне антикоагулянтно-фибринолитического лечения по поводу острого тромбоза бедренной вены, явления прогрессирования тромботического процесса с переходом на подвздошную вену. Ваша тактика?

33.Этиология, патогенез, клиника и диагностика портальной гипертензии.

34. Рак поджелудочной железы: локализация, клиника, методы исследования.

35.Антикоагулянты прямого и непрямого действия.

36.Какова тактика ведения и последовательность лечебных мероприятий у больной, если у нее невправимая послеоперационная вентральная грыжа с клиникой кишечной непроходимости

37.Операции при портальной гипертензии. Хирургические вмешательства, улучшающие регенерацию печени при циррозах печени.

38.Острые венозные тромбозы глубоких вен голени: клиника, диагностика.

39.неспецифический язвенный Неспецифичтоды хирургического лечения колит. Осложнения, методы хирургического лечения

40.У больного через несколько часов после операции субтотальной струмэктомии резко увеличилась окружность шеи и появилось затрудненное дыхание? Каковы причины осложнения и тактика?

41. Хронические перикардиты (выпотной, сдавливающий): этиология, клиника, лечение.

42.Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: классификация, дифференциальная диагностика скользящих и параэзофагеальных грыж Показания к хирургическому лечению. Методы операций.

43.Лечение хронического панкреатита (консервативное, хирургическое). Методы операций.

44.У больного произведена субтотальная гемиструмэктомия щитовидной железы. При гистологическом исследовании обнаружен высокодифференцированный рак. Что следует делать?

45.Дивертикулы ободочной кишки: клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению, виды операций.

46.Методы инвазивной и неинвазивной диагностики заболеваний периферических сосудов.

47.Коарктация аорты. Диагностика, клиника, лечение.

48.У больной длительно существующий узловой зоб 5 ст. без нарушения функции щитовидной железы. Какие осложнения возможны во время операции, в ближайшем и отдаленном периодах после операции?

49.Хронические венозные язвы нижних конечностей. Этиология, патогенез, методы лечения.).

50.Диафрагмальные грыжи: определение, классификация, методы диагностики.

51.Демпинг-синдром: этиология, патогенез, симптоматика, лечение, показания к хирургическому лечению, методы операций.

52.Какое лечение показано больному 7 лет при врожденном пороке сердца с незаращением артериального протока? Малоинвазивная эндоваскулярная операции.

53.Гидатидный эхинококкоз печени: пути заражения. Понятие о вторичном диссеминированном эхинококкозе брюшной полости.

54.Классификация опухолей и кист средостения. Способы диагностики, методы лечения, оперативные доступы к ним.

55.Профилактика и причины развития пост-холецистэктомического синдрома

56.У больного с абсцессом печени при пункции получен гной шоколадного цвета. Из анамнеза: страдает хронической дизентерией. Диагноз У и тактика лечения?

57. Незаращение артериального (Боталлова) протока: клиника, диагностика, лечение.

58.Рак ободочной кишки: частота, клинические формы, течение, диагностика. Радикальные и паллиативные операции.

59.Острые кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта. Этиология, клиника, лечение.

60.У больной на второй день после струмэктомииотмечены двигательное и психическое возбуждение, тахикардия, гипертермия. Каковы Ваш диагноз и лечебные мероприятия ?

61.Пороки сердца: митральный стеноз – клиника, диагностика, лечение, методы операций. Эндоваскулярные методы лечения

62.Повреждения желчевыводящих путей во время холецистэктомии и их последствия. Методы восстановления оттока желчи.

63.Хирургическое лечение эхинококкоза легких. Ликвидации остаточной полости торакоскопическим методом.

64.Во время лапаротомии у больного 80 лет обнаружен резектабельный рак сигмы с полной кишечной непроходимостью. Каковы действия хирурга?

65.Классификация, консервативное и хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

66.Лапароскопические операции в абдоминальной хирургии (оборудование, техника хирургических операций).

67.Тиреоидиты и струмиты: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

68.У больного с раком поперечно-ободочной кишки массивное кишечное кровотечение. Опухоль удалима, но есть множественные метастазы в печени. Каковы действия хирурга?

69.Хроническая ишемическая болезнь сердца: этиология, клиника, диагностика, методы лечения.

70.Рак щитовидной железы: классификация, клиника, диагностика, методы лечения.

71.Свищи поджелудочной железы: классификация, методы диагностики и лечения.

72.У больного неспецифический язвенный колит осложнился профузным кровотечением, стул с большим количеством свежей крови. Какова тактика хирурга?

73.Пептическая язва анастомоза после резекции желудка (причины возникновения, клиника, диагностика, лечение).

74.Эндоваскулярная хирургия (принципы лечения, виды вмешательств).

75.Посттромбофлебитический синдром (классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

76.У больного, с часто повторяющимися кишечными кровотечениями, при фиброколоноскопиивыявлен диффузный полипоз восходящей ободочной кишки. Ваша тактика лечения?

77.Тетрада Фалло: определение, клиника, диагностика, лечение.

78.Болезнь Гиршпрунга: этиология, патогенез, клиника, лечение.

79.Циррозы печени с портальной гипертензией: методы диагностики (лабораторные, инструментальные, рентгенологические).

80.У больного с язвенным колитом после колоноскопии возникли резкие боли в животе, появились перитонеальные явления. Диагноз и тактика ?

81.Эхинококкоз печени: биология и морфология возбудителя, пути заражения, диагностика, осложнения.

82.Рак ободочной кишки: клиника, диагностика, лечение.

83.Дифференциальная диагностика рака поджелудочной железы. Хирургические методы лечения (паллиативные и радикальные операции.

84.У больного, перенесшего резекцию желудка 4 месяца тому назад, после сладкой и молочной пищи появляются слабость, головокружение, желание лечь. Диагноз, выбор метода лечения.

85.Травматические грыжи диафрагмы: клиника, диагностика, осложнения, способы хирургического лечения.

86.Опухоли и кисты средостения: клиническая симптоматология, диагностика, методы лечения.

87.Клиника рака головки и тела поджелудочной железы.

88.После технически сложной аппендэктомии у больного на 12-й день после операции из раны стало отделяться кишечное содержимое. Ваш диагноз, тактика, лечение?

89.Хронический панкреатит: классификация, дифференциальная диагностика, хирургическое лечение.

90.Ишемическая болезнь сердца: методы исследования, эндоваскулярные методы лечения.

91.Оставленные после операции камни в желчных протоках: клиника, диагностика, лечение.

92.После 4-го приступа хронического рецидивирующего панкреатита у больного при обследовании в желчном пузыре обнаружены мелкие конкременты. Какова тактика хирурга?

93.Острые эзофагогастродуоденальныекровоте-чения: причины, диагностика, тактика хирурга.

94.Спорадический зоб: определение понятия, классификация по форме и степени увеличения, функции. Клиника, диагностика, лечение.

95.Коарктация аорты: классификация, клиника, диагностика, методы хирургического лечения.

96.В клинику поступила больная 60 лет с рецидивом панкреатита. Приступ удалось купировать медикаментозной терапией. Каков план обследования и лечения больной?

97.Врожденные пороки сердца: классификация, методы обследования больных. Условия для проведения операций на открытом сердце.

98.Классификация желтуха. Причины развития механической желтухи, клиника, диагностика, лечение.

99.Синдром приводящей петли: патогенез, клиника, диагностика, лечение.

100.У больного во время операции по поводу механической желтухи обнаружена опухоль головки поджелудочной железы. Холедох резко расширен. Желчный пузырь был удален несколько лет тому назад. Что надо предпринять?

101.Стриктура большого дуоденального (фатерова) сосочка : диагностика, клиника, хирургическое лечение. Эндоскопическая папиллотомия, папилло-сфинктеротомия

102.Дивертикулы пищевода (пульсионные, тракционные, смешанные): локализация, клиника, диагностика, осложнения, лечение.

103.Причины эзофагогастродуоденальных кровотечений. Дифференциальная диагностика.

104.У больного во время операции по поводу перитонита обнаружен разрыв большой кисты поджелудочной железы. Каковы действия хирурга?

105.Кардиоспазм (ахалазия) : этиология, клиника, диагностика, методы лечения, показания к хирургическому лечению, методы операций.

106.Рак ободочной кишки: диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, методы лечения.

107.Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей: причины, классификация, клиника, методы диагностики.

108.У больного во время операции по поводу предполагаемой опухоли желудка опухоль не найдена. Обнаружена киста поджелудочной железы размером 15 х 15 см, интимно спаянная с задней стенкой желудка, корнем мезаколон и брыжейкой тонкой кишки. Каковы действия хирурга?

109.Тиреотоксикоз: патогенез, классификация по степени тяжести и стадиям развития, методы лечения.

110.Рубцовое сужение пищевода: причины, клиника, диагностика, методы лечения.

111.Острый тромбофлебит подкожных вен: классификация, патогенез, клиника, лечение.

112.У больной 36 лет диагностирован однокамерный эхинококкоз печени, расположенный в области 7 сегмента печени размером 8 х 8 см. Каков хирургический доступ и характер вмешательства?

113.Посттромбофлебитический синдром: диагностика, методы лечения, показания к хирургическому лечению, методы операций.

114.Рак ободочной кишки: выбор метода хирургического лечения (объем, одномоментные, двухэтапные, паллиативные и радикальные операции).

115.Ожоги пищевода: профилактика, рубцовые стриктуры. Одномоментные и двухэтапные операции.

116.Больной 47 лет, жалуется на тяжесть в правом подреберье. В анамнезе – беспричинная крапивница, зуд кожи, печень неравномерна, выступает из подреберья на 5 см, безболезненна. О каком заболевании следует думать? Каковы дополнительные исследования и как лечить больного?

117.Клиника диффузного и узлового тиреотоксического зоба. Показания к различным видам лечения. Подготовка к операции.

118.Осложнения рака ободочной кишки: клиника, диагностика, лечение.

119.Илеофеморальный венозный тромбоз: клиника, диагностика, показания к различным методам лечения (консервативные, оперативные).

120.Больной 36 лет доставлен в клинику с многократной рвотой кровью со сгустками., АД 100/65, пульс 90 уд.в минуту. Живот увеличен в объеме, расширены вены на коже живота, асцит. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечебная тактика?

121.Тромбоэмболия периферических артерий: этиология, патогенез, лечение.

121Консервативные методы лечения тромботических окклюзий сосудов и возможные осложнения.

123.Этиология, клиника и лечение пилоростеноза.

124.Во время холецистэктомии случайно произошло повреждение холедоха. Какова тактика врача?

125.Осложнения во время и после операции на щитовидной железе: клиника, лечение, профилактика повреждения возвратного нерва.

126.Методы диагностики заболеваний периферических артерий.

127.Рак поджелудочной железы: клиника, методы диагностики. Радикальные и паллиативные операции.

128.У больной, перенесшей 10 лет тому назад острый илеофеморальныйфлеботромбоз, появились выраженные явления хронической венозной недостаточности, вторичный варикоз. Каков план обследования и лечения?

129.Облитерирующий тромбангиит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.

130.Эндемический зоб: определение понятия, классификация, этиология, патогенез.

131.Хирургические заболевания ободочной кишки: классификация, методика обследования больных.

132.У больного через 6 месяцев после холецистэктомии появилась интенсивная безболевая желтуха. Диагноз и тактика хирурга?

132. Внутригрудной зоб: клиника, диагностика, лечение, показания к хирургическому лечению.

133.Виды оперативных вмешательств при язвенной форме посттромбофлебитического синдрома.

134.Послеоперационные вентральные грыжи: причины возникновения, методы операций

135.Больная 26 лет поступила в больницу в тяжелом состоянии. Час назад выпила каустическую соду. Тактика врача, лечение?

136.Зоб Хашимото и Риделя: этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

137.Болезнь Рейно: определение, классификация, диагностика, клиника, принципы лечения.

138.Медиастиниты (острые и хронические): этиоло-гия, клиника, диагностика, лечение.

139.Больная 29 лет два месяца назад лечилась по поводу ожога пищевода. Самочувствие было хорошее. В настоящее время жалуется на дисфагию, боли в груди при прохождении пищи. Ваш план обследования, диагноз, лечение?

Ситауционные задачи.

-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
-	У больной 71 года, страдающей ишемической болезнью сердца, мерцательной аритмией, за 8 час. До поступления внезапно появились резкие боли в обеих конечностях. Общее состояние тяжелое. Число дыханий 42 в минуту. В лёгких большое количество влажных хрипов. Число сердечных сокращений 144 в минуту, дефицит пульса 32 в мин., АД – 240/120 мм.рт.ст. Кожные покровы обеих нижних конечностей, передней брюшной стенки, ягодиц бледные, «мраморного рисунка», холодные на ощупь. Отёков конечностей нет. Активные движения в суставах отсутствуют, пассивные сохранены. Пульсация артерий не определяется на всём протяжении обеих нижних конечностей.
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
-	У больной с ишемической болезнью сердца клиническая картина острой тромбоэмболии бифуркации аорты, острой ишемии нижних конечностей IIБ степени, интерстициального отека легких.
-	Диагноз поставлен верно.
-	Диагноз поставлен неполностью: не указана локализация, или не указано течение заболевания, или не указана стадия заболевания
-	Ответ неверный: диагноз поставлен неверно.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
-	**Число дыханий 42 в минуту. В лёгких большое количество влажных хрипов. Число сердечных сокращений 144 в минуту, дефицит пульса 32 в мин., АД – 240/120 мм.рт.ст. Кожные покровы обеих нижних конечностей, передней брюшной стенки, ягодиц бледные, «мраморного рисунка», холодные на ощупь. Отёков конечностей нет. Активные движения в суставах отсутствуют, пассивные сохранены. Пульсация артерий не определяется на всём протяжении обеих нижних конечностей.**
-	Диагноз обоснован верно.
-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны данные анамнеза в обосновании или не указаны данные рентгеноскопии в обосновании

	или не обосновано течение заболевания или не указана стадия язвенной болезни
-	Ответ неверный: диагноз обоснован полностью неверно.
3	Какие осложнения могут развивать при данном заболевании?
-	• Инфаркт миокарда, постинфарктная аневризма ЛЖ, Фибриляция желудочков, Синдром полиорганной недостаточности; Паралич мышц конечности дистальнее окклюзии; Интоксикация; Ишемические контрактуры, Гангрена. •
-	Все осложнения указаны полностью верно.
-	Указаны не все осложнения или 1 осложнение указано неверно
-	Ответ неверный: осложнения указаны полностью неверно
4	Диагностические мероприятия для уточнения диагноза?
-	Рентгенография грудной клетки. ЭКГ, холтеровский мониторинг ЭКГ, ЭхоКГ, УЗДГ сосудов н/к, Коронаро-ангиография, катетеризация легочной артерии.
-	До обследование указано верно
-	До обследование указано не полностью: не указано 1 ил 2 дополнительных метода обследования ил 1 названо не верно
-	Ответ неверный: дообследование указано полностью неверно.
5	***Какие подходы к лечению данного состояния вы знаете?***
-	Консервативный и хирургический. Значит у больной ИБС, мерцательная аритмия, отек легких, и острая ишемия нижних конечностей. Сперва по очереди, ИБС лечим: по некоторым рекомендациям это 3 группы препаратов – Антиагреганты (ацетилсалициловая кислота, аспирин кардио, тромбо асс, кардиомагнил, клопидогрель и др.) Б-блокаторы (конкор, метопролол, атенолол, бинелол, бисепролол, и др.) Статины (симвастатин, вазилип, симвастон, торвокард и др.) + имеем ФП, тут уже добавляются Антикоагулянты (варфарин, гепарин и их производные), в зависимости от формы ФП применяются и Антиаритмики (кордарон), ситуация осложняется отеком легких, продолжаем лечение (больной в этот момент должен быть в идеале в реанимации, больной с приподнятым изголовьем и опущенным ножным концом, налаживаем (увлажненный кислород, желательно с добавлением эуфилина в духательную смесь), добавляем гормональную терапию (преднизалон, дексаметазон), диуретики (лазикс), вазодилататоры и т.д. но у нас еще и острая ишемия нижних конечностей (решаем вопрос в течении 1-2 часов) и скорей всего это хирургия… Это все было консервативное лечение. Хирургическое лечение: ИБС – стентирование коронарных артерий, аортокоронарное шунтирование. ФП – радиочастотнаяаблация (РЧА) устья легочных вен. Острая ишемия н/к - эмболэктомия. Она проводится

	путем вскрытия обеих бедренных артерий, удалением эмболов с помощью катетера Фогарти.
-	Препараты указаны верно.
-	Указаны не все группы препаратов Или одна группа препаратов указана неверно
-	Ответ полностью неверный.
-	002
А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
А/02.8	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
-	**Больная 42 лет месяц назад заметила опухолевидное образование в правой молочной железе. Менструальный цикл не нарушен. Обе молочные железы развиты правильно, симметричны. Кожа и соски не изменены. Пальпаторно в верхне-наружном квадранте правой молочной железы определяется опухолевидное образование диаметром 3см, плотной консистенции, бугристое, без четких границ, подвижное, не связанное с кожей и грудной мышцей. Выделений из соска нет. При ощупывании ладонью опухоль не исчезает. Симптом Прибрама отрицательный. Регионарные лимфоузлы не пальпируются.**
1	Какое заболевание можно заподозрить
-	Вероятно, у больной рак молочной железы I стадии.
-	Диагноз поставлен верно.
-	Диагноз поставлен неполностью: неверно оценена стадия.
-	Диагноз поставлен неверно.
2	Как уточнить диагноз?
-	Для уточнения диагноза следует произвести узи молочной железы (для уточнения локализации), безконтрастную маммографию, пункционную биопсию узлового образования (для верификации опухолевого процесса) кт органов грудной клетки для исключения метастазов или их наличия
-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

-	Назван только один метод без обоснования и или не названы не верно.
3	Обоснуйте поставленный диагноз
-	Поставленный диагноз обоснован локализацией указанного образования в типичном для рака месте локализации, образование бугристое. Нет увеличенных лимфоузлов, отрицателен симптом Прибрама, размер опухоли 3 см.
-	Диагноз обоснован верно
-	Диагноз обоснован не полностью, Указаны не все клинические признаки, симптомы и анамнез пациента в обосновании
-	Обоснование дано не верно.
4	Какое лечение показано больной?
-	больной показана операция, первым этапом которой должна быть секторальная резекция молочной железы с цитобиопсией.
-	Ответ верный
-	Ответ не полный, указано только оперативное пособие без дальнейшейцитобиопсии
-	Ответ неверный: не верно указано оперативное пособие.
5	***Что делать, если при цистобиопсии, подтвердится диагноз рака молочной железы***
-	**При подтверждении диагноза рака нужно произвести или Мастэктомия — удаление молочной железы (без лимфатических узлов). Выполняется при неинвазивных формах рака (протоковый рак insitu, дольковый рак insitu или радикальную мастэктомию с удалением лимфоузлов. Существуют операции по Холстеду-Майеру, Пейти, Маддену. В дальнейшем, после гитологического заключения повторной операции, решается вопрос о дальнейшей лучевой или химиотерапии.**
-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
-	003
A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
A/02.8	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

-	**Больной 39 лет, длительно страдающей диффузно-токсическим зобом (более 5 лет), произведена операция – тотальная тиреоидэктомия. Через сутки после операции больная стала беспокойна, появились парастезии в области кончиков пальцев рук, чувство ползания мурашек, подёргивание мышц лица, симптом «руки акушера».**
1	**О каком осложнении следует думать, как подтвердить ваше предположение?**
-	У больной вероятнее всего развился послеоперационный гипопаратиреоз, в результате удаления или травматизации паращитовидных желез. Для уточнения диагноза необходимо исследовать уровень паратгормона и ионизированного кальция в сыворотке крови.
-	Диагноз поставлен верно.
-	Ответ не полный: упущены необходимые исследования для уточнения диагноза
-	Диагноз поставлен неверно.
2	Какова тактика лечения?
-	Необходимо в/в введение препаратов кальция (кальция хлорид 10%, кальция глюконат 10%) в объеме от 10-20 мл до 30-40 мл или до появления тошноты – кальция хлорида, а кальция глюконата от 40-50 до 100-120 мл кальция глюконата, или так же до тошноты, а в дальнейшем переводом пациентки на таблетированные формы препаратов кальция (кальций сандоз, кальций д3 никомед, и др.) и прямой и непрямой формы витамина Д3 (альфа Д3 тева и др.) с контролем уровня содержания паратгормона, кальция и витамина д в сыворотке крови.
-	Тактика верная.
-	В ответе не учтено одно из: концентрация препаратов кальция и или дальнейшая компенсация по уровню кальция ,паратгормон и вит д в крови; не указано применение препартов витамина д.
-	Тактика ведения пациента
3	Были ли показания к оперативному лечению?
-	Длительный анамнез безуспешного консервативного (тиреостатическая) лечения является показанием к операции , дабы исключить возможные осложнения тиреотоксикоза. Тотальнаятиреоидэктомия показана, так как аутоиммунное заболевание – диффузно-токсический зоб, часто рецидивирует.
-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.

-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
4	Возможные осложнения при данной операции
-	При данной операции могут быть следующие осложнения: 1) повреждение возвратного, гортанного нервов; 2) кровотечение; 3) повреждение или удаление паращитовидных желез; 4) в раннем послеоперационном периоде тиреотоксический криз. 5) повреждение трахи и пищевода
-	Ответ верный
-	Ответ дан не полностью : не указаны одно или два осложнения.
-	Ответ неверный: дан только один верный ответ или названы другие осложения при операциях, не являющиеся специфичными для данной.
5	***Больная явилась на осмотр через 3 месяца после операции. Принимает эутирокс 125 мг, кальций сандоз 500 мг 2 р/день, альфа д3 тева 0,25 мг 1 р/день. В анализах крови – ТТГ – 1,2 мМЕ/л, Т4 св. – 15 пмоль/л, 25 ОНд – 30 ммоль/л (N 25-40 ммоль/л), Са+ - 2,13 ммоль/л, паратгормон – 4,3 ммоль/л. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки?***
-	Оставить принимаемую заместительную терапию прежней. Продолжить динамическое наблюдение. 1 р/ в 2 месяца – уровень Са+ и вит Д, 1 р/ 6 месяце – уровень ТТГ и Т4 св.
-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
-	004
А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
А/02.8	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
-	У больного 43 лет, страдающего язвой двенадцатиперстной кишки, внезапно появились кинжальные боли в животе, затем боли стихли. Осмотрен через 8 часов с момента заболевания. Состояние удовлетворительное, пульс 80 ударов в минуту, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот незначительно напряжен в правом подреберье, участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается умеренная болезненность в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печеночная тупость сглажена. Рентгенологически – серповидный газ под правым куполом диафрагмы. Температура – 37,3 ^{0}С, лейкоцитоз – 10х10/л.
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
-	Язва двенадцатиперстной кишки, осложненная прикрытой перфорацией.
-	Диагноз поставлен верно.
-	Диагноз поставлен не полностью: не указан характер осложнений.
-	Ответ неверный: диагноз поставлен неверно.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Укажите симптомы, описанные в задаче по авторам.
-	Поставленный диагноз обоснован выраженной кинжальной болью в животе, укорочением перкуторного звука над печенью, рентгенологически серповидным газом под правым куполом диафрагмы. Симптомы Дьелафуа, Жобера–Спижарного.
-	Диагноз обоснован верно.
-	Диагноз обоснован неполностью: Указаны не все жалобы и анамнез пациента в обосновании или не указаны все симптомы в обосновании
-	Ответ неверный: диагноз обоснован полностью неверно.
3	Как расшифрованы симптомы Дьелафуа, Жобера-Спижарного, Ратнера-Виккара, Щеткина-Блюмберга, которые оказались положительными у пациента?
-	Симптом Дьелафуа – кинжальная боль в животе. Симптом Жобера-Спижарного – Укорочение или отсутствие печеночной тупости при перкуссии области реберной дуги.

	Симптом Щеткина-Блюмберга – болезненность при надавливании на живот, которая резко усиливается при отдергивании руки пальпирующего.
-	Все симптомы расшифрованы верно.
-	Правильно расшифрованы не полностью только три симптома, а один вообще не расшифрован.
-	Ответ неверный: все симптомы расшифрованы неверно.
4	Какова тактика ведения пациента, и в каком случае применяется оперативное вмешательство?
-	Целесообразно провести предоперационную подготовку путем введения растворов электролитов (дисоль, ацесоль, раствор рингера, физ-й р-р), далее срединнаялапартомия, выполнение резекции желудка или ваготомии в сочетании с пилоропластикой (стволовая или селективная и др.).
-	Тактика ведения указана верно
-	Тактика ведения больного указана не полностью. Не указано о необходимости предоперационной подготовки, как нужно подготовить. Не приведены другие возможные варианты операции по субоперационной находке, какая пилоропластика (стволовая или селективная и др.).
-	Ответ неверный: тактика ведения указано полностью не верно.
5	***В каких случаях производится стволовая ваготомия, а в каких – первичная резекция желудка?***
-	Стволовая ваготомия показана при локализации язвы на передней стенке двенадцатиперстной кишки или пилорического канала, при отсутствии выраженного инфильтрата в области перфорации. Резекция желудка – при обнаружении язв второго типа, т.е. множественных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, подозрении на малигнизацию.
-	Показания указаны верно.
-	Указаны не все показания Или одно показание указано неверно
-	Ответ полностью неверный.
-	005
A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
A/02.8	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
-	**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

-	У больного 58 лет 59 часов назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились в правую подвздошную область. Была тошнота и однократная рвота. Больной принимал анальгин и прикладывал к животу грелку, после чего боли стихли. На 2-е сутки боли возобновились, появилась многократная рвота. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Эйфоричен. Пульс 128 ударов в минуту, АД 95/60 мм рт. ст. Язык сухой . Живот напряжен во всех отделах и болезненный, но больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга определяется во всех отделах. Температура 37,2 °С. Лейкоцитов в крови – $18x10^9$/л.
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
-	По началу и течению заболевания можно предполагать острый перфоративный аппендицит с развитием разлитого перитонита в терминальной стадии.
-	Диагноз поставлен верно.
-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или упущена первопричина
-	Диагноз поставлен неверно.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
-	На основании Клиники: боли из эпигастральной области, сместившиеся в правую подвздошную область, тошнота и рвота, стихание болей после приема анальгетиков говорит за развитие острого аппендицита. Ухудшение состояние через двое суток : многократная рвота, учащение пульса, снижение АД, спутанность сознания, напряжение мышц брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, лейкоцитоз в анализе крови говорит о нарастании интоксикации вследствие возможной перфорации аппендикулярного отростка и развитие разлитого перитонита.
-	Диагноз обоснован верно.
-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или метаболического синдрома. или Обоснование одной из нозологических форм или метаболического синдрома дано неверно.
-	Диагноз обоснован полностью неверно.
3	Какие лечебные мероприятия должны предшествовать операции?
-	Операции должна предшествовать: наложение назогастрольного зонда с аспирацией желудочного содержимого, активная дезинтоксикационная

	терапия (метод форсированного диуреза), включающая переливание реамберина, реополиглюкина, растворов глюкозы и электролитов (дисоль, ацесоль, р-р NCI 0,9%, раствор рингера), при возможности проведение плазмофереза или плазмосорбции; витаминов, введение кардиотоников и вазопрессоров для стабилизации уровня АД; ведение двух и более антибиотиков широкого спектра действия из разных фармокологичеких групп
-	Тактика предоперационного ведения верная.
-	Тактика предоперационного ведения составлена не полностью, указаны два или один пункт (без дезинтоксикационной и или кардиотонической терапии)
-	Не названы три и более дополнительных метода подготовки пациента к операции или Обоснование назначения трех и более методов дано неверно. или не названо ничего из необходимой предоперационной подготовки больного.
4	В чем состоит особенность оперативного вмешательства
-	При стабилизации артериального давления необходима операция под общим обезболиванием путем срединной лапаратомии. Основные этапы операции – удаление источника перитонита (аппендэктомия), тщательное очищение и промывание экссудата и ведение в брюшную полость 4-6 микроирригаторов для инфузии антибиотиков в послеоперационном периоде, назоинтерстициальная интубация.
-	Ответ верный
-	Выбрана верная , но не верна указан эпатность и или количество дренажных трубок (микроирригаторов) и их назначение.
-	Ответ неверный: не указанаэтапность операции и или пропущен один из этапов, доступ и вид анестезии назван не верно.
5	***Опишите основныесипмтомы характерный для острого аппендицита***
-	Симптом Щеткина – Блюмберга. Надавливание на брюшную стенку сложенными вместе пальцами кисти с последующим их быстрым отнятием. Симптом считается положительным при усилении боли в момент отнятия пальцев.

	Симптом В. М. Воскресенского. При пальпации врач перемещает руку от подложечной области вниз и вправо. Эти действия приводят к появлению у пациента боли с правой стороны. Симптом Ровзинга Если врач совершает толчкообразные надавливания на нижний левый квадрат живота, пациент ощущает боль. Это происходит из-за «миграции» газообразного содержимого из одной части толстого кишечника в другую. Симптом Ситковского Характеризуется усилением боли при принятии больным лежачего положения (на левом боку). Это происходит по причине натяжения брюшины вследствие того, что слепая кишка и аппендикс занимают иное положение. Симптом А. П. Крымова. Болезненность правого пахового канала при введении исследующего пальца через наружное отверстие в области задней стенки. Симптом А. С. Чугуева. Прощупывание напряженных «тяжей» в наружной косой мышце живота при пальпации правой подвздошной области. Чаще эти «тяжи» определяются при пальпации больного в положении на левом боку. Поясничный симптом (В. Н. Варламов). Поколачивание по XII ребру или лучше в области поясничных мышц справа и слева вызывает боль в правой подвздошной области.
-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.