

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе,
Шахбанов Р.К.

2019 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

по

ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ, ХИРУРГИЧЕСКИМ БОЛЕЗНЯМ

Индекс дисциплины по учебному плану Б1.Б.31.
Специальность 31.05.03 Стоматология
Уровень высшего образования специалитет
Квалификация выпускника врач - стоматолог
Факультет стоматологический
Кафедра ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО,
СТОМАЛОГИЧЕСКОГО И МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ
Форма обучения очная
Курс 3,4
Семестр 5,6,7
Всего трудоёмкость (в зачётных единицах/часах) 6 з.е. /216 часов
Лекции 40 (часов)
Практические занятия 92 (часов)
Самостоятельная работа 48 (часов)
Форма контроля экзамен 36 часов в 7 семестре

МАХАЧКАЛА
2019

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки (специальности) 31.05.03 СТОМАТОЛОГИЯ, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 96 от «09» 02 2016 г.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры от 28 августа 2019 г.

Рабочая программа согласована:

1. Директор библиотеки ДГМУ _____ (В.Р.Мусаева)
2. Начальник Управления УМР ККО _____ (А.М.Каримова)
3. Декан стоматологического факультета _____ (Т.А.Абакаров)

Заведующий кафедрой _____ (д.м.н., доцент М.А. Алиев)

Разработчик рабочей программы:

С.Р. Рабаданова - к.м.н., доцент, зав. учебной частью кафедры хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

Рецензенты:

1.Р.Т.Меджидов – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ДГМУ

2.З.В.Курбанова – д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии с лабораторией инновационных клеточных технологий ДГМУ

СОДЕРЖАНИЕ

1.	ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	4
2.	ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ	4
3.	МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ	5
4.	ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ	6
5.	СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	6
5.1.	РАЗДЕЛЫ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) И КОМПЕТЕНЦИИ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОСВОЕНЫ ПРИ ИХ ИЗУЧЕНИИ	6
5.2.	РАЗДЕЛЫ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ), ВИДЫ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ФОРМЫ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ	11
5.3.	НАЗВАНИЕ ТЕМ ЛЕКЦИЙ С УКАЗАНИЕМ КОЛИЧЕСТВА ЧАСОВ	11
5.4.	НАЗВАНИЕ ТЕМ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ С УКАЗАНИЕМ КОЛИЧЕСТВА ЧАСОВ	13
5.5.	ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРАКТИКУМ	-
5.6.	САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ	13
6.	ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	14
7.	ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»	14
8.	ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	15
9.	МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	16
10.	КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	17
11.	ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ	
12.	ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ В РАБОЧУЮ ПРОГРАММУ	

І - МОДУЛЬ «ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ»

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ МОДУЛЯ

Цель: освоение студентами теоретических основ и практических навыков по вопросам общей хирургии.

Задачи:

- усвоение основных принципов асептики и антисептики;
- овладение методикой переливания крови и кровезаменителей;
- изучение основных методов обезболивания;
- умение оказать первую врачебную помощь при неотложных и угрожающих жизни состояниях (ранения, травма, кровотечения, переломы, вывихи, синдром длительного сдавления, ожоги, отморожения, электротравма, тяжелый эндотоксикоз, остановка дыхания и сердечной деятельности, другие терминальные состояния);
- знание современных принципов диагностики, классификации, профилактики и лечения хирургической инфекции, ран, кровотечений, нарушений артериального и венозного кровообращения, трофических язв, свищей, пролежней, доброкачественных и злокачественных опухолей;
- знание требований и правил оформления медицинской документации и получения информированного согласия пациента на диагностические и лечебные процедуры.

2. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Формируемые в процессе изучения учебной дисциплины компетенции

- **Общепрофессиональные (ОПК-4,ОПК-5,ОПК-6), в соответствии с ФГОС3+;**

№	Наименование категории (группы) компетенции	
	1	2
1	Общепрофессиональные компетенции	ОПК-4 способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности;
		Знать осуществлять свою деятельность в различных сферах общественной жизни с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм; соблюдать правила врачебной этики и деонтологии, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией
		Уметь сформировать новые личностные качества: критически относиться к себе, к своим стереотипам и привычкам, обладать гибким мышлением, сотрудничать и вести диалог, критически оценивать информацию, анализировать и синтезировать, быть нравственно ответственным за порученное дело, способен к творческой адаптации в реальной обстановке
		Владеть способностью к аргументации, ведению дискуссии, к социальному взаимодействию с обществом, общностью, коллективом, семьей, друзьями, партнерами; к толерантности, уважению; к социальной мобильности
2		ОПК-5 способность и готовность анализировать результаты собственной

	<p>деятельности для предотвращения профессиональных ошибок;</p> <p>Знать клинические проявления основных синдромов, требующих хирургического лечения; особенности оказания медицинской помощи при неотложных состояниях;</p> <p>Уметь провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.), направить его на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз; разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения; использовать полученные теоретические знания при оказании скорой и неотложной помощи хирургическим больным;</p> <p>Владеть интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов разного возраста; алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам и при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным; методами диагностики острой хирургической патологии на догоспитальном этапе, диагностики закрытых ранений, повреждений, раневой инфекции, травматического шока, массивной кровопотери и способами оказания раненым первой врачебной помощи;</p>
3	<p style="text-align: center;">ОПК-6</p> <p>готовность к ведению медицинской документации;</p> <p>Знать ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в хирургических отделениях и кабинетах лечебно-профилактических учреждений;</p> <p>Уметь собрать полный медицинский анамнез пациента, провести опрос больного, его родственников (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию);</p> <p>Владеть методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях;</p>

2. МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Модуль «Общая хирургия» относится к базовой части компонента блока Б.1. обязательных профессиональных дисциплин и изучается в пятом и шестом семестрах.

Материал дисциплины опирается на ранее приобретенные студентами знания по дисциплинам/практикам, в том числе: история медицины, биология, анатомия человека – анатомия головы и шеи, фармакология, иммунология – клиническая иммунология, патофизиология – патофизиология головы и шеи, Внутренние болезни, Клиническая фармакология.

«Общая хирургия» предшествует изучению студентами курса хирургических болезней и военно-полевой хирургии, акушерства и гинекологии, факультетской и госпитальной хирургической стоматологии, челюстно-лицевой травматологии.

4. ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ

Виды работы	Всего часов	Кол-во часов в семестре	
		V	V1
Контактная работа (всего), в том числе:			
Аудиторные работа	84	30	54
Лекции (Л)	28	10	18
Практические занятия (ПЗ)	56	20	36
Самостоятельная работа обучающегося (СРО)	24	6	18
История болезни (написание и защита)		-	2
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)		-	-
Итого: Общая трудоемкость	часы		108
	ЗЕТ		3,0

5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

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

п/№	Контролируемые компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6	История хирургии	Что такое хирургия? Основные этапы развития хирургии. Эмпирический период (хирургия древнего мира, хирургия в средние века). Анатомический период. Период великих открытий конца XIX – начала XX века (история асептики и антисептики, открытие обезболивания и история анестезиологии, открытие групп крови и история переливания крови). Физиологический период. Современная хирургия.
2	ОПК-4 ОПК-5	Асептика, антисептика	Понятие об асептике и антисептике. Основные пути распространения инфекции. Профилактика воздушно-капельной и контактной инфекции. Стерилизация и её

	ОПК-6		виды. Способы контроля стерильности. Обработка рук хирурга. Профилактика имплантационной инфекции. Эндогенная инфекция и её значение. Механическая антисептика. Физическая антисептика. Химическая антисептика. Биологическая антисептика.
3	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6	Обезболивание	Основные виды обезболивания. Наркоз. Классификация. Премедикация. Современный комбинированный наркоз. Миорелаксанты. Интубация трахеи. Осложнения наркоза. Местная анестезия. Местные анестетики. Инфильтрационная, проводниковая, эпидуральная и спинальная анестезии
4	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6	Кровотечение. Переливание крови	Понятие о кровотечении. Классификация кровотечений. Изменения в организме при острой кровопотере. Диагностика кровотечений. Понятие о геморрагическом шоке. Способы временной остановки кровотечений. Современные способы окончательной остановки кровотечений. Основные принципы компенсации кровопотери. Основные антигенные системы крови. Определение группы крови по системе АВ0 и Rh-фактору. Возможные ошибки. Переливание крови. Показания. Способы гемотрансфузии. Препараты крови. Пробы на индивидуальную и биологическую совместимость. Современные плазмозамещающие растворы и показания к их применению. Осложнения при гемотрансфузиях и переливании плазмозамещающих растворов.
5	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6	Операция, предоперационный и послеоперационный периоды.	Предоперационная подготовка (цель и задачи, диагностический этап, непосредственная подготовка больного к операции, определение степени риска операции и наркоза, оформление информированного согласия больного на операцию или манипуляцию). Хирургическая операция – основные виды операций, этапы операции, интраоперационные осложнения и их профилактика. Послеоперационный период – особенности раннего послеоперационного периода, обезболивание. Основные осложнения раннего послеоперационного периода, их диагностика, лечение и профилактика.
6	ОПК-4	Ожоги, холодовая травма, электротравма.	Понятие о термических поражениях. Термические ожоги. Классификация. Методы определения площади ожога. Ожоговая

	ОПК-5 ОПК-6		болезнь. Первая помощь. Современные методы местного и общего лечения ожогов и ожоговой болезни. Химические ожоги. Отморожения. Классификация. Общее охлаждение. Местное и общее лечение. Понятие о электротравме. Диагностика. Первая помощь. Лечение.
7	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6	Переломы, вывихи	Травма – основные понятия. Особенности обследования пострадавших с острой травмой. Классификация повреждений. Закрытые повреждения мягких тканей (ушиб, растяжение, разрыв, СДР). Переломы. Классификация. Диагностика переломов. Первая помощь. Транспортная иммобилизация. Современные методы лечения. Травматический шок. Механизмы развития. Диагностика, лечение, профилактика.
8	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6	Закрытые и открытые повреждения черепа, головного мозга и шеи. Ранения и закрытые повреждения груди. Ранения и закрытые повреждения живота.	<p>Диагностика сотрясения, ушиба и сдавления головного мозга. Особенности течения раневого процесса в головном мозге. Отек мозга, профилактика и лечение на этапах медицинской эвакуации.</p> <p>Симптоматика повреждений шеи. Клиника и диагностика в зависимости от повреждений различных органов. Первая помощь. Травматический пневмоторакс и его виды. Виды открытого пневмоторакса. Патогенез. Клиника. Клапанный пневмоторакс. Патогенез. Симптоматология напряженного пневмоторакса. Первая помощь в очаге поражения и первая врачебная помощь. Лечение на этапах медицинской эвакуации.</p> <p>Повреждения и ранения груди с гемотораксом. Патогенез. Симптомы. Осложнения. Первая помощь в очаге поражения. Лечение на этапах медицинской эвакуации. Классификация. Проникающие ранения. Клинические признаки повреждения паренхиматозных органов брюшной полости. Признаки повреждения половых органов. Клиника, диагностика, осложнения, причины летальности. Первая помощь в очаге поражения. Лечение на этапах медицинской эвакуации.</p> <p>Ранения и закрытые повреждения почек. Клиника, диагностика. Лечение на этапах медицинской эвакуации. Внутривнутрибрюшные и внебрюшные повреждения и ранения мочевого пузыря. Клиника, диагностика, осложнения. Лечение на этапах медицинской эвакуации.</p>
9	ОПК-4 ОПК-5	Общее представление о хирургической инфекции.	Определение понятия. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Общие принципы диагностики. Лабораторные и инструментальные методы диагностики.

	ОПК-6		Осложнения (лимфангоит, лимфаденит, тромбофлебит). Современные методы лечения. Профилактика
10	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6	Раны и раневая инфекция.	Понятие о ране. Классификация. Раневой процесс (местные и общие реакции, типы заживления, осложнения заживления ран, раневая болезнь, понятие о раневом истощении). Основные признаки раны. Диагностика. Первая помощь. Лечение ран (местное, общее). Десмургия. Общие правила бинтования. Отдельные виды бинтовых повязок. Понятие о раневой инфекции. Бактериальное загрязнение ран и нагноение ран. Причины. Клинические признаки нагноения ран и диагностика. Методы местного и общего лечения. Профилактика.
11	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6	Местная гнойная инфекция	Гнойные заболевания кожи и мягких тканей (фурункул, карбункул, гидраденит, абсцесс, флегмона, рожа, аденофлегмона). Гнойные заболевания железистых органов (мастит, паротит). Гнойные заболевания костей и суставов (гематогенный и посттравматический остеомиелит, острый гнойный артрит и бурсит). Гнойные заболевания кисти (панариций, флегмона кисти). Классификация. Клиника и диагностика. Лечение местное и общее. Профилактика
12	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6	Анаэробная и гнилостная инфекции	Современные представления о гнилостной инфекции. Анаэробная клостридиальная инфекция. Анаэробная неклостридиальная инфекция. Возбудители. Клиническая картина и диагностика. Методы местного и общего лечения. Профилактика
13	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6	Некрозы, язвы, свищи, пролежни.	Определение понятия. Причины (острые и хронические нарушения артериальной проходимости, венозного оттока, микроциркуляции, лимфообращения, иннервации). Основные виды некрозов (сухой и влажный некрозы, гангрена, трофическая язва, свищи). Диагностика. Общие принципы лечения.
14	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6	Хроническая и острая специфическая хирургическая инфекция.	Столбняк. Классификация. Клиника. Диагностика. Методы плановой и экстренной профилактики. Лечение. Сибирская язва. Клиника, диагностика, лечение. Актиномикоз. Костно-суставной туберкулез. Классификация. Клиника. Диагностика. Современные методы лечения.
15	ОПК-4	Острые гнойные заболевания	Перитонит. Определение понятия,

	ОПК-5 ОПК-6	серозных полостей.	классификация. Основные источники острого гнойного перитонита (воспаление органов брюшной полости, перфорации и разрывы половых органов, некрозы органов брюшной полости). Клиника и дифференциальная диагностика. Современные принципы оперативных вмешательств и проведение комплексной терапии (роль дренирования брюшной полости и зондовой декомпрессии кишечника, антибактериальная терапия, детоксикация, коррекция иммунных нарушений). Послеоперационные перитониты, причины, диагностика, показания к повторным операциям.
16	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6	Сепсис	Современное понятие о сепсисе. Терминология. Теории сепсиса. Классификация сепсиса. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Современные методы лечения сепсиса. Профилактика.
17	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6	Опухоли	Определение понятия. Основные свойства опухоли. Доброкачественные и злокачественные опухоли – основные отличия. Этиология и патогенез опухолевого процесса. Принципы классификации доброкачественных и злокачественных опухолей. Проявления опухолевого роста. Понятие о предраковых заболеваниях. Общие принципы диагностики опухолей. Общие принципы лечения опухолей – хирургическое лечение, лучевая терапия, химиотерапия.
18	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6	Хирургические паразитарные заболевания.	Эхинококкоз, клиническая картина. Осложнения, диагностика, лечение. Альвеококкоз. Клиника, диагностика, лечение. Амебиаз, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Амебные абсцессы печени, поражения легких и головного мозга. Аскаридоз. Описторхоз. Принципы хирургического лечения паразитарных заболеваний, меры профилактики
19	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6	Аномалии развития. пластическая хирургия. основы трансплантологии.	Ознакомление студентов с наиболее часто встречающимися аномалиями развития и методами их хирургического лечения. Понятие о реконструктивной хирургии и трансплантологии. Виды пластики. Консервация и трансплантация органов. Иммунологические аспекты трансплантации.

5.2 Разделы дисциплины, виды учебной деятельности и формы текущего контроля

№ семестра	Наименование раздела дисциплины	Виды деятельности (в часах)				Оценочные средства для текущего контроля успеваемости
		Л	ПЗ	СРО	ВСЕ ГО	
V	Асептика, антисептика. Обезболивание. Кровотечение, переливание крови. Хир. операция. Травмы, переломы, вывихи. Раны. Ожоги, э/травмы, отморожения. Хир. инфекция.	10	20	6	36	Тестовые и ситуационные задания
VI	Сепсис. Некрозы, гангрены, язвы, свищи. Опухоли. Паразитарные заболевания. Пороки развития. Пластическая хирургия и трансплантология.	18	36	18	72	Тестовые и ситуационные задания
ИТОГО:		28	56	24	108	

5.3 Название тем лекций с указанием количества часов

№ п/п	Название тем лекций	Количество часов в семестре	
		V	VI
1	Асептика, антисептика.	1	
2	Кровотечения. Виды кровотечений. Методы временной и окончательной остановки кровотечения.	1	
3	Учение о группах крови. Консервирование крови. Переливание крови. Осложнения при гемотрансфузиях.	1	
4	Обезболивание в хирургии. История вопроса. Общее обезболивание. Виды местной анестезии. Понятие о реанимации.	1	
5	Операция. Пред- и послеоперационный периоды.	1	
6	Травмы головы, груди, живота.	1	
7	Термические поражения. Ожоги. Классификация. Лечение. Холодовая травма. Электротравма.	1	
8	Переломы и вывихи. Повреждение полостей и органов расположенных в них. Понятие о травматическом токсикозе.	1	
9	Раны и раневая инфекция.	1	

10	Острая хирургическая неспецифическая инфекция, классификация. Клиника. Диагностика. Общие принципы лечения.	1	
11	Острая и хроническая специфическая хирургическая инфекция		2
12	Некрозы, язвы, свищи, пролежни, гангрена.		2
13	Общая инфекция – сепсис. Клиника. Диагностика. Лечение.		4
14	Опухоли. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.		2
15	Хирургические паразитарные заболевания.		2
16	Аномалии развития.		2
17	Пластическая хирургия.		2
18	Основы трансплантологии.		2
	Итого 28ч.	10	18

5.4 Название тем практических занятий с указанием количества часов.

№ п/п	Название темы практических занятий дисциплины.	Объем по семестрам	
		V	VI
1	Вводное занятие. Цели и задачи хирургии. Организация хирургической службы. Правила оформления медицинской документации.	2	
2	Асептика. Антисептика. Современные методы профилактики инфекции.	2	
3	Общее и местное обезболивание. Основы реанимации.	2	
4	Кровотечение. Виды кровотечений. Методы временной и окончательной остановки кровотечений. Компенсация кровопотери.	2	
5	Переливание крови и плазмозамещающих растворов. Определение группы крови по системе АВ0 и Rh-фактору.	2	
6	Хирургическая операция. Предоперационный и послеоперационный периоды.	2	
7	Травмы головы, груди, живота	2	
8	Переломы и вывихи. Закрытая травма мягких тканей. Клиника.	2	

	Диагностика. Лечение. Транспортная иммобилизация. Десмургия. Отдельные типы повязок.		
9	Термические повреждения. Ожоги. Холодовая травма. Электротравма.	2	
10	Раны и раневая инфекция.	2	
11	Общие вопросы хирургической инфекции. Классификация. Этиология. Патогенез. Общие принципы диагностики и лечения.		4
12	Местная гнойная инфекция. Гнойная инфекция кожи и мягких тканей. Гнойная инфекция желез (мастит, паротит). Гнойная инфекция кисти. Гнойная инфекция костей и суставов.		4
13	Некрозы, язвы, гангрена, свищи. Этиология. Патогенез. Диагностика, лечение.		4
14	Анаэробная инфекция. Гнилостная инфекция. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.		4
15	Острая и хроническая специфическая хирургическая инфекция. Виды. Этиология. Диагностика. Лечение.		4
16	Общая инфекция – сепсис. Этиология. Классификация. Принципы диагностики. Лечение		4
17	Доброкачественные и злокачественные опухоли. Этиология. Патогенез. Принципы классификации. Общие принципы диагностики и лечения.		4
18	Хирургические паразитарные заболевания.		2
19	Аномалии развития.		2
20	Пластическая хирургия.		2
21	Основы трансплантологии.		2
	Итого 56ч.	20	36

5.5 Лабораторные работы не предусмотрены

5.6 Самостоятельная работа обучающегося по дисциплине

№	Самостоятельная работа (всего)	Всего	Семестры	
			V	VI
1	Самостоятельная работа (всего)	24	6	18
2	История болезни (написание и защита)	3	-	3
3	Другие виды самостоятельной работы	21	6	15

	Итого 24ч.
--	------------

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

6.1. Основная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	В.К. Гостищев. «Общая хирургия». ГЭОТАР-Медиа, 2006; 2009.	700 экз.
2	С.В. Петров. «Общая хирургия». ГЭОТАР-Медиа, 2009.	Ед.экз.

Электронные источники:

№	Издания
1	Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html Авторы Гостищев В.К. Издательство ГЭОТАР-Медиа Год издания 2015 Электронное издание на основе: Общая хирургия: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 728 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3214-3.
2	Общая хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Петров С.В. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422816.html Авторы Петров С.В. Издательство ГЭОТАР-Медиа Год издания 2012 Электронное издание на основе: Общая хирургия: учебник. Петров С.В. 4-е изд., перераб. и доп. 2012. - 832 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-2281-6.
3	История медицины и хирургии [Электронный ресурс] / Мирский М.Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414293.html Авторы Мирский М.Б. Издательство ГЭОТАР-Медиа Год издания 2010 Электронное издание на основе: История медицины и хирургии: учебное пособие. Мирский М.Б. 2010. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-1429-3.

6.2. Дополнительная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	«Клиническая хирургия. Национальное руководство». ГЭОТАР-Медиа, 2008. Том 1, 2.	Ед. экз.
2	«Предоперационная подготовка и послеоперационный период». Под редакцией М.Д. Дибирова, Б.С. Брискина., «Советский писатель», Москва. 2007.	Ед. экз.
3	Загиров У.З., Абдуллаев М.Р. «Лекции по общей	100 экз.

	хирургии». Махачкала ,2012.	
4	Горбунков В.Я. «Поликлиническая хирургия». Ставрополь,2011.	Ед. экз.

Электронные источники:

№	Издания
1	<p>Основы ухода за хирургическими больными [Электронный ресурс] : учебное пособие / Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432167.html Авторы: Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И. Издательство ГЭОТАР-Медиа Год издания 2015</p> <p>Электронное издание на основе: Основы ухода за хирургическими больными: учебное пособие / А.А. Глухов, А.А. Андреев, В.И. Болотских. 2015. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-3216-7.</p>
2	<p>Клинический уход за хирургическими больными. "Уроки доброты" [Электронный ресурс] / Шевченко Александра Александровна - М. : ГЭОТАР-Медиа, . - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970406175.html Авторы: Шевченко Александра Александровна Издательство ГЭОТАР-Медиа Год издания</p> <p>Электронное издание на основе: Клинический уход за хирургическими больными. "Уроки доброты": учеб. пособие. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 416 с., илл. - ISBN 978-5-9704-0617-5.</p>

7. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»

№ п/п	Сайты
	<p>Консультант студента Электронная библиотека медицинского вуза http://www.studmedlib.ru Medical World Search (http://www.mwsearch.com); Medpoisk.ru.</p>

8. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Win HOME 10 Russian OLP (Сублицензионный договор Tr 000044429 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)

II - МОДУЛЬ «ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ»

1.ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ МОДУЛЯ:

Цель освоение теоретических основ и формирование практических умений для диагностики наиболее часто встречающиеся хирургических заболеваний и синдромов, оказывать неотложную врачебную помощь.

Задачи:

- обучение студентов методам диагностики острой и онкологической патологии у хирургических больных;
- обучение студентов методикам проведения дифференциального диагноза, постановки, обоснования и формулировки диагноза, составления плана обследования пациентов, определения тактики их ведения;

2. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Формируемые в процессе изучения учебной дисциплины компетенции

- **Общепрофессиональные** (ОПК-4,ОПК-5,ОПК-6), в соответствии с ФГОСЗ+;

№	Наименование категории (группы) компетенции	
	1	2
1	Общепрофессиональные компетенции	ОПК-4 способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности;
		Знать осуществлять свою деятельность в различных сферах общественной жизни с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм; соблюдать правила врачебной этики и деонтологии, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией
		Уметь сформировать новые личностные качества: критически относиться к себе, к своим стереотипам и привычкам, обладать гибким мышлением, сотрудничать и вести диалог, критически оценивать информацию, анализировать и синтезировать, быть нравственно ответственным за порученное дело, способен к творческой адаптации в реальной обстановке
2		ОПК-5 способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок;
		Знать клинические проявления основных синдромов, требующих хирургического лечения; особенности оказания медицинской помощи при неотложных состояниях;
		Уметь провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр,

	<p>пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.), направить его на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз; разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения; использовать полученные теоретические знания при оказании скорой и неотложной помощи хирургическим больным;</p> <p>Владеть интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов разного возраста; алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам и при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным; методами диагностики острой хирургической патологии на догоспитальном этапе, диагностики закрытых ранений, повреждений, раневой инфекции, травматического шока, массивной кровопотери и способами оказания раненым первой врачебной помощи;</p>
3	ОПК-6
	готовность к ведению медицинской документации;
	Знать ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в хирургических отделениях и кабинетах лечебно-профилактических учреждений;
	Уметь собрать полный медицинский анамнез пациента, провести опрос больного, его родственников (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию);
	Владеть методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях;

3.МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Модуль «Хирургические болезни» Б.31 относится к базовой части федерального компонента блока профессиональных дисциплин и изучается в седьмом семестре.

Для изучения модуля необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами/практиками, в том числе: история медицины, биология, анатомия человека – анатомия головы и шеи, фармакология, иммунология – клиническая иммунология, патофизиология – патофизиология головы и шеи, Внутренние болезни, Клиническая фармакология.

Изучение модуля необходимо для знаний, умений и навыков, формируемых последующими дисциплинами/практиками: нормальная физиология челюстно-лицевой области, клиническая фармакология, медицина катастроф, безопасность жизнедеятельности, хирургическая стоматология.

«Хирургические болезни» следует за изучением курса Общей хирургии, логично продолжая его.

4. ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ

Виды работы		Всего часов	Кол-во часов в семестре
			VI
Контактная работа (всего), в том числе:			
Аудиторные занятия (всего)		48	48
Лекции (Л)		12	12
Клинические практические занятия (КПЗ)		36	36
Самостоятельная работа обучающегося (СРО)		24	
История болезни (написание и защита) Реферат			8
Другие виды самостоятельной работы			16
Вид итоговой аттестации	Экзамен	36	
Общая трудоемкость	часы	108	
	ЗЕТ	3,0	

5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

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

п/№	Контролируемые компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6	Острый аппендицит.	<p>Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Клиническая и морфологическая классификация. Клиника и диагностика. Дифференциальная диагностика. Особенности течения острого аппендицита у детей, стариков и беременных женщин. Роль лапароскопии в диагностике острого аппендицита.</p> <p>Показания к операции, техника аппендэктомии. Осложнения острого аппендицита (аппендикулярный инфильтрат, ограниченные гнойники, перитонит).</p> <p>Современные установки госпитализации и лечения больных острым аппендицитом.</p>
	ОПК-4,	Грыжи живота.	Общее понятие о грыжах живота. Виды грыж, основные симптомы. Оперативные методы

2	ОПК-5, ОПК-6		лечения. Осложнения грыж (воспаление, невраправимость, ущемление). Особенности и объём операции при ущемленных грыжах.
3	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6	Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит. Механическая желтуха.	<p>Этиология и патогенез камнеобразования, связь с заболеваниями полости рта. Клинические проявления и диагностика. Современные методы исследования больных (УЗИ, рентгеноконтрастное исследование, ретроградная холангиопанкреатикография, компьютерная томография).</p> <p>Показания к операции, объём оперативного вмешательства. Эндоскопические операции.</p> <p>Клиника диагностика. Выбор сроков оперативного вмешательства, его объём. Осложнения острого холецистита. Острый гнойный холангит. Опухоли печени. Первичные и метастатические, опухоли желчного пузыря и желчных протоков.</p> <p>Опухоли поджелудочной железы, хронический индуративный панкреатит.</p> <p>Современные инструментальные методы исследования. Показания к радикальным и паллиативным хирургическим вмешательствам.</p>
4	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6	Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.	<p>Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки как основная причина кровотечений. Другие осложнения язвенной болезни (перфорация, пенетрация, сужение выходного отдела желудка, озлокачествление). Показания к операции; основные виды хирургического лечения язвенной болезни (ушивание, резекция желудка, ваготомиа)</p> <p>Возможные влияния стоматологических заболеваний на развитие и течение изменений в полости рта при язвенной болезни.</p>
5	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6	Острый панкреатит	<p>Этиология, патогенез, классификация (отечная и деструктивная формы). Диагностика. Осложнения острого панкреатита. Принципы лечения различных форм острого панкреатита.</p>
6	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6	Непроходимость пищеварительного тракта.	<p>Непроходимость кишечника. Классификация. Диагностическая и механическая непроходимость. Клиника, диагностика и лечение. Принципы предоперационной подготовки. Характер изменения в кишечнике при странгуляционной непроходимости, признаки жизнеспособности кишки.</p> <p>Ущемление грыжи как причина странгуляционной непроходимости.</p>

7	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6	Окклюзионные заболевания артерий. Тромбозы и эмболии. Варикозная болезнь.	<p>Варикозная болезнь нижних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника первичного расширения вен. Методы определения проходимости глубоких и коммуникантных вен и состояние венозных клапанов. Показания и выбор метода оперативного вмешательства. Тромбофлебиты и флеботромбозы. Определение понятия. Клиника и диагностика. Илеофemorальный тромбоз. Консервативное и оперативное лечение. Варикозные и трофические язвы нижних конечностей.</p> <p>Окклюзионные поражения артерий конечностей. Облитерирующий эндартериит и атеросклеротический тромбангинит. Современные методы исследования артерий (клинические, функциональные, доплерография, ангиография).</p> <p>Клинические стадии заболевания. Симптомы и диагностика. Консервативные методы лечения. Показания к оперативным методам лечения и их характеристика.</p> <p>Диабетическая ангиопатия. Патогенез. Методы лечения.</p>
8	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6	Заболевания щитовидной железы.	<p>Зоб (эпидемический, эндемический, спорадический). Тиреотоксический зоб (диффузный и узловой). Этиология. Патогенез. Клиника и диагностика заболеваний щитовидной железы. Значение УЗИ и радионуклеидных методов. Дифференциальная диагностика заболеваний щитовидной железы и кист шеи. Показания к оперативным методам исследования.</p> <p>Тиреоидиты и струмиты. Рак щитовидной железы.</p>
9	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6	Заболевания молочной железы.	<p>Краткие анатомо-физиологические данные о молочной железе. Острый гнойный мастит, основные причины, роль лактостаза и инфекции. Клиника, диагностика и лечение. Показания и объём оперативных вмешательств.</p> <p>Дисгормональные заболевания молочной железы. Патогенез, клиника и диагностика дисгормональных заболеваний и доброкачественных опухолей. Значение профилактических осмотров, маммографии и пункционной биопсии в дифференциальной диагностики. Показания и оперативные методы лечения.</p> <p>Рак молочной железы. Частота заболевания и предполагающие причины. Пути</p>

			метастазирования. Стадии рака молочной железы, клиника и диагностика. Оперативные и комбинированные методы лечения.
10	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6	Гнойные заболевания легких и плевры.	<p>Абсцессы легкого острые и хронические. Клиника и диагностика. Показания и объём оперативных вмешательств. Гангрена легкого.</p> <p>Эмпиема плевры острая и хроническая. Этиология и патогенез. Клинические симптомы и диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения.</p> <p>Спонтанный пневмоторакс. Причины, основные клинические симптомы, острая дыхательная недостаточность. Рентгеновская диагностика и торакоскопия. Принципы лечения.</p>
11	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6	Заболевания пищевода.	<p>Причины непроходимости пищевода (инородные тела, рубцовые стриктуры, кардиоспазм, доброкачественные и злокачественные опухоли). Симптом дисфагии, виды дисфагии. Основные виды исследования пищевода (рентгеноконтрастное исследование, эзофагоскопия).</p> <p>Консервативные (бужирование, кардиодилатация) и оперативные методы лечения. Гастроскопия. Понятие о замещении пищевода кишечными и желудочными трансплантатами.</p> <p>Перфорация пищевода. Медиастинит. Методы диагностики и лечения.</p>
12	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6	Заболевания прямой кишки.	<p>Геморрой. Классификация. Трещина прямой кишки. Осложнения. Принципы консервативного лечения и оперативных вмешательств при геморрое и трещине прямой кишки. Параректита. Классификация параректита, лечение. Выпадение прямой кишки. Рак прямой кишки. Основные клинические проявления. Ранние признаки рака прямой кишки. Рентгенологические и инструментальные принципы диагностики. Показания к операции и объём оперативного вмешательства.</p>

5.2 Разделы дисциплины, виды учебной деятельности и формы текущего контроля

№ семест	Наименование раздела	Виды деятельности	
----------	----------------------	-------------------	--

ра	дисциплины	(в часах)				Оценочные средства
		Л	ПЗ	СРС	ВСЕГО	
VII	Аппендициты. Грыжи живота. ЖКБ, холециститы. Осложнения язвенной болезни желудка и 12-п.кишки. Заболевания поджелудочной железы. Заболевания пищевода. Кишечная непроходимость. Заболевания кишок. Заболевания желез. Заболевания легких. Заболевания сосудов.	12	36	24	72	Тестовые и ситуационные задания
	Экзамен				36	Экзаменационные вопросы и ситуационные задачи
	ИТОГО:	12	36	24	108	

5.3 Название тем лекций с указанием количества часов

№ п/п	Название тем лекций	Объем по семестрам
		VII
1	Аппендициты.	1
2	Грыжи живота.	1
3	ЖКБ, Холециститы, механическая желтуха.	1
4	Осложнения язвенной болезни желудка и 12п. кишки	1
5	Острый панкреатит.	1
6	Острая кишечная непроходимость.	1
7	Заболевания пищевода.	1
8	Заболевания прямой кишки.	1
9	Заболевания щитовидной железы.	1
10	Заболевания молочной железы.	1
11	Гнойные заболевания легких и плевры.	1
12	Окклюзионные заболевания сосудов.	1
	Итого 12ч.	

5.4 Название тем практических занятий с указанием количества часов.

№ п/п	Название темы практических занятий дисциплины.	Объем по семестрам
		VII
1	Острый аппендицит. Осложнения.	2
2	Грыжи живота. Ущемление грыжи.	2
3	Осложнения язвенной болезни желудка и 12п. кишки.	2
4	ЖКБ, Холециститы.	2
5	Механическая желтуха.	2
6	Заболевания поджелудочной железы. Острый панкреатит.	2
7	Заболевания толстой и тонкой кишок.	2
8	Неопухольевые заболевания пищевода.	2
9	Рак пищевода.	2
10	Заболевания прямой кишки.	2
11	Острая кишечная непроходимость.	2
12	Заболевания щитовидной железы.	2
13	Заболевания молочной железы.	2
14	Нагноительные заболевания легких и плевры.	2
15	Абсцесс и гангрена легкого.	2
16	Окклюзионные заболевания сосудов. Облитерирующие заболевания артерий. Тромбозы и эмболии.	2
17	Варикозная болезнь.	2
18	Опухоли печени, желчного пузыря, желчных протоков. Портальная гипертензия.	2
Итого 36ч.		

5.5 Лабораторные работы не предусмотрены

5.6 Самостоятельная работа обучающегося по дисциплине

Самостоятельная работа (всего)	Всего	Семестры
		VII
Самостоятельная работа (всего)	24	24
<i>В том числе:</i>		
История болезни (написание и защита)	8	8
Другие виды самостоятельной работы	16	16
Подготовка к экзамену	36	36
Итого 60ч.		

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

6.1. Основная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	«Хирургические болезни»: учебник. Под редакцией М.И.Кузина, М. 2006г.	700 экз.
2	«Хирургические болезни» в 2 томах под редакцией академика РАМН В.С. Савельева М., 2008 г.	Ед.экз.
3	«Военно-полевая хирургия». Руководство к практическим занятиям» под ред. М.В. Лысенко М., 2010 г.	Ед.экз.
4	«Хирургические болезни». Курс лекций для студентов 4 курса. Загиров У.З.Махачкала,2009г.	100

Электронные источники:

№	Издания
1	Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html Авторы М. И. Кузин ИздательствоГЭОТАР-Медиа Год издания2014 Электронное издание на основе: Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 992 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3371-3.
2	Хирургические болезни [Электронный ресурс] / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431306.html Авторы под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко ИздательствоГЭОТАР-Медиа Год издания2014 Электронное издание на основе: Хирургические болезни : учебник : в 2 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014 - ISBN 978-5-9704-3130-6.
3	Военно-полевая хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. Е.К. Гуманенко. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431993.html АвторыПод ред. Е.К. Гуманенко. ИздательствоГЭОТАР-Медиа Год издания2015 Электронное издание на основе: Военно-полевая хирургия: учебник. / Под ред. Е.К. Гуманенко. 2-е изд., испр. и доп. 2015. - 768 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-3199-3.

6.2. Дополнительная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	Хирургические болезни. В 2-х томах. Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. М.:, 2015.	Ед.экз.

Электронные источники

№	Издания
1	<p>Хирургические болезни. В 2-х т. Том 2 [Электронный ресурс] / Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434574.html</p> <p>Авторы Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. Издательство ГЭОТАР-Медиа Год издания 2015</p> <p>Электронное издание на основе: Хирургические болезни : учебник / Н. В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович, В. Ф. Цхай. - В 2-х т. Том 2. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 600 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3457-4.</p>

7. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»

№ п/п	Сайты
	<p>Консультант студента</p> <p>Электронная библиотека медицинского вуза (http://www.studmedlib.ru)</p> <p>Medical World Search (http://www.mwsearch.com); Medpoisk.ru.</p>

8. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Win HOME 10 Russian OLP (Сублицензионный 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 Acsmc (договор №ДП-026 от 16.10.13г)

Лист регистрации изменений в рабочей программе

Учебный год	Дата и номер извещения об изменении	Реквизиты протокола	Раздел, подраздел или пункт рабочей программы	Подпись регистрирующего изменения
20 - 20				
20 - 20				
20 - 20				
20 - 20				

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра Хирургических болезней педиатрического, стоматологического и
медико-профилактического факультетов

УТВЕРЖДЕНО
на заседании кафедры
«_____» _____ 2018г.,
Протокол № _____
И. о. заведующего кафедрой
Р.С.Османов _____

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ
«ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ, ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ»**

Специальность (направление) подготовки: Стоматология 31.05.03
(код и наименование специальности)
Квалификация выпускника: врач стоматолог – общей практики
(квалификация (степень) выпускника)

МАХАЧКАЛА 2018 г.

ФОС составил ассистент кафедры «Хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ДГМУ»
_____ С.Р. Рабаданова

ФОС рассмотрен и принят на заседании кафедры ««Хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ДГМУ»

Протокол заседания кафедры от «_____» _____ 2018 г. № _____

И.о. заведующего кафедрой _____ Р.С.Османов

АКТУАЛЬНО на:

2018 / 2019 учебный год _____ (_____)

20__ /20__ учебный год _____

20__ /20__ учебный год _____

КАРТА КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ»

Формируемые в процессе изучения учебной дисциплины (модуля) компетенции

- *общепрофессиональные (ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6), в соответствии с ФГОС 3+;*

№	Наименование категории (группы) компетенции	
	1	2
1	Общепрофессиональные компетенции	ОПК-4 способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности;
		Знать осуществлять свою деятельность в различных сферах общественной жизни с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм; соблюдать правила врачебной этики и деонтологии, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией
		Уметь сформировать новые личностные качества: критически относиться к себе, к своим стереотипам и привычкам, обладать гибким мышлением, сотрудничать и вести диалог, критически оценивать информацию, анализировать и синтезировать, быть нравственно ответственным за порученное дело, способен к творческой адаптации в реальной обстановке
		Владеть способностью к аргументации, ведению дискуссии, к социальному взаимодействию с обществом, общностью, коллективом, семьей, друзьями, партнерами; к толерантности, уважению; к социальной мобильности
2		ОПК-5 способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок;
		Знать клинические проявления основных синдромов, требующих хирургического лечения; особенности оказания медицинской помощи при неотложных состояниях;
		Уметь провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.), направить его на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз; разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения; использовать полученные теоретические знания при оказании скорой и неотложной помощи хирургическим больным;
		Владеть интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов разного возраста; алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам и при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным; методами диагностики острой хирургической патологии на догоспитальном этапе, диагностики закрытых ранений, повреждений, раневой инфекции, травматического шока, массивной кровопотери и способами оказания раненым первой врачебной помощи;
3		ОПК-6 готовность к ведению медицинской документации;
		Знать ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в

	хирургических отделениях и кабинетах лечебно-профилактических учреждений;
	Уметь собрать полный медицинский анамнез пациента, провести опрос больного, его родственников (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию);
	Владеть методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях;

УРОВЕНЬ УСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩАЯ 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.

Формы текущего контроля и промежуточной аттестации, виды оценочных средств

Оценка уровня сформированности компетенций осуществляется в следующих формах контроля:

● **Текущего:**

проводится оценка выполнения студентами заданий в ходе аудиторных занятий в виде тестовых заданий исходного уровня знаний, решения ситуационных задач, оценки овладения практическими навыками;

Оценивается самостоятельная работа студентов – написание истории болезни, рефератов на заданную тему и доклады по темам, которые определены преподавателем.

● **Итогового:**

Курсовой экзамен проводится в конце VII семестра.

№ Контролируемые компетенции	Наименование раздела дисциплин (модуля)	Оценочные средства		
		Виды	Кол-во вопросов в задании	Кол-во независимых вариантов
Текущий контроль				
V семестр	Асептика, антисептика. Обезболивание. Кровотечение, переливание крови. Хир. операция. Травмы, переломы, вывихи. Раны. Ожоги, э/травмы, отморожения. Хир. инфекция	Реферат	20/3	13
ОПК-4		Коллоквиум		45
ОПК-5		Тестовые и ситуационные задания	Практические навыки	24
ОПК-6				
VI семестр	Сепсис. Некрозы, гангрены, язвы, свищи. Опухоли. Паразитарные заболевания. Пороки развития. Пластическая хирургия и трансплантология.	Коллоквиум	20/3	45
ОПК-4		Тестовые и ситуационные задания	История болезни	
ОПК-5				
ОПК-6				
VII семестр	Аппендициты. Грыжи живота. ЖКБ, холециститы. Осложнения язвенной болезни желудка и 12-п. кишки. Заболевания поджелудочной железы. Заболевания пищевода. Кишечная непроходимость. Заболевания кишок. Заболевания желез. Заболевания легких. Заболевания сосудов	Коллоквиум	20/3	45
ОПК-4		Тестовые и ситуационные задания	История болезни	
ОПК-5				
ОПК-6				
VII семестр		Экзаменационные вопросы, ситуационные задачи	2/1	50
Экзамен				

ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНИВАНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Шкала оценивания

«неудовлетворительно»	«удовлетворительно»	«хорошо»	«отлично»
знать			
Студент не знает отдельных разделов программного материала, допускает при ответе существенные ошибки	Студент освоил основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении программного материала.	Студент твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допускает существенных неточностей в ответе на вопрос	Студент глубоко и прочно усвоил весь программный материал, исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно его излагает, не затрудняется с ответом при видоизменении задания
уметь			
Студент не умеет применять теоретические положения	Студент испытывает затруднения в изложении материала	Студент может правильно применять теоретические положения	Студент умеет самостоятельно обобщать и излагать материал, не допуская при этом ошибок
владеть			
Студент не выполняет практические задания, задачи.	Студент владеет основными навыками выполнения практических заданий	Студент владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении практических знаний;	Студент свободно владеет практическими навыками, справляется с задачами и практическими заданиями, правильно обосновывает принятые решения

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ ПО ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

1.ТЕСТЫ

1. Анаэробные спорообразующие бактерии:

- а) Pr. Vulgaris;
- б) Cl. perfringens;
- в) Cl. oedematiens;
- г) Cl. Septicum;
- д) Cl. hysfoliticum.

2. К представителям неспорообразующих анаэробов относятся:

- а) пептококки;
- б) клостридии;

- в) бактериоды;
- г) фузобактерии;
- д) пептострептококки.

3. Характерные местные симптомы при анаэробной (газовой) инфекции:

- а) пятнистая мраморность кожи;
- б) крепитация;
- в) повышенная кровоточивость при разрезе;
- г) пузырьки газа в ране;
- д) «симптом лигатуры».

4. Для местного лечения раны у больного клостридиальной анаэробной инфекцией используют:

- а) перекись водорода;
- б) гипертонический раствор хлорида натрия;
- в) бриллиантовый зеленый;
- г) перманганат калия;
- д) гипербарическую оксигенацию конечности.

5. Формы анаэробной инфекции:

- а) эмфизематозная;
- б) отечная;
- в) гнилостная;
- г) флегмонозная;
- д) смешанная.

Ответы:

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

2. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

Больной К., 48 лет, обратился к стоматологу с жалобами на наличие инфильтрата в области лица и шеи слева и периодически открывающиеся свищи здесь же. Болен несколько лет, лечился мазями, без заметного улучшения. Объективно: В подчелюстной области слева, на участке 16х9см имеется хроническое продуктивное воспаление, с наличием гранулем, представляющий инфильтрат. Последний весьма плотный, спаян с кожей, подкожной клетчаткой. Поверхность инфильтрата имеет сине-багровый цвет, местами выявляются извитые свищи с гнойным отделяемым. Шейные л/у увеличены, болезненны.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какая форма актиномикоза у пациента?

4. Пути распространения инфекции при данной патологии?
5. Принципы лечебных мероприятий?

Ответы:

1. Актиномикозный лимфаденит лица и шеи
2. Микроскопическое исследование гноя или биопсия инфильтрата
3. Актиномикоз лимфатических узлов шеи
4. Одонтогенный, тонзиллогенный и отогенный
5. Хирургическое лечение (вскрытие актиномикозного очага), санация полости рта, антибиотики, бактериофаги и иммунные препараты.

Задача №2

Больной Ф., 67 лет, в течение года сам лечил «кератому» на нижней губе различными мазями. Эффекта не отметил и обратился к врачу. Объективно: на нижней губе ближе к правому углу рта имеется опухолевидное образование на участке 0,3x0,2 см, покрытая как бы корочкой, в пределах кожи, безболезненное. Регионарные л/у не увеличены.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие ошибки допустил пациент?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Принципы лечения?

Ответы:

1. Рак нижней губы.
2. Занималась самолечением.
3. Сифилитическая язва, туберкулезная язва.
4. Цитологическое исследование соскоба или отпечатка с опухоли.
5. Лучевая терапия, криодеструкция пораженного участка.

Задача №3

Больная С., 32 года, поступила с жалобами на боли в области околоушной жевательной мышцы, усиливающимися при открывании рта, лихорадка до 38,5 градусов Цельсия.

Объективно: нарушена конфигурация лица за счет разлитой припухлости в области околоушной жевательной мышцы слева. Кожа над инфильтратом имеет нормальную окраску, напряжена и плохо собирается в складку. Слизистая оболочка щеки отечна и на ней отчетливо видны отпечатки коронок зубов. В области переднего края жевательной мышцы определяется уплотнение и болезненность.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Причины инфекции?
3. Какие могут быть осложнения данной флегмоны?
4. Принципы лечения?
5. Профилактика?

Ответы:

1. Флегмона околоушной жевательной области слева.
2. Одонтогенный.
3. Может привести к развитию вторичного кортикального остеомиелита.
4. Хирургическое вмешательство, антибиотики.
5. Своевременное лечение кариозных зубов.

Задача №4

Больной Н., 65 лет 6 месяцев тому назад получил травму нижней челюсти с ее открытым переломом. В настоящее время поступил с жалобами на слабость, головную боль, повышение температуры тела до 37,3 С, образование свищей с гнойным отделяемым в области нижней челюсти.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назовите предрасполагающие факторы заболевания?
3. Назовите используемые диагностические методы при данном заболевании?
4. Назовите наиболее частые осложнения при данном заболевании?
5. Лечебная тактика?

Ответы:

1. Хронический, посттравматический остеомиелит нижней челюсти.
2. Некроз раздробленных отломков костей, инородные тела, предрасполагающие факторы общего характера.
3. Рентгенография, фистулография, сцинтиграфия, компьютерная томография.
4. Амилоидоз почек, хроническая анемия.
5. Некрэктомия, которую часто называют секвестрэктомией. Антибактериальная терапия.

Задача №5

Больной 43 лет жалуется на боль, припухлость в области верхней губы. Заболел 3-е суток тому назад. При осмотре: в области верхней губы, конусовидно возвышающийся над кожей инфильтрат, диаметром до 1,5 см, не имеющий четких границ, с гиперемией кожи над ним. В центре инфильтрата верхушка некротического стержня, гнойное отделяемое.

Вопросы:

1. Назовите признаки воспалительного процесса?
2. Ваш диагноз?
3. Назовите предрасполагающие факторы заболевания?
4. Основной опасностью воспалительного заболевания лица является?
5. Обоснуйте лечебную тактику?

Ответы:

1. Гиперемированный, болезненный инфильтрат.
2. Фурункул верхней губы.
3. Микротравмы, нарушение гигиенических требований, заболевания, ослабляющие защитные силы организма, нарушения обмена веществ.
4. Развитие восходящего лицевого тромбоза.

5. Покой зоны воспаления. В стадии инфильтрации: обработка кожи 70% спиртом, пустулу прижечь 5% настойкой йода. В стадии абсцедирования: оперативное лечение- вскрытие гнойника.

3. ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

1. Переливание крови и плазмы.
2. Реанимация при терминальных состояниях и клинической смерти.
3. Наложение транспортных шин.
4. Промывание желудка.
5. Наложение и снятие швов.
6. Катетеризация мочевого пузыря.
7. Паранефральная новокаиновая блокада.
8. Ассистенция при операциях.
9. Венесекция.
10. Пункция плевральной полости.
11. Первичная хирургическая обработка поверхностных ран.
12. Вскрытие поверхностных гнойников (абсцесса, панариция, нагноившейся атеромы).
13. Внутривенные вливания.
14. Наложение и снятие гипсовых повязок.
15. Пункция коленного сустава.
16. Очистительная и сифонная клизмы.
17. Ректороманоскопия.
18. Промывание гнойных полостей.
19. Оформление выписок из истории болезни, больничных листов, справок и т.д.
20. Составление историй болезни.
21. Исследование прямой кишки с помощью ректального зеркала.
22. Освоение практических навыков по хирургической деонтологии.
23. Закрепление практических навыков клинического обследования хирургического больного (пальпация, перкуссия, аускультация, определение клинических симптомов).
24. Пальцевое исследование прямой кишки и предстательной железы.

4. СОБЕСЕДОВАНИЕ

1. Виды антисептики и их характеристика. Основные антисептические средств и их свойства.
2. Асептика и её отличия от антисептики. Способы подготовки рук хирурга к операции.
3. Методы стерилизации операционного, перевязочного материала и белья. Способы стерилизации шовного материала и контроля за стерильностью.
4. Способы местной анестезии и их техника.

5. Стадии наркоза и их характеристика. Внутривенный наркоз. Эндотрахеальный наркоз.
6. Осложнения наркоза. Терминальные состояния. Комплекс реанимационных мероприятий и техника их проведения.
7. Классификация шока. Травматический шок, методы его профилактики и лечения.
8. Классификация кровотечений. Методы временной остановки кровотечения.
9. Методы окончательной остановки кровотечения. Вторичные кровотечения, их причины, клиника и лечение.
10. Группы крови и их характеристика. Способы определения групп крови. Резус фактор и способы его определения.
11. Методы переливания крови и их характеристика. Механизм действия перелитой крови.
12. Показания и противопоказания к переливанию крови. Осложнения при переливании крови.
13. Классификация кровезамещающих растворов и их характеристика. Препараты для парентерального питания, показания и техника их применения.
14. Классификация хирургических операций. Предоперационный период. Послеоперационный период.
15. Подготовка больного к операции и наркозу.
16. Послеоперационные осложнения, их виды, причины, клиническая картина, профилактика и лечение.
17. История болезни хирургического больного, её составные части и правила заполнения. Специальные методы исследования хирургических больных.
18. Классификация травм и их характеристика
19. Виды повязок и техника их наложения.
20. Виды транспортных шин, показания и техника наложения.
21. Травматический токсикоз: причины, клиника, лечение.
22. Классификация ран и их характеристика.
23. Фазы раневого процесса и их характеристика.
24. Техника проведения первичной хирургической обработки ран.
25. Газовая гангрена: возбудители, классификация, клиническая картина. Профилактика и лечение газовой гангрены.
26. Столбняк: причины, возбудитель, клиническая картина, диагностика. Профилактика и лечение столбняка.
27. Классификация переломов костей. Клиническая картина, диагностика и лечение переломов костей.
28. Показания к оперативному лечению переломов костей, виды и техника операций. Осложнения при лечении переломов костей
29. Классификация вывихов. Клиническая картина, диагностика и лечение вывихов
30. Методы вправления вывиха плеча. Методы вправления вывиха бедра.
31. Классификация ожогов. Периоды ожоговой болезни и их характеристика.
32. Первая помощь и лечение ожогов.

33. Химические ожоги: классификация, клиническая картина, первая помощь и лечение.
34. Классификация отморожений. Клиническая картина, диагностика, первая помощь и лечение отморожений.
35. Классификация хирургической инфекции.
36. Фурункул и карбункул, их этиология, клиническая картина, осложнения и лечение.
37. Гидраденит: этиология, клиника, лечение.
38. Абсцесс и флегмона, их этиология, клиническая картина, лечение.
39. Рожь: классификация, клиника, диагностика, лечение.
40. Панариций: классификация, клиника и лечение.
41. Классификация остеомиелита. Острый гематогенный остеомиелит: классификация, клиника, диагностика, лечение.
42. Первично-хронический остеомиелит.
43. Классификация перитонита. Клиническая картина, диагностика и лечение перитонита.
44. Классификация и клиника сепсиса. Диагностика и лечение сепсиса.
45. Туберкулезный спондилит. Туберкулезный коксит.
46. Актиномикоз.
47. Классификация опухолей. Доброкачественные опухоли- клиника, диагностика, лечение.
48. Методы диагностики и лечения злокачественных опухолей.
49. Эхинококкоз, методы хирургического лечения.
50. Хирургические осложнения аскаридоза, амебиоза.
51. Аномалии развития лица, черепа и головного мозга.
52. Пороки развития органов пищеварения
53. Пороки развития мочеполовой системы.
54. Пороки развития конечностей.
55. Способы кожной пластики и их характеристика. Трансплантация органов.

5.РЕФЕРАТЫ

1. Современные методы обработки рук медицинского персонала.
2. Современные средства для местной анестезии.
3. Современные представления о патогенезе острой кровопотери и патогенетическое лечение острой кровопотери.
4. Системы групп крови человека и их значение для клинической медицины.
5. Современные методы лечения глубоких ожогов.
6. Хирургические методы лечения переломов длинных трубчатых костей.
7. Учение о ранах.
8. Современные способы дренирования гнойных ран и очагов.
9. Острый мастит, этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
10. Столбняк. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Экстренная и плановая профилактика.

11. Газовая гангрена. Этиология. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
12. Современные взгляды на сепсис.
13. Опухоли мягких тканей. Классификация. Этиология. Клиника, диагностика. Лечение.

6.КОЛЛОКВИУМ

Список тем 1 коллоквиума

Асептика. Антисептика.

Обезболивание

Кровотечения

Переливание крови.

Хирургические операции. Пред- и послеоперационный период.

Травма мягких тканей, головы, груди, живота

Вопросы для контроля освоения материала по общей хирургии 1 часть

Билет №

Тесты

- 1. Какой из препаратов следует рекомендовать при кандидомикозе?**
 - 1) мономицин;
 - 2) сульфадимезин;
 - 3) нистатин;
 - 4) стрептомицин;
 - 5) пенициллин.
- 2. При хранении стерильного шелка в банке спирт необходимо менять через каждые:**
 - 1) 3 дня;
 - 2) 5 дней;
 - 3) 10 дней;
 - 4) 15 дней;
 - 5) 20 дней.
- 3. Жгут на конечности с целью остановки кровотечения можно оставить не более чем на:**
 - 1) 0,5 часа
 - 2) 1 час
 - 3) 1,5 часа
 - 4) 2 часа
 - 5) 3 часа
- 4. Укажите препараты, используемые при химическом способе окончательной остановки кровотечения:**
 - 1) коргликон, строфантин;
 - 2) тромбин, биологический антисептический тампон;
 - 3) гемостатическая губка, фибринная пленка;

- 4) фибринолизин, плазминоген;
- 5) адреналин, кальция хлорид, серебра нитрат.
- 5. Причины вторичных кровотечений:**
 1. Выпадение тромба
 2. Гиповолемия
 3. Аррозия стенки сосуда
- 6. При каком обезболивании применяются релаксанты?**
 - 1) перидуральной анестезии
 - 2) хлорэтиловом наркозе
 - 3) спинномозговой анестезии
 - 4) эндотрахеальном наркозе
 - 5) инфльтрационной анестезии
- 7. Как проводят проводниковую анестезию по Лукашевичу (три варианта)?**
 1. В начале обрабатывают пальцы и кисти спиртовым раствором йода
 2. У основания пальца накладывают жгут из стерильной резиновой ленты или марлевой полоски.
 3. С боковых поверхностей у основания пальца вводят перинеурально 1-2% раствор новокаина по 2-3мл.
 4. Основания пальца орошают струей хлорэтила
- 8. При острой анемии показано переливание:**
 - 1) крови O(I) группы
 - 2) одноименной группы
 - 3) физиологического раствора
 - 4) 10% раствора глюкозы
 - 5) гемодеза
- 9. Что рациональнее переливать при хронической анемии?**
 - 1) тромбоцитарную массу;
 - 2) альбумин, протеин;
 - 3) лейкоцитарную массу;
 - 4) эритроцитарную массу или взвесь;
 - 5) цельную кровь.
- 10. При лечении ушиба головного мозга применяют:**
 - 1) 10% хлористый кальций
 - 2) спазмолитики
 - 3) декомпрессивную трепанацию черепа
 - 4) вливание плазмы
 - 5) переливание крови
- 11. Симптоматика сотрясения головного мозга легкой степени обуславливается:**
 - 1) повреждением черепных нервов;
 - 2) наличием кровоподтеков на голове;
 - 3) отеком мозга;
 - 4) психическим состоянием в момент травмы;
 - 5) величиной артериального давления.
- 12. При закрытой травме живота наиболее легко происходит и чаще наблюдается более обширный разрыв полого органа, если последний был:**
 - 1) пустой;
 - 2) наполненный;
 - 3) подвижный;
 - 4) спавшийся;

5) атоничный.

13. Экстренную операцию производят при:

- 1) язвенной болезни желудка
- 2) ранении бедренной артерии
- 3) саркоме бедра
- 4) раке прямой кишки
- 5) легочном туберкулезе

14. К радикальной операции относится:

- 1) холецистэктомия;
- 2) гастростомия по поводу раны пищевода;
- 3) обходной анастомоз при раке кишки;
- 4) биопсия;
- 5) пункция плевральной полости.

15. Расхождению краев раны после лапаротомии способствует все, кроме:

- 1) высокого внутрибрюшного давления;
- 2) гематомы;
- 3) массивной инфузионной терапии;
- 4) нагноения раны;
- 5) недостаточно прочного ушивания апоневроза.

16. Перечислите виды лечебных операций:

- | | |
|----------------|-------------------|
| 1.Паллиативные | 4.Диагностические |
| 2.Экстренные | 5.Срочные |
| 3.Радикальные | |

17. Причинами послеоперационных пневмоний являются:

- 1.Кровотечение
- 2.Ухудшение вентиляции легких
- 3.Нераспознанные до операции патологии дыхательных путей

18. Комплексная методика лечения при терминальном состоянии предусматривает:

- 1.Массаж сердца
- 2.Дефибрилляцию сердца
- 3.ИВЛ
- 4.Переливание крови

19. Под регионарной антисептикой следует понимать введение антисептика в:

- 1) мягкие ткани конечности;
- 2) полость сустава;
- 3) желудочно-кишечный тракт;
- 4) мышцу;
- 5) сосуд, питающий область очага.

20. Паренхиматозное кровотечение обычно останавливается:

- 1) перевязкой сосуда
- 2) тампонадой сальником
- 3) применением воска
- 4) наложением жгута
- 5) сосудистым швом

Ситуационные задачи

Задача 1

У 70-летней больной, страдающей варикозным расширением подкожных вен обеих нижних конечностей, внезапно открылось кровотечение из разорвавшегося узла по

внутренней поверхности нижней трети правой голени. Из раны довольно интенсивно вялой струёй изливается темная кровь.

Какой объем первой помощи должен быть оказан больной?

Задача 2

Под наблюдением врача в процедурном кабинете две медсестры определяют групповую принадлежность крови четырех больных. Для этого они под соответствующими обозначениями на лакированные белые фаянсовые пластины нанесли стандартные сыворотки двух серий. Исследуемую кровь тщательно перемешали с каплями стандартных сывороток. Пластины покачали, оставили в покое на 1—2 мин и потом снова покачали. Не ранее чем через 3 мин после смешивания капель крови и сыворотки в капли, где наступила агглютинация эритроцитов, внесли по капле изотонического раствора натрия хлорида. Спустя 5 мин от начала исследования врач оценил полученные результаты и зафиксировал их в историях болезней.

На что не обратил внимания врач, нарушив тем самым требования "Инструкции по определению групп крови АВО"?

Список тем 2 коллоквиума

Переломы

Термические поражения

Раны

Десмургия

Острая гнойная хирургическая инфекция

Остеомиелит, сепсис

Острая специфическая хирургическая инфекция

Вопросы для контроля освоения материала по общей хирургии 2 часть

Билет №

Тесты

1. Ползучей (змеевидной) называется повязка, последующие туры которой:

- 1) закрывают предыдущие на 1/2;
- 2) закрывают предыдущие на 2/3;
- 3) закрывают предыдущие полностью;
- 4) отстоят от предыдущих на ширину бинта;
- 5) накладываются друг на друга по расходящемуся типу.

2. Для поддержания мошонки после операции на ней применяется повязка:

- 1) пращевидная;
- 2) сходящаяся черепашья;
- 3) расходящаяся черепашья;
- 4) колосовидная;
- 5) суспензорий.

3. С какого времени проявляются ранние рентгенологические симптомы острого гематогенного остеомиелита:

- 1) с первого дня заболевания
- 2) через неделю

- 3) через две недели
- 4) через месяц
- 5) время не имеет значения

4. При остром гематогенном остеомиелите с поднадкостничным абсцессом производится:

1. Вскрытие и дренирование абсцесса
2. Пункция с аспирацией
3. Ампутация
4. Остеосеквестрэктомия
5. Применение согревающих компрессов

5. Одним из важнейших компонентов лечения при сепсисе является:

- 1) массаж;
- 2) антибиотикотерапия;
- 3) лечебная физкультура;
- 4) физиотерапевтические процедуры;
- 5) витаминотерапия.

6. Ранними симптомами столбняка являются:

- 1) быстро прогрессирующий отек;
- 2) сардоническая улыбка, опистотонус;
- 3) брадикардия, понижение температуры тела, сухость кожных покровов;
- 4) подергивание мышц в области раны, гипертермия;
- 5) потеря сознания, паралич.

7. Какой из перечисленных симптомов не встречается при остром гнойном плеврите:

- 1) тупость при перкуссии
- 2) сухой кашель
- 3) ослабление дыхания (аускультативно)
- 4) высокая температура
- 5) смещение средостения в большую сторону

8. При каком панариции вынужденно производят ампутацию:

- 1) сухожильном
- 2) костном
- 3) суставном
- 4) пандактилите
- 5) кожном

9. Укажите признак общей реакции организма на внедрение гноеродных микробов:

- 1) гипотермия;
- 2) лихорадка;
- 3) брадикардия;
- 4) хорошее самочувствие;
- 5) нормальный ритм сердца.

10. Чем опасен фурункул верхней губы?

- 1) развитием перитонита;
- 2) развитием воспаления плевры;
- 3) тромбозом сагиттального венозного синуса;
- 4) развитием подчелюстного лимфаденита;
- 5) развитием паротита.

11. Из общих методов лечения при рожистом воспалении наиболее эффективно применение (один вариант):

- 1) хирургический;
- 2) аспирин;
- 3) физиотерапевтических процедур;

4) антибиотиков и сульфаниламидных препаратов;

5) рентгенотерапии.

12. Паронихия - это воспаление:

1) всех тканей пальца;

2) околоногтевого валика;

3) ногтевого ложа;

4) межфалангового сустава;

5) сухожильного влагалища пальца.

13. При вскрытии панариция применяют:

1. Местную анестезию по Вишневскому

2. Спинальную анестезию

3. Проводниковую анестезию по Оберсту-Лукашевичу

14. К мягким повязкам относятся:

1) бинтовые

2) лангетные

3) гипсовые

4) крахмальные

5) шинные

15. Симптомом травматического вывиха является:

1) изменение относительной длины конечности

2) изменение абсолютной длины конечности

3) патологическая подвижность в суставе крепитация подкожная эмфизема

16. Причиной патологического вывиха может быть все, кроме:

1) костно-суставного туберкулеза;

2) остеомиелита;

3) артроза; артрита;

4) полиомиелита;

5) травматического шока.

17. Чего не следует делать для профилактики шока при переломе крупной трубчатой кости в момент оказания первой помощи?

1) транспортную иммобилизацию конечности;

2) репозицию отломков;

3) останавливать кровотечение;

4) вводить анальгетики;

5) все вышеуказанное.

18. Жировая эмболия может быть осложнением:

1) ранения вен;

2) перелома костей;

3) переливания крови;

4) внутривенных вливаний препаратов жировой эмульсии;

5) полостных операций.

19. Гипсовая повязка, накладываемая при переломах плечевой кости, называется..

1. Лангетно-круговой

2. Кокситной

3. Торако-брахиальной

20. Гнойные раны в фазе гидратации лечатся:

1) мазевыми повязками

2) рентген-терапией

3) дренированием в сочетании с гипертоническим раствором в виде повязок

4) тампонадой

5) внутривенным вливанием хлористого кальция

Ситуационные задачи

Задача 1

Вы - врач скорой помощи. Вас вызвали к больному с проникающим ранением грудной клетки справа.

Состояние пострадавшего тяжелое. Он инстинктивно прикрывает рану рукой, наклонившись в правую сторону. При осмотре раны отмечается засасывание воздуха через нее в момент вдоха, а при выдохе воздух с шумом выходит из нее. Ваши действия?

Задача 2

Больной Н., 36 лет, госпитализирован в хирургическое отделение по поводу острого панкреатита. Несмотря на проводимое лечение, состояние продолжало ухудшаться. Температура тела гектическая. Нарастали явления перитонита. По экстренным показаниям произведена лапаротомия и констатировано гнойное расплавление поджелудочной железы. После санации брюшной полости операция завершена марсупиализацией (края рассеченной желудочно-ободочной связки подшиты к париетальной брюшине передней брюшной стенки). К пораженной железе подведены «тампоны-сигары», в дугласово пространство—дренажная трубка.

В послеоперационном периоде состояние больного остается крайне тяжелым. Через сутки после операции тампоны внезапно обильно пропитались алой кровью. Пульс участился до 124 ударов в минуту, артериальное давление снизилось до 90/60 мм рт. ст.

Что наиболее вероятно послужило причиной вторичного кровотечения у больного? Ваша лечебная тактика?

Задача 3

Больной К., 36 лет, тросом глубоко уколол I палец правой кисти. Через сутки появились пульсирующие боли в пальце, отек его. За медицинской помощью не обращался, и только две последние бессонные ночи заставили его прийти на прием к хирургу поликлиники.

Ногтевая фаланга пальца булавовидно утолщена, отмечается болезненность при зондовой пальпации практически всего мякиша дистальной фаланги пальца. Ограничено сгибание в межфаланговом суставе.

Ваши диагноз и оперативный доступ?

Задача 4

Больному Р., 30 лет, по экстренным показаниям произведена аппендэктомия. Удален макроскопически гангренозно измененный червеобразный отросток. Брюшная полость и полость малого таза осушены от выпота. Последний взят на бактериальный посев и чувствительность микрофлоры к антибиотикам. К ложу червеобразного отростка через рану подведен полихлорвиниловый микроирригатор. Рана послойно ушита. Больному назначены холод на рану, обезболивающие и антибиотики внутримышечно и в брюшную полость. Что еще должен назначить врач в данной ситуации?

Задача 5

Молодая женщина во время мытья окна выпала из него. Падение произошло с высоты второго этажа.

Жалуется на боли в верхнепоясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при попытке сесть или повернуться на бок. Активные движения в суставах нижних конечностей сохранены. Пальпаторно отмечается болезненность при надавливании на остистый отросток первого поясничного позвонка.

Ваш предварительный диагноз? Какой объем первой помощи необходимо оказать больной?

Задача 6

Машиной скорой помощи в травматологический пункт с места происшествия доставлен пострадавший с диагнозом: электроожог I—II степени лица и кистей. При сборе анамнеза установлено, что во время ремонта электроприбора произошла вспышка электродуги, в результате чего больной получил ожоги указанных участков тела.

Лицо умеренно отечно, на фоне его гиперемии участками определяется закомпанный эпидермис. Глаза слезятся, отмечается светобоязнь. Кисти гиперемированы, на них множество мелких пузырей.

В чем ошибка врача скорой помощи? Ваш диагноз? К какому специалисту за консультацией Вы обратитесь?

Список тем 3 коллоквиума

Хроническая специфическая хирургическая инфекция

Некроз, гангрена

Опухоли

Пороки развития

Пластическая хирургия

Вопросы для контроля освоения материала по общей хирургии 3 часть

Билет №

Тесты

1. При влажной гангрене отсутствует:

- 1) отек;
- 2) интоксикация;
- 3) мраморность кожи;
- 4) демаркационный вал;
- 5) боль.

2. Что такое антибластика?

- 1) предупреждение попадания микроорганизмов в рану
- 2) применение противоопухолевых химиопрепаратов с целью уничтожения опухолевых клеток в ране
- 3) предупреждение попадания опухолевых клеток в рану
- 4) тщательное обкладывание операционного поля

3. Основными жалобами больного со злокачественным новообразованием является все, кроме:

- 1) быстрой утомляемости;
- 2) потери аппетита, похудания;
- 3) тошноты по утрам;
- 4) апатии;
- 5) прогрессирующей перемежающейся хромоты.

4. Отдаленная связанная кожная пластика по В.П. Филатову это метод пластики:

- 1) стебельчатым лоскутом;
- 2) мостовидным лоскутом;
- 3) артеризованным кожно-жировым лоскутом;
- 4) круглым мигрирующим стебельчатым лоскутом;
- 5) расщепленным кожным лоскутом.

5. К порокам развития конечности относят все, кроме:

- 1) врожденного вывиха бедра;
- 2) врожденного перелома бедра;

- 3) полидактилии;
- 4) синдактилии;
- 5) макромелии.

6. Перечислите аномалии развития мочеполовой системы:

- 1.Отсутствие одной почки
- 2.Нефроптоз
- 3.Пиелонефрит
- 4.Подковообразная почка
- 5.Кистозная почка

7. Задержка яичка в брюшной полости или в паховом канале называется:

- 1) монорхизмом;
- 2) крипторхизмом.

8. Что способствует развитию вторичной хирургической инфекции?

- 1) нарушения функции иммунной системы;
- 2) неадекватное дренирование гнойных полостей;
- 3) наличие в тканях инородных тел;
- 4) нарушение принципов антибактериальной терапии;
- 5) все вышеуказанное;

9. Что характерно для доброкачественной опухоли?

- 1) быстрый рост;
- 2) инфильтрирующий рост;
- 3) склонность к рецидивам после операции;
- 4) отсутствие способности давать метастазы;
- 5) резкое влияние на обмен веществ.

10. Абластика — это система мероприятий, направленных на:

- 1) предотвращение диссеминации раковых клеток во время операции;
- 2) уничтожение раковых клеток в ране;
- 3) изоляцию больного от окружающих;
- 4) профилактику заболеваний среди медперсонала;
- 5) все вышеуказанное.

Ситуационная задача

К Вам на прием пришла женщина с 4-летним ребенком.

У мальчика с момента рождения на шее слева имеется розового цвета образование до 2,5 см в диаметре, слегка выступающее над поверхностью кожи, мягкое, безболезненное, изменяющее окраску при надавливании.

Ваши предположительный диагноз и рекомендации по лечению?

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО ПО
ХИРУРГИЧЕСКИМ БОЛЕЗНЯМ**

1.ТЕСТЫ

1.Наружной грыжей живота следует назвать:

- 1) выходение внутренних органов вместе с париетальной брюшиной из брюшной полости через естественные или искусственные отверстия под кожу +;
- 2) выходение внутренних органов вместе с париетальной брюшиной через щели в мышечно-апоневротическом слое тазового дна при целостности кожных покровов;
- 3) выходение из брюшной полости органа или его части, не покрытой брюшиной

(например, матки через влагалище);

4) перемещение органов брюшной полости в грудную полость через естественные или приобретенные отверстия и щели диафрагмы.

2.Функциональная непроходимость кишечника делится на:

- 1) спастическую. +
- 2) интермиттирующую.
- 3) паралитическую.+
- 4) инвагинационную
- 5) токсическую.

3.К странгуляционной непроходимости кишечника относится:

- 1) заворот кишечника. +
- 2) узлообразование. +
- 3) опухолью кишечника.
- 4) obturация кишки инородным телом.

4.Лечение спонтанного неспецифического пневмоторакса должно начинаться (один вариант)

- 1) с плевральной пункции с аспирацией
- 2) с широкой торакотомии
- 3) с динамического наблюдения
- 4) с дренирования плевральной полости с активной аспирацией +

5.Выберите механизм адаптации организма к кровопотере:

- 1) увеличение оцк за счет привлечения крови из депо и тканевой жидкости +
- 2) спазм сосудов +
- 3) учащение сердечной деятельности +
- 4) вазодилатация сосудов головного мозга

2.СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1.

Больная Е., 55 лет, страдающая невправимой гигантской рецидивной пупочной грыжей, после подъема тяжести отметила увеличение грыжевого выпячивания, боли по всему животу, его вздутие, многократную рвоту. При осмотре: грыжевое выпячивание больше обычного в объеме, плотное, напряжённое, резко болезненное при пальпации. Живот вздут, напряжен, болезненный во всех отделах, симптом Щёткина отрицательный. Отмечается шум плеска и «падающей капли». А.Д. 140 и 80 мм.рт.ст, ps 110 в 1 сек., язык сухой, с белым налётом.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие амбулаторные исследования следует выполнить для уточнения диагноза?
3. О каком осложнении следует думать?
4. Что необходимо выполнить для лечения больной?
5. Какое хирургическое вмешательство выполняют при некрозе кишки?

Ответы

1. Ущемление невправимой пупочной грыжи, острая кишечная непроходимость.
2. Обзорная рентгенограмма и УЗИ брюшной полости.
3. Некроз ущемленной части кишки.
4. Экстренная госпитализация в хирургический стационар.
5. Резекция некротизированной при ущемлении части кишки.

Задача 2.

Больной 32 лет на приеме у стоматолога пожаловался на боль по всему животу. Боли появились в правой подвздошной области около 22 часов тому назад. Затем боли распространились по всему животу. Состояние больного средней тяжести. Язык сухой. АД – 120/80 мм.рт.ст., пульс-110 ударов в минуту. Живот не вздут, при пальпации напряжен во всех отделах. Симптом Щеткина положительный. Перкуторно печеночная тупость сохранена. Стула не было. При аускультации кишечные шумы не выслушиваются.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Какие методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать?
4. Ваша лечебная тактика?
5. Причины которые могут привести к перитониту?

Ответы

1. Разлитой перитонит на фоне деструктивного аппендицита.
2. Лапароскопия.
3. Перфоративной язвой желудка и 12п кишки.
4. Лапаротомия, аппендэктомия, интубация тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости.
5. Перфоративный аппендицит, перфоративный холецистит, перфоративная язва, ущемленная грыжа, панкреонекроз, кишечная непроходимость.

Задача 3.

Больной П., 74 лет, сосед студента-стоматолога, предъявляет жалобы на резкие боли в нижних конечностях, отсутствие чувствительности и активных движений на обеих нижних конечностях, зябкость, онемение стоп.

Анамнез: Длительное время страдает облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей. Резкое ухудшение состояния за сутки до поступления в стационар. Лечился дома без эффекта, в связи с чем обратился за помощью.

При осмотре: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы на обеих нижних конечностях мраморной окраски, холодные на ощупь, движения, чувствительность в нижних конечностях отсутствуют. Пульсация на бедренных артериях отсутствует с обеих сторон, заполнение вен слабое, капиллярный кровоток отсутствует.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. На основании чего вы выставили данный диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?

4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Ваша тактика на данном этапе лечения.

Ответы

1. Острый тромбоз брюшного отдела аорты.
2. На основании жалоб больного на остро возникшие резкие боли, мраморность кожных покровов холодные на ощупь, отсутствие активных движений в конечностях и отсутствии пульсации на бедренных артериях.
3. Аортография, ультразвуковое ангиосканирование брюшной аорты и ее ветвей (УЗАС).
4. Острый илеофemorальный тромбоз, острое расслоение аорты, заболевания периферической нервной системы.
5. Назначение гепарина в приемном отделении Срочная госпитализация больного в сосудистое отделение для проведения курса реологической терапии.

Задача 4.

Больной Ч., 60 лет обратился в поликлинику с жалобами на наличие язвенного дефекта на голени. Из анамнеза: длительно страдает варикозной болезнью вен нижних конечностей.

Вопросы:

1. Какое осложнение варикозной болезни представлено на слайде?
2. Какие диагностические мероприятия необходимо провести?
3. Сформулируйте конечный диагноз?
4. Какое лечение необходимо в данной ситуации?

Ответы

1. Венозная трофическая язва.
2. Ультразвуковая доплерография.
3. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Хроническая венозная недостаточность IV степени. Венозная трофическая язва.
4. Оперативное лечение в объеме комбинированной флебэктомии с эндоскопической диссекцией недостаточных перфорантных вен.

Задача 5.

Больной Ф., 50 лет, врач-стоматолог, длительно страдающий варикозной болезнью, пожалуется на тянущие боли по ходу подкожных вен, начиная от средней трети голени до средней трети бедра, субфебрильную температуру, легкий озноб. В течение суток болезнь прогрессировала. В проекции поражения определяется полоса яркой гиперемии, пальпируется плотный шнуровидный тяж.

Вопросы:

1. О каком осложнении варикозной болезни следует думать?
2. Какие дополнительные методы диагностики следует провести для подтверждения диагноза?
3. Поставьте развернутый клинический диагноз?
4. Какую операцию необходимо выполнить?

Ответы:

1. Восходящий варикотромбофлебит.

2. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование.
3. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. ХВН 3 степени. Восходящий варикотромбофлебит.
4. Операция – перевязка большой подкожной вены в области соустья.

3. ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

1. Переливание крови и плазмы.
2. Реанимация при терминальных состояниях и клинической смерти.
3. Промывание желудка.
4. Наложение и снятие швов.
5. Катетеризация мочевого пузыря.
6. Паранефральная новокаиновая блокада.
7. Ассистенция при операциях.
8. Пункция плевральной полости.
9. Первичная хирургическая обработка поверхностных ран.
10. Вскрытие поверхностных гнойников (абсцесса, панариция, нагноившейся атеромы).
11. Пункция коленного сустава.
12. Ректороманоскопия.
13. Промывание гнойных полостей.
14. Оформление выписок из истории болезни, больничных листов, справок и т.д.
15. Составление историй болезни.
16. Освоение практических навыков по хирургической деонтологии.
17. Закрепление практических навыков клинического обследования хирургического больного (пальпация, перкуссия, аускультация, определение клинических симптомов).

4. СОБЕСЕДОВАНИЕ

1. Методы исследования при заболеваниях пищевода. Дивертикулы пищевода: классификация, клиника, диагностика, лечение.
2. Этиология, классификация, клиника, диагностика ахалазии кардии. Методы лечения.
3. Абсолютные и относительные показания к оперативному лечению язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки. Пилоростеноз язвенной этиологии: классификация, клиника, диагностика и лечение.
4. Язвенное кровотечение из желудка и 12 перстной кишки: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.
5. Прободная язва желудка и 12 перстной кишки: клиника, диагностика и лечение.
6. Дивертикулез толстой кишки: клиника, диагностика, осложнения и методы лечения.
7. Рак ободочной кишки: классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы хирургического лечения рака ободочной кишки.
8. Классификация непроходимости кишечника. Заворот сигмовидной ободочной кишки: этиология, классификация, клиника, диагностика и лечение.

9. Инвагинация кишечника: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
10. Спаечная непроходимость кишечника: классификация, клиника диагностика, лечение.
11. Динамическая непроходимость кишечника: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
12. Узлообразование кишечника: клиника, диагностика, лечение.
13. Острый аппендицит: этиология, патогенез, патанатомия, классификация, клиника, диагностика, лечение.
14. Осложнения острого аппендицита. Послеоперационные осложнения при остром аппендиците.
15. Дифференциальная диагностика острого аппендицита. Особенности клинического течения острого аппендицита у детей, беременных женщин и у лиц пожилого и старческого возраста.
16. Классификация и клиническая картина перитонита. Клинические фазы течения перитонита, их характеристика.
17. Отграниченные перитониты, их виды, клиника, диагностика и лечение. Дифференциальная диагностика перитонита, его отличия от перитонизма.
18. Техника оперативного вмешательства при распространённом гнойном перитоните.
19. Лечение аппендикулярного инфильтрата. Техника оперативного вмешательства при аппендикулярном абсцессе.
20. Острый холецистит: этиология, патогенез, патанатомия, классификация, клиника, диагностика.
21. Осложнения острого холецистита, их виды, клиника, диагностика и лечение. Хирургическая тактика при остром холецистите.
22. Осложнения хронического калькулёзного холецистита, их виды, клиника, диагностика и лечение. Послеоперационные осложнения при остром холецистите, их виды, диагностика, лечение.
23. Эхинококкоз печени: эпидемиология, патогенез, патанатомия, классификация, клиника, диагностика.
24. Классификация и клиника абсцессов печени. Виды и техника операций при эхинококке печени.
25. Виды и техника оперативных вмешательств при абсцессе печени. Особенности клиники, диагностики и лечения амёбного абсцесса печени.
26. Острый панкреатит: этиология, класс-я, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика острого панкреатита, консервативное лечение острого панкреатита
27. Осложнения острого панкреатита, их виды, клиника, диагностика и лечение, послеоперационные осложнения при остром панкреатите.
28. Геморрой: этиология, патогенез, патанатомия, классификация, клиника, диагностика.
29. Осложнения геморроя, их виды, клиника и лечение. Техника операции при геморрое.
30. Трещина заднего прохода: этиология, патогенез, патанатомия, клиника, лечение.

31. Классификация, клиника и диагностика парапроктитов. Техника операций при острых гнойных парапроктитах.
32. Параректальные свищи: этиология, классификация, клиника, диагностика, виды и техника оперативных вмешательств при параректальных свищах.
33. Выпадение прямой кишки: этиология, патогенез, патанатомия, классификация, клиника, диагностика, техника оперативного вмешательства при выпадении прямой кишки.
34. Рак прямой кишки: классификация, патанатомия, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика.
35. Осложнения рака прямой кишки, их виды, клиника, диагностика, лечение, радикальные и паллиативные операции при раке прямой кишки, их техника.
36. Классификация, клиника, диагностика грыж живота, осложнения грыж живота.
37. Причины рецидива грыж живота, меры профилактики рецидивов.
38. Ущемление грыжи живота, особенности их клиники и лечения.
39. Послеоперационные грыжи живота: этиология, патогенез, патанатомия, клиника, техника оперативных вмешательств при послеопер-х вентральных грыжах.
40. Классификация, клиника, диагностика зоба.
41. Тиреотоксический зоб: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, осложнения во время и после операции струмэктомии.
42. Тиреотоксический криз: причины, клиника, лечение.
43. Рак щитовидной железы: классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
44. Рак молочной железы: этиология, классификация, клиника, диагностика и лечение.
45. Методы исследования при заболеваниях молочной железы. Маститы: этиология, классификация, клиника, диагностика и лечение.
46. Гангрена лёгкого: этиология, клиника, диагностика, лечение.
47. Острый абсцесс легкого: этиология, классификация, патанатомия, клиника, диагностика и лечение.
48. Специальные методы исследования больных с облитерирующими заболеваниями периферических артерий. Виды и техника оперативных вмешательств при облитерирующих заболеваниях периферических артерий.
49. Специальные методы исследования больных с варикозным расширением вен нижних конечностей. Виды и техника операций при варикозном расширении вен нижних конечностей.
50. Портальная гипертензия: этиология, классификация, клиника, диагностика и лечение.

5. РЕФЕРАТЫ

1. Острый аппендицит. Классификация. Клиника, диагностика и лечение.
2. Острый холецистит. Классификация. Клиника, диагностика и лечение.
3. Острый панкреатит. Классификация. Клиника диагностика и лечение.
4. Эмпиема плевры. Классификация. Клиника, диагностика и лечение.
5. Острая кишечная непроходимость. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

6. Перитонит. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
7. Заболевания сосудов. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

6.КОЛЛОКВИУМ

Список тем 1-ой части **контроля усвоения учебного материала по хирургическим болезням**

1. Аппендицит
2. Варикозная болезнь
3. Грыжи.
4. ЖКБ
5. Заболевание плевры
6. Заболевание средостения
7. Нагноительное заболевание легких
8. Облитерирующие заболевание артерий
9. Рак легкого.
10. Тромбозы и эмболии
11. Тромбофлебит и ПТФС
12. Язв. б-нь желудка и 12 п.к.

Вопросы по тестовому контролю и ситуационные задачи по хирургическим болезням 1 часть

Билет №

Тесты

1. При остром аппендиците выявляются симптомы:

1. Волковича-кохера.
2. Ровзинга
3. Мейо-робсона
4. Ситковского
5. Курвуазье

2. Применение резиново-марлевых тампонов после аппендэктомии возможно при:

1. Забрюшинной локализации отростка
2. Вскрытия периаппендикулярного абсцесса.
3. Сомнении в надежности гемостаза и паренхиматозном кровотечении из брыжейки червеобразного отростка.
4. Опасности развития несостоятельности швов, погружающих культю отростка вследствие инфильтрации купола слепой кишки.
5. Аппендикулярном инфильтрате

3. При варикозной болезни следует избегать:

1. Продолжительного пребывания на ногах
2. Занятий плаванием
3. Работы в прохладных цехах
4. Тяжелой физической работы и поднятия тяжестей
5. Тугое затягивание пояса

4. Ущемление, при котором в грыжевом мешке расположены две кишечные

петли, называется:

1. Пристеночным
 2. Каловым
 3. Ложным
 4. Ретроградным
 5. Смешанным
- 5. Укажите наиболее опасное для жизни больного осложнение грыжи**
1. Ущемление
 2. Воспаление
 3. Травма
 4. Невправимость
 5. Эвентрация
- 6. У больного 70 лет левосторонняя косая паховая грыжа со склонностью к ущемлению. Имеется аденома предстательной железы с нарушением мочеиспускания. Ваши рекомендации?**
1. Ношение постоянного бандажа
 2. Экстренная операция при очередном ущемлении
 3. Оперативное лечение при быстром увеличении размеров грыжи
 4. Плановая операция, после осмотра уролога и коррекции нарушений мочеиспускания; одновременное грыжесечение и удаление аденомы
- 7. Факторами, способствующими образованию камней в желчных путях, являются (три варианта):**
1. Ожирение
 2. Гиперпаратиреоз
 3. Повышенный гемолиз любой этиологии
 4. Тиреотоксикоз
 5. Гипертоническая болезнь
- 8. Рубцовая стриктура внепеченочных желчных протоков сопровождается**
1. Развитием желчной гипертензии
 2. Резким повышением диастазы крови
 3. Образованием конкрементов и замазки
 4. Дуоденобилиарным рефлюксом
 5. Развитием обтурационной желтухи
- 9. Что относится к интраоперационным методам обследования внепеченочных желчных путей?**
1. Пальпация холедоха
 2. Внутривенная холеграфия
 3. Ретроградная холангиография
 4. Интраоперационная холангиография
- 10. Осложнениями поликистоза легких являются:**
1. Синдром верхней полой вены
 2. Кровотечение
 3. Инфицирование
 4. Пневмоторакс
 5. Кистозный занос
- 11. Что является основным в лечении острого гнойного плеврита**
1. Повторные плевральные пункции
 2. Общее антибактериальное лечение
 3. Введение антибиотиков интраплеврально
 4. Дренаж плевральной полости
- 12. острый, дренируемый в бронх, абсцесс легкого рентгенологически сходен (два варианта)**

1. С очаговой пневмонией
2. С центральным раком легкого
3. с полостной формой рака
4. с туберкулезной каверной
5. С очагом гона.

13. Облитерирующий эндартериит встречается чаще:

1. В 50-60 лет
2. В 70-80 лет
3. В раннем детском возрасте
4. В 20-30 лет
5. В любом возрасте

14. Для опухоли панкоста характерно (три варианта):

1. Наличие множественных метастазов в лимфоузлах средостения при отсутствии
2. Отчетливо определяемого первичного очага
3. Субплевральное расположение опухоли
4. Локализация в области верхушки легкого
5. Проращение опухоли задних отрезков ребер и деструкция их

15. К группе риска заболевания тромбозом относятся больные с

1. Тиреотоксикозом
2. Сахарным диабетом
3. Злокачественными новообразованиями
4. Травматическими повреждениями
5. Вентральными грыжами

16. Хронические язвы гастродуоденальной зоны характеризуются

1. Плотными краями
2. Редкое развития разных осложнений
3. Способностью проникать на разную глубину стенки пораженного соседнего органа
4. Отсутствием конвергенции складок слизистой оболочки к краям язвы
5. Ровными гладкими краями

17. При субкомпенсированном стенозе клинически отмечаются

1. Постоянные, часто коликообразные боли в эпигастральной области, связанные с усиленной перистальтикой желудка
2. Более выраженное, усиливающееся после еды, чувство тяжести в эпигастральной области
3. Почти ежедневная обильная рвота с примесью пищи, принятой за несколько дней
4. Отрыжка с неприятным запахом тухлых яиц
5. Судороги

18. Экстренная эзофагогастродуоденоскопия при гастродуоденальном кровотечении позволяет:

1. Выявить источник кровотечения и определить его характер
2. Установить эвакуаторную функцию желудка
3. Дать оценку язвы (размеры, глубина и т.д.)
4. Определить степень кровопотери
5. Оценить состояние слизистой эзофагогастродуоденальной зоны

19. Простое ушивание прободной язвы показано при

1. Распространенном перитоните
2. Высокой степени операционного риска
3. Токсической стадии перитонита
4. Острых стрессовых язвах

5. "свежей" язве у молодых больных

20. После аппендэктомии у беременных рекомендуется:

1. Более длительное оставление тампонов в брюшной полости.
2. Применение средств профилактики прерывания беременности.
3. категорический отказ от применения прозерина, гипертонических клизм и гипертонического раствора для стимуляции кишечника.
4. Строгий постельный режим после операции.
5. Более частое использование дренажных трубок.

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА № 1

Больной 60 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, повышение температуры до 37,8° С, выраженную одышку, сухой мучительный кашель, кровохарканье, общую слабость. Болен в течение 3 месяцев. При бронхоскопии отмечено, что стенки левого главного бронха ригидны, слизистая его легкого кровоточит, в просвете определяется бугристое опухолевидное образование 1х1,5см.

О каком заболевании свидетельствуют представленные данные? Тактика лечения?

ЗАДАЧА № 2

Больной Л., 84 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на постоянные разлитые боли в животе, которые появились 3 суток назад в эпигастральной области. Сутки назад была однократная рвота. Накануне имел самостоятельный стул.

Язык сухой, обложен. Живот вздут, напряжен, болезненный во всех отделах, но несколько больше по правому боковому каналу. Перкуторно определяется тимпанит во всех отделах живота. Печеночная тупость сохранена. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Перистальтика не прослушивается.

Анализ крови: лейкоциты — 18 000, СОЭ - 16 мм/ч. На обзорной рентгенограмме живота свободного газа и "чаш Клойбера" нет, петли тонкой кишки пневматизированы.

Ваши предположительный диагноз и лечебная тактика?

ЗАДАЧА № 3

Больная, 63 лет, страдающая хроническим калькулезным холециститом, тяжелым диабетом, ожирением 3 ст. и кардиосклерозом, доставлена в клинику с тяжелым приступом острого холецистита и механической желтухой. Приступы холецистита бывают 3-4 раза в год, но хирурги отказывали больной в операции.

Объективно: болезненность и резкое напряжение в правом подреберье, симптомы Ортнера и Сквирского выражены. Пульс- 120 в мин., АД - 160/90 мм рт. ст., температура – 38 гр., лейкоцитоз- 20 000, билирубин- 90 ммоль/л. В течение 4 дней проводится безуспешное консервативное лечение.

Обоснуйте показания к срочной операции, и объем оперативного вмешательства? Возможные осложнения в послеоперационном периоде?

Список тем 2-ой части

контроля усвоения учебного материала по хирургическим болезням

1. Б-нь оперированного желудка.
2. Заболевания ободочной кишки
3. Заболевания прямой кишки
4. Кишечная непроходимость
5. Неопухолевые заболевания пищевода
6. Перитонит

7. ПХЭС
8. Рак желудка.
9. Рак пищевода.
10. Острый панкреатит.

**Вопросы для контроля освоения материала
по хирургическим болезням
2 часть**

Билет №

Тесты

1. При каком виде кишечной непроходимости чаще всего могут быть кровянистые выделения из заднего прохода(один вариант)?

1. Паралитической
2. Спастической
3. Инвагинации
4. Завороте тонкой кишки
5. Узлообразовании.

2. При осложненных непроходимостью опухолях ободочной кишки выполняют следующие операции:

1. Удаления опухоли с выведением проксимального и дистального конца
2. Удаления опухоли с восстановлением пассажа по кишечнику
3. Операции гартмана
4. Двухствольной колостомы без удаления опухоли.

3.противопоказаниями к плановой операции по поводу геморроя являются

1. Гипертоническая болезнь с частыми кризами
2. Язвенная болезнь желудка
3. Хронический панкреатит
4. Портальная гипертензия
5. Выпадение геморроидальных узлов

4. Геморроидэктомия по миллигану-моргану подразумевает:

1. Циркулярное иссечение слизистой анального канала
2. Иссечение геморроидальных узлов на 2,5,8 часах по циферблату
3. Иссечение геморроидальных узлов на 3,7,11 часах по циферблату без восстановления слизистой анального канала.
4. Иссечение выпадающих геморроидальных узлов
5. Иссечение геморроидальных узлов на 3,7,11 часах по циферблату с восстановлением слизистой анального канала.

5. Характерными клиническими симптомами анальной трещины являются (три варианта):

1. Резкая боль в момент акта дефекации
2. Сильные боли до акта дефекации
3. Наличие кровотечения из прямой кишки в момент акта дефекации
4. Во время дефекации кровь, размазанная по каловым массам
5. Иррадиация болей в промежность, крестец

6. Для подкожной формы острого парапроктита характерны следующие симптомы (два варианта):

1. Повышение температуры тела
2. Гнойные выделения из прямой кишки
3. Наличие болезненного инфильтрата над лоном

4. Стулобоязнь

7. При хроническом парапроктите зондирование свищевого хода позволяет определить:

1. Установить этиологический фактор
2. Отношение свищевого хода к наружному сфинктеру
3. Наличие затеков в параректальных клетчаточных пространствах
4. Наличие внутреннего отверстия свища

8. Рентгенологические симптомы рака прямой кишки включают

1. Дефекта наполнения
2. конвергенции складок слизистой
3. Дополнительной тени на фоне воздуха
4. Остатка бария в суженном отделе после опорожнения
5. Расширения кишки ниже опухоли

9. Некроз стенки кишки при ущемлении начинается:

1. С серозной оболочки
2. Со всех слоев одновременно
3. С мышечного слоя
4. Со слизистой оболочки
5. С брыжейки

10. К факторам, способствующим выпадению прямой кишки относят

1. Запоры
2. Частый прием алкоголя
3. Тяжелый физический труд
4. Сочетание с парапроктитом
5. Упорный кашель.

11. Нарушения гомеостаза при непроходимости кишечника заключаются:

1. В гиповолемии, гипокалиемии, гипопротениемии, интоксикации, гипохлоремии
2. В гиперкалиемии, гиперхлоремии, интоксикации
3. В гиповолемии, гиперпротеинемии, гипокалиемии
4. В анемии, гипокальциемии, тромбоцитопении.

12. В пользу паралитической кишечной непроходимости на обзорной рентгенограмме говорят

1. Мелкие высокие чаши клойбера, расположенные по боковым каналам брюшной полости
2. Равномерное вздутие всех отделов кишки.
3. Наличие уровней лишь в толстой кишке.
4. Преобладание газообразного содержимого над жидким.

13. Для обезболивания при операции по поводу непроходимости кишечника оптимальным является:

1. Внутривенный наркоз
2. Местная анестезия
3. Внутривенный наркоз + нейролептаналгезия
4. Масочный наркоз + нейролептаналгезия
5. Интубационный наркоз с миорелаксантами.

14. Какие из перечисленных клинических признаков характерны для кардиоспазма(три варианта)?

1. Обильная рвота желудочным содержимым;
2. Срыгивание во время еды;
3. Потливость

4. Парадоксальная дисфагия;

5. Острое начало

15. В патогенезе гнойного перитонита играют роль

1. Интоксикация.

2. Иммунологический статус.

3. Парез кишечника.

4. Гиперкалиемия и гиперволемиа

5. Нарушение экзокринной функции поджелудочной железы.

16. Больной 19 лет заболел 8 часов назад, появились сильные боли в животе, рвота, не приносящая облегчения, живот вздут в нижней половине, перистальтика не выслушивается, симптома валя отрицательный, резко положительный симптом щеткина - блюмберга в нижней половине живота. При ректальном исследовании – болезненность тазовой брюшины. Ваши варианты предварительного диагноза

1. Перитонит неясной этиологии

2. Острый панкреатит

3. Прободная язва желудка

4. Острая кишечная непроходимость

5. Аппендицит.

17. Общепринятыми способами дренирования холедоха после удаления камней являются:

1. По а.а.вишневному;

2. По кэру;

3. По долиотти;

4. По аскерханову

18. К предраковым заболеваниям желудка относится:

1. Полипоз желудка

2. Синдром золлингера - эллисона

3. Фитобезоар

4. Хронический атрофический гастрит

5. Кальлезная язва желудка

19. Абсолютными признаками неоперабельности рака желудка являются

1. Множественные метастазы в печень

2. Метастатическое поражение селезенки

3. Метастазы в большой сальник

4. Большие размеры опухоли

5. Асцит

20. При раке шейного отдела пищевода чаще всего применяется

1. Комбинированное лечение (лучевая терапия и оперативное вмешательство)

2. Лучевая терапия

3. Хирургическое лечение

4. Химиотерапевтическое лечение

5. Симптоматическая терапия

21. Линико-анатомической классификации острого панкреатита соответствует следующая комбинация:

1. Первичный панкреатит.

2. Отечный панкреатит.

3. Жировой панкреонекроз.

4. Калькулезный панкреатит.

5. Геморрагический панкреонекроз.

22. Время лапароскопии у больного с подозрением на острый панкреатит было выявлено: в брюшной полости геморрагический выпот до 800 мл, геморрагическая имбибиция брыжейки поперечно-ободочной кишки. Какой

клинико-анатомической форме острого панкреатита это соответствует?

1. Отечному панкреатиту.
2. Жировому панкреонекрозу.
3. Геморрагическому панкреонекрозу.
4. Гнойному панкреонекрозу.
5. Такие изменения не характерны для острого панкреатита.

23. Отложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить

1. Купирование болевого синдрома
2. Снятие спазма сфинктера одди
3. Ускорения секвестрации ткани поджелудочной железы
4. Уменьшения секреторной активности и отека поджелудочной железы
5. Активацию протеаз в крови

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА № 1

В клинику поступил больной с закрытой травмой живота. При поступлении выражены симптомы внутрибрюшного кровотечения. В результате экстренной операции (лапаротомии) установлены разрыв передней поверхности правой доли печени размером 6х3х4 см, гемоперитонеум.

Как произвести окончательную остановку кровотечения из поврежденной печени? Что делать с кровью, излившейся в брюшную полость?

ЗАДАЧА № 2

У больной, 28 лет, вскоре после еды внезапно появились резкие боли в животе, которые затем приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы, не было стула. Была многократная рвота. Общее состояние средней тяжести, беспокойна, стонет от боли. Пульс - 80 ударов в 1 мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут. В правой подвздошной области виден послеоперационный рубец после перенесенной аппендэктомии. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника усилена. Определяется симптом "шум плеска". При обзорной рентгеноскопии брюшной полости отмечены повышенная пневматизация кишечника, горизонтальные уровни жидкости, симптом "чаши" Клойбера в мезогастральной области.

Укажите характер заболевания и наиболее вероятную его причину. Как нужно лечить больную?

Список тем 3-й части

контроля усвоения учебного материала по хирургическим болезням

1. Вентральные и диафрагмальные грыжи.
2. Заболевания молочной железы.
3. Заболевания щитовидной железы
4. Заболевания печени
5. Портальная гипертензия
6. Хронические заболевания поджелудочной железы

**Вопросы для контроля освоения материала
по хирургическим болезням
3 часть**

Билет №

Тесты

1. Перечислите местные факторы образования послеоперационных грыж:

1. Наличие послеоперационного рубца
2. Продолжительность наркоза и операции
3. Погрешности хирургической тактики
4. Нагноение раны, дренаж и тампоны в брюшную полость через рану
5. Отеки тканей

2. Перечислите возможные осложнения скользящей грыжи пищеводного отверстия:

1. Пептическая язва пищевода
2. Рубцовая стриктура пищевода
3. Ущемление
4. Кровотечение

3. Назовите показания к операции при релаксации диафрагмы

1. Установленный диагноз релаксации диафрагмы
2. Тяжелые клинические проявления
3. Возраст больного
4. Степень истончения диафрагмы.

4. Симптом "умбиликации" проявляется:

1. Втяжением кожи
2. Деформацией соска, его втяжением
3. Отеком и расширением кожных фолликулов
4. Неподвижностью молочной железы по отношению к большой грудной мышце
5. Исчезновением опухоли при пальпации в положении лежа

5. Больная 22 лет обратилась с жалобами на температуру 39 градусов, боли и припухлость в молочной железе. Две недели назад были роды. Молочная железа отечна, багрово-красного цвета, пальпаторно болезненная, диффузно инфильтрирована. В подмышечной области болезненные лимфоузлы. Диагноз?

1. Узловая мастопатия
2. Мастопатия диффузная
3. Хронический мастит
4. Рожеподобный рак
5. Острый мастит

6. У женщины пальпируется небольшое образование в молочной железе, кровянистые выделения из соска. О чем это говорит?

1. Раке педжета
2. Внутрипротоковой папилломе
3. Галактоцеле
4. Фиброзно-кистозной мастопатии
5. Мастодинии

7. При фиброаденоме молочной железы показана операция:

1. Простая мастэктомия
2. Ампутация молочной железы
3. Секторальная резекция
4. Операция по пейти
5. Все ответы правильные

8. Больная 30 лет поступила с жалобами на опухолевидное образование на передней поверхности шеи, которое появилось 5 лет назад и с тех пор медленно увеличивалось. В левой доле щитовидной железы при пальпации определяется плотное образование с гладкой поверхностью размерами 8x5 см, безболезненное. Пульс 78 уд/мин. Основной обмен 10%. Какое лечение показано этой больной?

1. Субтотальная резекция щитовидной железы
2. Энуклеация узла
3. Резекция левой доли железы
4. Струмэктомия с удалением регионарных лимфоузлов
5. Паратиреоаденомэктомия

9. Какие осложнения являются типичными при операциях на щитовидной железе

1. Кровотечение
2. Воздушная эмболия
3. Жировая эмболия
4. Повреждение трахеи
5. Повреждение диафрагмального нерва

10. Какая наиболее адекватная операция при диффузном токсическом зобе?

1. Гемитиреоидэктомия
2. Расширенная резекция щитовидной железы
3. Субтотальная резекция щитовидной железы

11. При наличии крупных амёбных абсцессов печени комплексная консервативная терапия должна сочетаться с (два варианта):

1. Пункционной аспирацией содержимого полости гнойника и введением в нее антиамёбных препаратов
2. Лапаротомией, дренированием через холедох полости гнойника.
3. Резекцией пораженной доли печени
4. Гемигепатэктомией
5. Лапаротомией, дренированием гнойника

12. Портальная гипертензия является:

1. Болезнью
2. Симптомом
3. Синдромом
4. Декомпенсацией
5. Ничем из перечисленного.

13. В комплекс терапии желудочно-пищеводного кровотечения при портальной гипертензии входит

1. Восполнение кровопотери
2. Гемостатическая терапия
3. Профилактика печеночной недостаточности
4. Антикоагулянтная терапия

14. Больной 40 лет обратился к врачу поликлиники с жалобами на боли в верхних отделах живота. Кожные покровы обычной окраски состояние относительно удовлетворительное. В 20-летнем возрасте больной перенес вирусный гепатит. В настоящее время имеет место злоупотребление алкоголем. Клинически выявлены признаки портальной гипертензии, спленомегалии. О чем можно думать?

1. О надпеченочном блоке;
2. О внутрипеченочном блоке;
3. О подпеченочном блоке;
4. О смешанном блоке;
5. О гиперспленизме.

15. Назовите виды оперативных вмешательств при кистах поджелудочной

железы:

1. Резекция пораженного участка поджелудочной железы;
2. Экстирпация кисты;
3. Холецистостомия;
4. Трансдуоденальная цистолитотомия
5. Марсупиализация.

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА № 1.

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 кожный покров не изменены. Пальпаторно в правой молочной железе определяются мелкобугристые 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 лечебная тактика?

ЗАДАЧА № 2

У больной после экстирпации щитовидной железы по поводу рака в послеоперационном периоде появились судороги в конечностях, подергивания мышц лица.

Ваши диагноз и лечебная тактика?

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Экзаменационные вопросы.

1. Виды антисептики и их характеристика. Основные антисептические средства и их свойства.
2. Асептика и её отличия от антисептики. Способы подготовки рук хирурга к операции.
3. Методы стерилизации операционного, перевязочного материала и белья. Способы стерилизации шовного материала и контроля за стерильностью.
4. Способы местной анестезии и их техника.
5. Стадии наркоза и их характеристика. Внутривенный наркоз. Эндотрахеальный наркоз.
6. Осложнения наркоза. Терминальные состояния. Комплекс реанимационных мероприятий и техника их проведения.
7. Классификация шока. Травматический шок, методы его профилактики и лечения.
8. Классификация кровотечений. Методы временной остановки кровотечения.
9. Методы окончательной остановки кровотечения. Вторичные кровотечения, их причины, клиника и лечение.
10. Группы крови и их характеристика. Способы определения групп крови. Резус фактор и способы его определения.
11. Методы переливания крови и их характеристика. Механизм действия перелитой крови.

12. Показания и противопоказания к переливанию крови. Осложнения при переливании крови.
13. Классификация кровезамещающих растворов и их характеристика. Препараты для парентерального питания, показания и техника их применения.
14. Классификация хирургических операций. Предоперационный период. Послеоперационный период.
15. Подготовка больного к операции и наркозу.
16. Послеоперационные осложнения, их виды, причины, клиническая картина, профилактика и лечение.
17. История болезни хирургического больного, её составные части и правила заполнения. Специальные методы исследования хирургических больных.
18. Классификация травм и их характеристика
19. Виды повязок и техника их наложения.
20. Виды транспортных шин, показания и техника наложения.
21. Травматический токсикоз: причины, клиника, лечение.
22. Классификация ран и их характеристика.
23. Фазы раневого процесса и их характеристика.
24. Техника проведения первичной хирургической обработки ран.
25. Газовая гангрена: возбудители, классификация, клиническая картина. Профилактика и лечение газовой гангрены.
26. Столбняк: причины, возбудитель, клиническая картина, диагностика. Профилактика и лечение столбняка.
27. Классификация переломов костей. Клиническая картина, диагностика и лечение переломов костей.
28. Показания к оперативному лечению переломов костей, виды и техника операций. Осложнения при лечении переломов костей
29. Классификация вывихов. Клиническая картина, диагностика и лечение вывихов
30. Методы вправления вывиха плеча. Методы вправления вывиха бедра.
31. Классификация ожогов. Периоды ожоговой болезни и их характеристика.
32. Первая помощь и лечение ожогов.
33. Химические ожоги: классификация, клиническая картина, первая помощь и лечение.
34. Классификация отморожений. Клиническая картина, диагностика, первая помощь и лечение отморожений.
35. Классификация хирургической инфекции.
36. Фурункул и карбункул, их этиология, клиническая картина, осложнения и лечение.
37. Гидраденит: этиология, клиника, лечение.
38. Абсцесс и флегмона, их этиология, клиническая картина, лечение.
39. Рожь: классификация, клиника, диагностика, лечение.
40. Панариций: классификация, клиника и лечение.
41. Классификация остеомиелита. Острый гематогенный остеомиелит: классификация, клиника, диагностика, лечение.
42. Первично-хронический остеомиелит.
43. Классификация перитонита. Клиническая картина, диагностика и лечение перитонита.
44. Классификация и клиника сепсиса. Диагностика и лечение сепсиса.
45. Туберкулезный спондилит. Туберкулезный коксит.
46. Актиномикоз.
47. Классификация опухолей. Доброкачественные опухоли- клиника, диагностика, лечение.
48. Методы диагностики и лечения злокачественных опухолей.
49. Эхинококкоз, методы хирургического лечения.

50. Хирургические осложнения аскаридоза, амебиоза.
51. Аномалии развития лица, черепа и головного мозга.
52. Пороки развития органов пищеварения
53. Пороки развития мочеполовой системы.
54. Пороки развития конечностей.
55. Способы кожной пластики и их характеристика. Трансплантация органов.
56. Методы исследования при заболеваниях пищевода. Дивертикулы пищевода: классификация, клиника, диагностика, лечение.
57. Этиология, классификация, клиника, диагностика ахалазии кардии. Методы лечения.
58. Абсолютные и относительные показания к оперативному лечению язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки. Пилоростеноз язвенной этиологии: классификация, клиника, диагностика и лечение.
59. Язвенное кровотечение из желудка и 12 перстной кишки: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.
60. Прободная язва желудка и 12 перстной кишки: клиника, диагностика и лечение.
61. Дивертикулез толстой кишки: клиника, диагностика, осложнения и методы лечения.
62. Рак ободочной кишки: классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы хирургического лечения рака ободочной кишки.
63. Классификация непроходимости кишечника. Заворот сигмовидной ободочной кишки: этиология, классификация, клиника, диагностика и лечение.
64. Инвагинация кишечника: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
65. Спаечная непроходимость кишечника: классификация, клиника диагностика, лечение.
66. Динамическая непроходимость кишечника: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
67. Узлообразование кишечника: клиника, диагностика, лечение.
68. Острый аппендицит: этиология, патогенез, патанатомия, классификация, клиника, диагностика, лечение.
69. Осложнения острого аппендицита. Послеоперационные осложнения при остром аппендиците.
70. Дифференциальная диагностика острого аппендицита. Особенности клинического течения острого аппендицита у детей, беременных женщин и у лиц пожилого и старческого возраста.
71. Классификация и клиническая картина перитонита. Клинические фазы течения перитонита, их характеристика.
72. Отграниченные перитониты, их виды, клиника, диагностика и лечение. Дифференциальная диагностика перитонита, его отличия от перитонизма.
73. Техника оперативного вмешательства при распространённом гнойном перитоните.
74. Лечение аппендикулярного инфильтрата. Техника оперативного вмешательства при аппендикулярном абсцессе.
75. Острый холецистит: этиология, патогенез, патанатомия, классификация, клиника, диагностика.
76. Осложнения острого холецистита, их виды, клиника, диагностика и лечение. Хирургическая тактика при остром холецистите.
77. Осложнения хронического калькулёзного холецистита, их виды, клиника, диагностика и лечение. Послеоперационные осложнения при остром холецистите, их виды, диагностика, лечение.

78. Эхинококкоз печени: эпидемиология, патогенез, патанатомия, классификация, клиника, диагностика.
79. Классификация и клиника абсцессов печени. Виды и техника операций при эхинококке печени.
80. Виды и техника оперативных вмешательств при абсцессе печени. Особенности клиники, диагностики и лечения амёбного абсцесса печени.
81. Острый панкреатит: этиология, класс-я, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика острого панкреатита, консервативное лечение острого панкреатита
82. Осложнения острого панкреатита, их виды, клиника, диагностика и лечение, послеоперационные осложнения при остром панкреатите.
83. Геморрой: этиология, патогенез, патанатомия, классификация, клиника, диагностика.
84. Осложнения геморроя, их виды, клиника и лечение. Техника операции при геморрое.
85. Трещина заднего прохода: этиология, патогенез, патанатомия, клиника, лечение.
86. Классификация, клиника и диагностика парапроктитов. Техника операций при острых гнойных парапроктитах.
87. Параректальные свищи: этиология, классификация, клиника, диагностика, виды и техника оперативных вмешательств при параректальных свищах.
88. Выпадение прямой кишки: этиология, патогенез, патанатомия, классификация, клиника, диагностика, техника оперативного вмешательства при выпадении прямой кишки.
89. Рак прямой кишки: классификация, патанатомия, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика.
90. Осложнения рака прямой кишки, их виды, клиника, диагностика, лечение, радикальные и паллиативные операции при раке прямой кишки, их техника.
91. Классификация, клиника, диагностика грыж живота, осложнения грыж живота.
92. Причины рецидива грыж живота, меры профилактики рецидивов.
93. Ущемление грыжи живота, особенности их клиники и лечения.
94. Послеоперационные грыжи живота: этиология, патогенез, патанатомия, клиника, техника оперативных вмешательств при послеопер-х вентральных грыжах.
95. Классификация, клиника, диагностика зоба.
96. Тиреотоксический зоб: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, осложнения во время и после операции струмэктомии.
97. Тиреотоксический криз: причины, клиника, лечение.
98. Рак щитовидной железы: классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
99. Рак молочной железы: этиология, классификация, клиника, диагностика и лечение.
100. Методы исследования при заболеваниях молочной железы. Маститы: этиология, классификация, клиника, диагностика и лечение.
101. Гангрена лёгкого: этиология, клиника, диагностика, лечение.
102. Острый абсцесс легкого: этиология, классификация, патанатомия, клиника, диагностика и лечение.
103. Специальные методы исследования больных с облитерирующими заболеваниями периферических артерий. Виды и техника оперативных вмешательств при облитерирующих заболеваниях периферических артерий.
104. Специальные методы исследования больных с варикозным расширением вен нижних конечностей. Виды и техника операций при варикозном расширении вен нижних конечностей.
105. Портальная гипертензия: этиология, классификация, клиника, диагностика и лечение.

Ситуационные задачи по хирургическим болезням

Острый аппендицит

ЗАДАЧА № 1

У мужчины 26 лет с острым аппендицитом из анамнеза выяснено, что с детства после случайных травм возникают обширные кровоизлияния, беспричинные кровотечения из носа. Установленно удлинение времени свертывания крови и замедление времени обрзования фибринного сгустка до 20-30 мин. О какой патологии можно думать? Какова тактика?

ЗАДАЧА №2

У больной, 59 лет, 4 дня назад появились боли в эпигастриальной области, которые сместились затем в правую подвздошную область. Дважды была рвота, температура повышалась до 37,5С. Больная принимала тетрациклин и анальгин и обратилась к врачу только на 4-й день заболевания в связи с сохранением болей.

Состояние больной удовлетворительное. Температура- - 37,4 гр., пульс - 88 уд. в мин. Язык влажный, обложен белым налетом. В правой подвздошной области пальпируется образование размерами 12x8 см плотноэластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. Лейкоцитов в крови - 11 000.

О каком заболевании можно думать? С каким заболеваниями его дифференцировать? В чем состоит лечебная тактика?

ЗАДАЧА №3

Больной, 26 лет, оперирован по поводу острого аппендицита через 17 часов от начала заболевания. На операции обнаружен флегмонозно- гангренозный аппендицит с перфорацией червеобразного отростка. В правой подвздошной области около 50 мл гнойного экссудата. Укажите дальнейшее действия хирурга и особенности ведения больного в послеоперационном периоде.

ЗАДАЧА №4

Больной 29 лет, оперирован по поводу острого аппендицита на 2-й день от начала заболевания. На операции обнаружен флегмонозно- измененный червеобразный отросток и мутный выпот в подвздошной области. Хирург ограничился только удалением червеобразного отростка. На 6-й день после операции у больного появились умеренные боли в прямой кишке, болезненное мочеиспускание. При ректальном исследовании выявлено плотное и болезненное набухание пердней стенки прямой кишки. Лейкоцитов в крови – 13 000, температура - 37,8гр. О каком осложнении острого аппендицита можно думать и чем можно объяснить его развитие? Какова тактика лечения б-го?

ЗАДАЧА № 5

У больного, 34 лет, на 7-й день после операции по поводу флегмоно-гангренозного аппендицита появились ознобы, боли в прямой кишке, тенезмы, учащенное и болезненное мочеиспускание. При ректальном исследовании обнаружен инфильтрат в малом тазу. Через 3 дня после проведенного лечения, включавшего теплые ромашковые клизмы и антибиотики, состояние больного не улучшилось. При повторном ректальном исследовании отмечено размягчение инфильтрата малого таза. Температура приняла гектический характер.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

ЗАДАЧА № 6

У больной с аппендикулярным инфильтратом в процессе консервативного лечения усилились боли в правой подвздошной области и появились ознобы. При пальпации живота отмечено некоторое увеличение размеров инфильтрата и усиление его болезненности. Консистенция инфильтрата неровномерная. По вечерам наблюдалась повышение температуры до 38-38,3С. Лейкоцитов в крови – 17 000.

Ваш диагноз? В чем состоит лечебная тактика?

6. У больной периаппендикулярный абсцесс. Показано вскрытие абсцесса доступом в правой подвздошной области и дренирование его. Аппендэктомия производить не следует.

ЗАДАЧА № 7

В стационар поступил больной с диагнозом “острый аппендицит” с жалобами на боли в правой подвздошной области, иррадиировавшие как в поясницу, так и в паховую область. Была тошнота, однократная рвота, отмечал учащенное мочеиспускание. Состояние больного удовлетворительное. Пульс 88 уд. в мин. Язык суховат. Живот в правой половине умеренно напряжен и болезнен лишь при глубокой пальпации. Симптом “псоас” положительный. Симптом Щеткина -Блюмберга отрицательный. Пальпация правой поясничной области также несколько болезненна. Лейкоцитов в крови – 13 000.

Имеются ли основания подозревать острый аппендицит? Какими дополнительными исследованиями можно дифференцировать диагноз?

ЗАДАЧА № 8

У больного, 59 лет, 2 суток тому назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились в правую подвздошную область, была тошнота и однократная рвота. Больной принимал анальгин с пираидоном и прикладывал к животу грелку, после чего боли стихли. На 2-е сутки боли возобновились, распространились по всему животу, появилась многократная рвота.

Состояние больного тяжелое, сознание спутанное, эйфоричен. Пульс - 128 ударов в мин. АД 95/60 мм рт.ст. Язык сухой. Живот напряжен во всех отделах и болезненный, но больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина - Блюмберга положительный во всех отделах. Температура - 37,2 гр. Лейкоцитов в крови –18 600.

Укажите наиболее вероятную причину перитонита и его стадию. Какие лечебные мероприятия должны предшествовать операции и в чем состоит особенность оперативного вмешательства?

ЗАДАЧА № 9

У больного, которому 7 дней назад по поводу острого флегмонозного аппендицита удален червеобразный отросток, повысилась температура тела.

Характер температуры гектический. Жалуется на сухость во рту, боли в конце мочеиспускания, частые позывы к дефекации. Рана не беспокоит. Пульс - 108 ударов в минуту. Аускультативно дыхание в обоих легких везикулярное. Язык суховатый. Живот правильной формы, в дыхании участвует, мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптом Щеткина- Блюмберга отрицательный. Анализ крови: лейкоциты — 17 000, СОЭ - 30 мм/ч.

Со стороны раны воспалительных явлений нет. При рентгенологическом исследовании патологии со стороны легких не выявлено.

Развитие какого осложнения следует заподозрить? Какие дополнительные исследования надо выполнить? Как помочь больному?

ЗАДАЧА № 10

Больной Л., 84 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на постоянные разлитые боли в животе, которые появились 3 суток назад в эпигастральной области. Сутки назад была однократная рвота. Накануне имел самостоятельный стул.

Язык сухой, обложен. Живот вздут, напряжен, болезненный во всех отделах, но несколько больше по правому боковому каналу. Перкуторно определяется тимпанит во всех отделах живота. Печеночная тупость сохранена. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Перистальтика не прослушивается.

Анализ крови: лейкоциты — 18 000, СОЭ - 16 мм/ч. На обзорной рентгенограмме живота свободного газа и "чаш Клойбера" нет, петли тонкой кишки пневматизированы.

Ваши предположительный диагноз и лечебная тактика?

ЗАДАЧА №11

В хирургическое отделение поступил больной на 5-е сутки с момента заболевания с четко отграниченным аппендикулярным инфильтратом. На фоне проводимого лечения состояние больного начало улучшаться: температура тела нормализовалась, снизился лейкоцитоз. На 5-е сутки пребывания в стационаре внезапно появились сильные боли в животе, повысилась температура тела, участился пульс, язык стал сухим, была однократная рвота.

Живот вздут, болезненный во всех отделах, брюшная стенка ограничено участвует в акте дыхания, симптом Щеткина- Блюмберга положительный. Лейкоцитоз возрос с 9 000 до 16 000.

Какое осложнение развилось у больного? Ваша тактика? Какие показания к применению марлевых тампонов?

ЗАДАЧА № 12

Больной Н., 26 лет, поступил в хирургическое отделение с диагнозом: острый аппендицит. Полтора часа назад употреблял пищу. Стул был сутки назад. Клиника аппендицита не вызывает сомнений. Показана экстренная операция.

Как Вы подготовите желудочно-кишечный тракт к операции?

Грыжи

ЗАДАЧА № 13

К Вам обратился больной 70 лет, с жалобами на тупые боли в паховой области справа, появляющиеся при ходьбе и физической нагрузке. При осмотре в правой паховой области обнаружено шаровидной формы мягкоэластической консистенции выпячивание размером 6x7 см, которое исчезает в горизонтальном положении больного. Образование имеет диаметр 1,5 см. Элементы семенного канатика расположены кнаружи от него.

Ваш диагноз и тактика лечения?

ЗАДАЧА №14

У больного, 56 лет, страдающего в течении 3-х лет пахово-мошоночной грыжей сутки назад грыжа ущемилась. Больной пробовал сам вправить грыжу, что ему не удалось. Во время гигиенической ванны грыжа самопроизвольно вправилась. Через 1 час после вправления грыжи осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Живот слегка вздут, притупление в отлогих местах. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Больной оставлен дома. Через 5 часов доставлен в хирургическое отделение с явлениями перитонита.

В чем состоит ошибка врача? Какова причина перитонита?

ЗАДАЧА № 15

Больной жалуется на тупые боли в паховой области при длительной ходьбе и физической нагрузке. При осмотре в паховой области определяется овоидной формы, мягкоэластическое образование размером 5х6 см, исходящего из наружного отверстия пахового канала. Диаметр отверстия 1,5 см. Элементы семенного канатика пальпируются кнутри от определяемого образования.

Ваш диагноз и тактика лечения?

ЗАДАЧА № 16.

У больного, 35 лет, через 5 часов после ущемления правосторонней паховой грыжи произошло самопроизвольное ее вправление. После 4-часового наблюдения в стационаре больной оперирован: произведено грыжесечение, пластика пахового канала. При этом детального осмотра кишечника не производилось, что и невозможно сделать при обычной операции грыжесечения. На следующий день у больного развилась клиника перитонита.

Какова причина перитонита? Какая тактическая ошибка допущена хирургом?

ЗАДАЧА № 17.

У больной, 45 лет, в течение последнего года стали появляться выпячивание ниже паховой складки справа и дизурия. За 5 часов до потупления в клинику выпячивание увеличилось в размерах, стало резко болезненным. При осмотре в правой паховой области имеется выпячивание размерами 6 на 6 см, резко болезненное, симптом «кашлевого толчка» - отрицательный.

Ваш диагноз и тактика лечения? С чем может быть связана дизурия ?

ЗАДАЧА № 18

У больного, 71 года, при поступлении в отделение в правой паховой области отмечается образование выше паховой связки размером 6х5 см, мягкоэластической консистенции, безболезненное при пальпации не спускающееся в мошонку, элементы семенного канатика и пульсация нижней эпигастральной артерии определяются кнаружи от образования, симптом «кашлевого толчка» положительный, образование легко вправляется в брюшную полость. При ректальном исследовании предстательная железа увеличена в размерах, количество остаточной мочи - 220 мл.

Какого вида грыжа имеется у больного? Какова лечебная тактика?

ЗАДАЧА № 19

У больного, 16 лет, во время операции по поводу паховой грыжи обнаружено: грыжевой мешок размером 6х8 см, по вскрытии его содержимым является прядь сальника и яичко.

С каким видом грыжи встретился хирург и какой объем оперативного вмешательства должен быть выполнен у данного больного?

ЗАДАЧА № 20

Больному, 36 лет, через 12 часов после ущемления кривой паховой грыжи сделана операция. В грыжевом мешке оказались две жизнеспособные петли тонкой кишки. Операция закончена грыжесечением и пластикой пахового канала. На следующий день у больного развилась клиника перитонита. С каким видом ущемления столкнулся хирург? Какая ошибка допущена им во время операции? Какова лечебная тактика?

ЗАДАЧА № 21

Вы оперируете больного по поводу правосторонней пахово-мошоночной грыжи. При вскрытии грыжевого мешка обнаружено, что содержимым его является сальник и

часть слепой кишки вместе с червеобразным отростком, который не изменен, но фиксирован спайками к грыжевому мешку.

С каким видом грыжи Вы столкнулись? Нужно ли одновременно с грыжесечением произвести аппендэктомию?

ЗАДАЧА № 22

У больного, которому утром была произведена операция по поводу паховой грыжи, к вечеру повязка на ране начала обильно промокать кровью. Применяемые местно в течение часа пузыри со льдом и мешочки с песком эффекта не дали.

Какое осложнение в раннем послеоперационном периоде возникло у больного? Ваша дальнейшая тактика?

Холецистит

ЗАДАЧА № 23

Больная, 72 лет, с ожирением 3 ст., доставлена в клинику на 3-й день от начала приступа калькулезного холецистита, установленного 5 лет назад. Имеется легочная недостаточность. Четыре раза лечилась в хирургических отделениях консервативно и хирурги ей не предлагали операцию.

Выражены симптомы Ортнера, Мюсси, Сквирского и Щеткина- Блюмберга. Лейкоцитоз-16 000, Пульс- 100 в мин., АД -150/90 мм рт. ст., ЭКГ- дистрофические изменения в миокарде. Сахар крови -8,6.

О каком осложнении идет речь? Особенности предоперационной подготовки, назовите характер и объем оперативного вмешательства?

ЗАДАЧА № 24

Больная, 63 лет, страдающая хроническим калькулезным холециститом, тяжелым диабетом, ожирением 3 ст. и кардиосклерозом, доставлена в клинику с тяжелым приступом острого холецистита и механической желтухой. Приступы холецистита бывают 3-4 раза в год, но хирурги отказывали больной в операции.

Объективно: болезненность и резкое напряжение в правом подреберье, симптомы Ортнера и Сквирского выражены. Пульс- 120 в мин., АД - 160/90 мм рт. ст., температура – 38 гр., лейкоцитоз- 20 000, билирубин- 90 ммоль/л. В течение 4 дней проводится безуспешное консервативное лечение.

Обоснуйте показания к срочной операции, и объем оперативного вмешательства? Возможные осложнения в послеоперационном периоде?

ЗАДАЧА № 25

Больная, 46 лет, оперированная месяц назад по поводу острого гангренозно-калькулезного холецистита, вновь поступила с жалобами на боли в правом подреберье. потрясающие ознобы, повышение температуры до 40 гр. Появилась желтуха. Моча темная. Состояние тяжелое: черты лица заострены, сухость языка, пульс-120 в мин., АД 100/50 мм рт.ст., лейкоцитоз-18 600. Печень увеличена и болезненна, напряжение мышц в правом подреберье.

Каков ваш предварительный диагноз? Какие срочные исследования необходимо произвести? Составьте подробный план лечения.

ЗАДАЧА № 26

Во время операции по поводу острого флегмонозного холецистита хирург отметил, что ширина холедоха 1,5 см, в нем пальпируется 2 камня. После удаления желчного пузыря из культы пузырного протока выделилась мутная желчь с хлопьями фибрина. На интраоперационной холангиограмме определяется хорошая проходимость терминального отдела холедоха.

Как следует расценить имеющиеся изменения в холедохе и что в связи с этим должен предпринять хирург?

Заболевания желудка и 12 перстной кишки

ЗАДАЧА № 27

Хирург районной больницы перед отъездов в длительную командировку произвел резекцию желудка с техническими трудностями. На 3-й день после операции у больного установлено кишечное кровотечение. Интенсивная терапия не улучшила состояние и больной умирает. На хирурга написана жалоба.

Какие наказуемые действия совершил хирург?

ЗАДАЧА № 28

У тучной больной, 67 лет, после резекции желудка по поводу хронической кровоточащей язвы 12 перстной кишки на 3-й день внезапно резко ухудшилось состояние: беспокойство, одышка (число дыхательных движений – 38), цианоз, боли за грудиной, пульс-140 в мин., АД –80/40 мм рт. ст., в мокроте примесь крови. В легких-влажные и сухие хрипы, тоны сердце хлопающие. Живот мягкий и безболезненный. Нв-86 г/л, эритро-3,6 млн, лейкоцитоз-9 000, протромбиновый индекс- 110, фибриноген- 4,5.

О каком осложнении идет речь? Экстренная реанимационная помощь?

ЗАДАЧА № 29

У больного, 60 лет, появилась слабость, холодный пот, жажда. Несколько раз был черный жидкий стул. Рвоты не было. Выражена бледность. Состояние средней тяжести. Живот мягкий и безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Тахикардия. Пульс – 100 в мин., АД – 80/40 мм рт. ст., НВ- 60 г/л, гематокрит -22%, лейкоцитоз – 9 000.

Сформируйте предположительный диагноз. Составьте план обследования и лечения.

ЗАДАЧА № 30

Больной, 30 лет. страдающий в течение 7 лет язвенной болезнью желудка, на протяжении истекших суток отмечал нарастающую слабость, головокружение. Сегодня утром, встав с постели, он на несколько секунд потерял сознание. После этого однократно была рвота в виде «кофейной гущи» и «дегтеобразный» стул. Кожные покровы бледные. Живот мягкий, безболезненный.

Вы - участковый врач. Какой Ваш предположительный диагноз? Какие срочные дополнительные исследования необходимо выполнить для подтверждения Вашего предположения? Куда и каким способом Вы отправите больного на лечение?

ЗАДАЧА № 31

В хирургическое отделение поступил больной дуоденальным кровотечением в виде кровавой рвоты и мелены.

Какова диагностическая и лечебная тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 32

В хирургическое отделение поступила больная с профузным желудочно-кишечным кровотечением. В течение ряда лет она страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и гипертонической болезнью III стадии. Рабочее давление 190/100 мм рт.ст. На момент поступления дефицит объема циркулирующей крови составляет более 30%. Можно ли больной переливать кровь?

ЗАДАЧА № 33

В приемный покой доставлен 50-летний мужчина с жалобами на боли в животе, которые появились внезапно, как удар кинжалом 10 часов тому назад. В течение 18 лет страдает язвенной болезнью желудка.

Язык сухой, обложен. Пульс - 104 удара в минуту. Артериальное давление - 120/80 мм рт.ст. Живот в акте дыхания не участвует, доскообразно напряжен, болезненный преимущественно в эпигастрии и по правому боковому каналу. Перкуторно печеночная тупость не определяется. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перистальтика не прослушивается.

Ваш диагноз? Какие диагностические исследования необходимо выполнить в приемном покое до госпитализации больного?

ЗАДАЧА № 34

Больному Ш., 54 лет, по поводу прободной язвы желудка через 5 ч с момента заболевания произведена резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера. На 4-е сутки после операции состояние больного резко ухудшилось, появились икота, боли в эпигастрии, которые скоро стали распространяться по всему животу. Пульс - 116 ударов в минуту, слабого наполнения. Дыхание - 23 в минуту, поверхностное, прослушивается над обоими легкими. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен, болезненный преимущественно в эпигастриальной области. Симптом Щеткина - Блюмберга положительный. Перистальтика кишечника не прослушивается. Отмечается притупление в отлогих местах живота.

О каком послеоперационном осложнении следует думать? Какова наиболее вероятная причина его? Ваша тактика дальнейшего лечения?

ЗАДАЧА № 35

Больному, 42 года 3 года назад произведена резекция желудка по Бильрот - 2 по поводу язвы 12 перстной кишки. Около года больного беспокоят боли в эпигастрии, отрыжки кислым, тошнота, иногда рвота, отмечает похудание.

Ваш предположительный диагноз? Какие специальные методы исследования необходимо использовать для подтверждения диагноза?

ЗАДАЧА № 36

В приемное отделение поступил 52-летний мужчина с жалобами на общую слабость, ноющие боли в эпигастрии. В течение последних трех дней был дегтеобразный стул. Около 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Что с больным? Каковы должны быть вид санитарной обработки, способ транспортировки и неотложные диагностические исследования?

ЗАДАЧА № 37

В клинику доставлена 86-летняя больная с жалобами на сильные боли в животе, которые появились сутки назад внезапно, "как удар кинжала в живот". Около 20 лет страдает гастритом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

При осмотре живот доскообразно напряжен, в акте дыхания не участвует, резко болезненный во всех отделах, больше в эпигастрии. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перистальтика не прослушивается.

На обзорной рентгенограмме свободный газ под куполами диафрагмы не определяется.

Что случилось с больной? Исключает ли результат рентгенологического исследования Ваше предположение? Как можно подтвердить свой диагноз?

ЗАДАЧА № 38

Больному Л., 58 лет, по поводу язвенной болезни произведена резекция 2/3 желудка по Бильрот –2 в модификации Гофмейстера-Финстерера. Через 18 ч после операции состояние больного ухудшилось: усилились боли в эпигастрии, вздулся живот, появились икота, затруднение дыхания. Прослушиваются единичные перистальтические шумы.

Какое осложнение развилось у больного? Ваши действия?

ЗАДАЧА № 39

Больной Г., 58 лет, обратился к Вам с жалобами на слабость, чувство тяжести в эпигастрии, отсутствие аппетита, отрыжку, иногда рвоту съеденной пищей, отвращение к мясным продуктам. За последние 3 месяца потерял в массе до 10 кг.

При осмотре больной пониженного питания. Кожные покровы бледноватые. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

Ваши предположительный диагноз и тактика обследования?

Заболевания поджелудочной железы

ЗАДАЧА № 40

Больная, 54 лет, взята на операцию по поводу перитонита неясной этиологии. На операции обнаружено, что в брюшной полости около 1,5 л. геморрагического выпота, в малом и большом сальнике пятна стеатонекроза. По вскрытии желудочно - ободочной связки установлено, что поджелудочная железа и забрюшинное пространство резко пропитаны кровью, дольчатый рисунок железы отсутствует. Желчный пузырь резко напряжен, при надавливании плохо опорожняется, конкрементов не содержит.

С каким заболеванием встретился хирург? Укажите стадию заболевания. Что должен предпринять хирург?

ЗАДАЧА № 41

У б-го 46 лет, поступившего в клинику с опоясывающими болями в верхней половине живота, многократной рвотой и диастазой мочи 1024 ед., на 20-й день консервативного лечения стал пальпироваться болезненный инфильтрат в эпигастрии и левом подреберье, появились температура в пределах 38,0 - 38,5 гр. и ознобы. Несмотря на проводимую антибиотикотерапию в течение пяти дней, инфильтрат не уменьшился в размерах, температура приняла гектический характер, лейкоцитов в крови увеличилось до 20 000.

С каким заболеванием больной госпитализирован? Какое осложнение основного заболевания развилось у больного? Что должен предпринять хирург в связи с развившимся осложнением?

ЗАДАЧА № 42

У больной, 68 лет, через 4 часа после приема жирной пищи появились сильные боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, была трижды рвота с примесью желчи. Из анамнеза известно, что страдает хроническим калькулезным холециститом. Состояние больной средней тяжести. Стонет от болей в животе, беспокойна, пульс - 98 ударов в мин. Язык сухой. Живот вздут: пальпаторно определяется выраженная болезненность в эпигастрии и левом подреберье. Положительный симптом Мейо - Робсона. Перистальтика кишечника ослаблена. Температура - 37,1 гр., лейкоцитов в крови - 9 000.

Какое заболевание следует заподозрить? Какими лабораторными исследованиями крови и мочи можно подтвердить диагноз? Какое лечение показано больной?

ЗАДАЧА № 43

При срочной операции у больного с флегмонозно-гангренозным холециститом по вскрытии брюшной полости обнаружено, что в большом сальнике имеются “пятна” жирового некроза, забрюшинное пространство в области гепатодуоденальной связки стекловидно отечно, имbibировано желчью.

Какое сопутствующее заболевание развилось у больного? Что следует предпринять хирургу для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА № 44

Больному 59 лет, поступившему с клинической картиной перитонита неясной этиологии с диагностической целью произведена лапароскопия. При этом отмечено, что в брюшной полости имеется умеренное количество геморрагического выпота, в большом сальнике - пятна стеатонекроза, область гепатодуоденальной связки пропитана кровью. При срочном исследовании выпота брюшной полости на амилазу содержание ее оказалось резко повышенным.

Ваш диагноз и дальнейшие действия?

ЗАДАЧА № 45

Больной Н., 36 лет, госпитализирован в хирургическое отделение по поводу острого панкреатита. Несмотря на проводимое лечение, состояние продолжало ухудшаться. Температура тела гектическая. Нарастали явления перитонита. По экстренным показаниям произведена лапаротомия и констатировано гнойное расплавление поджелудочной железы. После санации брюшной полости операция завершена марсупиализацией (края рассеченной желудочно-ободочной связки подшиты к париетальной брюшине передней брюшной стенки). К пораженной железе подведены «тампоны-сигары», в дуоденальное пространство - дренажная трубка.

В послеоперационном периоде состояние больного остается крайне тяжелым. Через сутки после операции тампоны внезапно обильно пропитались алой кровью. Пульс участился до 124 ударов в минуту, артериальное давление снизилось до 90/60 мм рт. ст.

Что наиболее вероятно послужило причиной вторичного кровотечения у больного? Ваша лечебная тактика?

Кишечная непроходимость

ЗАДАЧА № 46

Больной, 52 лет, в течении последних 3-х месяцев отмечает умеренные боли в правой подвздошной области, вздутие живота, сильное урчание кишечника, слабость, субфебрильную температуру. В последнее время появились запоры, которые сменялись жидким стулом с примесью крови. Три дня назад боли в животе значительно усилились и приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы.

Состояние больного средней тяжести. Пульс- 94 удара в мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется опухолевидное образование. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника определяется на глаз. Произведена обзорная рентгенография брюшной полости, на которой множество чаш Клойбера.

Поставьте клинический диагноз с указанием причины заболевания. В чем состоит лечебная тактика хирурга и какова последовательность лечебных мероприятий?

ЗАДАЧА № 47

У б-го, 38 лет, за 6 часов до поступления в клинику появились схваткообразные боли, перестали отходить газы, была многократная рвота. Стул был за несколько часов до заболевания. Состояние больного тяжелое, беспокоен, часто меняет положение в постели. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Пульс 110 уд. в мин. АД- 90/60 мм. рт. ст. Язык

сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут в верхних отделах. В области пупка пальпируется овоидной формы плотноэластическое образование, над которым перкуторно определяется тимпанит. Симптом “шум плеска” положительный. Симптомов раздражения брюшины нет. Видна перистальтика кишечника.

Какое заболевание можно заподозрить на основании клиники? Что необходимо сделать для уточнения диагноза? Какова лечебная тактика?

ЗАДАЧА № 48

У больной, 28 лет, вскоре после еды внезапно появились резкие боли в животе, которые затем приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы, не было стула. Была многократная рвота. Общее состояние средней тяжести, беспокойна, стонет от боли. Пульс - 80 ударов в 1 мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут. В правой подвздошной области виден послеоперационный рубец после перенесенной аппендэктомии. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника усилена. Определяется симптом “шум плеска”. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости отмечены повышенная пневматизация кишечника, горизонтальные уровни жидкости, симптом “чаши” Клойбера в мезогастральной области.

Укажите характер заболевания и наиболее вероятную его причину. Как нужно лечить больную?

Заболевания пищевода

ЗАДАЧА № 49

Больному 64 лет, поставлен диагноз рака нижней трети пищевода 4 стадии ввиду наличия метастатического узла на шее слева. Больной резко истощен и обезвожен. По пищеводу проходит только вода, даже самая жидкая бариевая масса останавливается в пищеводе на уровне опухоли.

Какая помощь может оказана больному до операции и характер оперативного вмешательства?

ЗАДАЧА № 50

Больная, 35 лет, в течение 3-х лет страдает рубцовым сужением пищевода, вследствие ожога уксусной кислотой. Проводилось многократное бужирование, но сужение прогрессирует. Питается в последнее время только жидкой пищей. Рентгенологически установлен стеноз пищевода от бифуркации трахеи до кардии. Желудок не изменен.

Составьте подробный план лечения с указанием этапов?

ЗАДАЧА № 51

У больного, 57 лет, 5 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. При эзофагоскопии с биопсией и рентгенологическом исследовании установлен рак кардиального отдела пищевода. Состояние удовлетворительное. Пульс 82 в мин., АД -120/80 мм рт. ст., Нв- 140 г/л. При обследовании других органов и систем патологии выявить не удалось.

Какое оперативное вмешательство показано больному и каким доступом?

Заболевания толстого кишечника

ЗАДАЧА № 52

Студентка мединститута, 23 лет, доставлена в клинику с диагнозом желудочно-кишечное кровотечение. Болеет около месяца, беспокоит слабость, темный стул, похудание, падение аппетита. Общее состояние средней тяжести: бледность, пульс-86 в

мин., АД-110/60 мм рт.ст., Нв-76г/л лейкоцитоз-8 200. Сердце и легкие без патологии. Живот мягкий и безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. При рентгенологическом исследовании заподозрена язва 12 перстной кишки. Других исследований не проведено.

Начато интенсивное консервативное лечение. В течение 7 дней стул черный с падением гемоглобина, несмотря на переливание крови. На высоте кровотечения выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот –2 в модификации Гофмстера Финстерера, но в резецированном препарате язвы не оказалось. После заживления раны в удовлетворительном состоянии выписана. Через два месяца в связи с возобновившемся кровотечением больная подвергнута операции по поводу рака толстой кишки 4 стадии.

Какие грубые диагностические ошибки допущены? Определите степень моральной и юридической ответственности хирурга.

ЗАДАЧА № 53

Больной, 57 лет, в неотложном порядке оперирован по поводу рака селезеночного угла толстой кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью. Лапоротомия показала, что опухоль не прорастает в соседние органы и нет метастазов в лимфоузлы.

Определите объем и характер оперативного лечения? Каковы последующие этапы лечения?

ЗАДАЧА №54

Во время операции по поводу острого перитонита 18-часовой давности установлено, что причиной его явилась перфорация раковой опухоли ректосигмоидного отдела толстой кишки. В брюшной полости обнаружено значительное количество мутного выпота с каловым запахом. Опухоль подвижна, метастазов в печени, в корне брыжейки не выявлено. Брюшина гиперемирована, с точечными кровоизлияниями. Петли тонкой кишки отечны, местами покрыты фибрином, несколько раздуты, перистальтика отсутствует. С помощью электроотсоса брюшная полость осушена.

Какова дальнейшая тактика хирурга при такой картине перитонита?

ЗАДАЧА № 55

Больному Ш., 63 лет, по экстренным показаниям произведена резекция ректосигмоидного отдела толстой кишки с обтурирующей ее опухолью. Наложена первичный анастомоз способом "конец в конец". На 10-е сутки послеоперационный период осложнился наружной (открытой) эвентрацией под повязку 25 см тонкой кишки.

Ваша тактика?

Заболевания прямой кишки

ЗАДАЧА № 56

Больной, 28 лет, госпитализирован в проктологическое отделение больницы с диагнозом: острый тромбоз геморроидальных узлов.

Жалуется на боли в заднем проходе, усиливающиеся при передвижении, повышение температуры тела по вечерам до 40° С . Из-за болей не может сидеть. Болеет четверо суток. Мазевые компрессы и ректальные свечи эффекта не дают.

В анамнезе - хронический геморрой с редкими обострениями.

Справа от ануса выявляются легкая гиперемия кожи, припухлость, резкая болезненность. Подлежащие ткани плотные, напряжены, флюктуация не определяется. При пальцевом исследовании прямой кишки отмечена отечность и болезненность правой боковой стенки ее.

Анализ крови: лейкоциты – 16 000, СОЭ - 28 мм/ч.

Согласны ли Вы с предварительным диагнозом? Если нет, то какой Ваш диагноз? Какой объем помощи должен быть оказан больному в данном специализированном лечебном учреждении?

ЗАДАЧА № 57

В поликлинику на прием к хирургу пришла пациентка 20 лет с жалобами на пульсирующие боли в области копчика, повышение температуры тела по вечерам до 37,7—38,2°C . Болеет 4 дня. До этого считала себя абсолютно здоровой.

В межъягодичной складке в проекции копчика, несколько правее, на ограниченном участке определяются гиперемия кожи, припухлость, в центре ее флюктуация; выраженная болезненность в пределах воспаленных тканей.

При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено.

Ваш предположительный диагноз? Чем может помочь хирург поликлиники данной больной?

ЗАДАЧА № 58

В стационар поступил больной 64 лет с диагнозом: острая трещина заднего прохода. Пальцевое исследование прямой кишки ни в поликлинике, ни в приемном покое не производилось.

Жалуется на боли в заднем проходе, усиливающиеся в начале акта дефекации, повышение температуры тела вечером до 37,6- 38 °С. Болеет в течение 5 суток.

При пальцевом ректальном исследовании по левой боковой стенке анального канала с переходом на ампулу кишки определяется болезненный инфильтрат с размягчением в центре.

Анализ крови: умеренный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ - 19 мм/ч.

Какой диагноз Вы поставите больному? Показано ли оперативное лечение? Если да, то как Вы проведете операцию?

ЗАДАЧА № 59

В отделение поступил 76-летний больной со схваткообразными болями в животе, задержкой стула и неотхождением газов в течение 2 сут. Установлен диагноз: острая кишечная непроходимость.

Во время операции, выполняемой по экстренным показаниям, обнаружено, что причиной непроходимости является опухоль верхнеампулярного отдела прямой кишки, прорастающая в тазовую клетчатку. Наложен противоестественный задний проход (anus praethernaturalis), хотя о возможности подобного исхода оперативного вмешательства больной перед операцией не был информирован,

Правомочны ли действия хирурга?

Заболевания печени

ЗАДАЧА №60

У больного, 58 лет, страдающего в течении 5 лет эхинококкозом печени, подтвержденного на УЗИ и реакцией Казони, за последние 15 дней резко ухудшилось общее состояние: усилились боли в правом подреберье, появились ознобы, температура 38-39 гр., пульс- 120 в мин., АД -100/50 мм рт.ст., лейкоцитоз – 18 000, билирубин - 110. Печень большая, крупнобугристая, болезненная.

Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Ваш развернутый диагноз? Составьте подробный план лечения и оперативного вмешательства

ЗАДАЧА № 61

У больного, 28 лет, перенесшего амёбную дизентирию, появились боли в правом подреберье, усиливающие при дыхании. Температура 38-39° С. в течении 5 дней.

Появились ознобы. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания. Печень выступает из-под реберья на 4 пальца, болезнена. Симптомов раздражения брюшины нет.

Ваш предварительный диагноз? Какие срочные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА № 62

Больной, 42 лет, оперирован по поводу эхинококкоза печени. Во время лапаротомии разрезом по Кохеру обнаружены 3 кисты печени и 1 киста селезенки. Состояние больного вполне удовлетворительное и подготовка к операции достаточная.

Каковы объем, методы и последовательность оперативного вмешательства и возможные послеоперационные осложнения?

ЗАДАЧА № 63

Больной, 41 год, охотник, жалуется на тяжесть в области правого подреберья. Других жалоб нет. В анамнезе год назад беспричинная крапивница и зуд кожи. Край печени пальпируется на 3 см ниже реберной дуги, закругленный, безболезненный. Другой патологии при физикальном обследовании обнаружить не удалось. Температура нормальная. При рентгенологическом исследовании определяется выпячивание в области правого купола диафрагмы полусферической формы.

О каком заболевании следует думать в данном случае? Какие дополнительные методы исследования могут помочь в постановке диагноза и локализации патологического процесса? Как лечить больного?

ЗАДАЧА № 64

Больной, 45 лет, доставлен в клинику через час после обильной кровавой рвоты. Состояние средней тяжести: бледность. пульс-112 в мин., АД-110/40 мм рт. ст. Нв.70г/л. Гематокрит-24%, лейкоцитоз –10 000, В анамнезе-болезнь Боткина, сердце и легкие без патологии. Живот несколько увеличен, выражен венозный рисунок, перкуторно границы печени уменьшены, селезенка большая и плотная, кровотечение продолжается,

Ваш диагноз? Какие срочные исследования необходимо выполнить ? Составте план лечения больного ?

Травма живота

ЗАДАЧА № 65

Больной, 20 лет, час назад упал с мотоцикла на левый бок. Боли в левом подреберье усиливаются при глубоком вдохе. Резкая слабость. Состояние тяжелое, выражена бледность. Пульс –110 в мин., АД –90/60 мм рт.ст., число дыхательных движений – 26 в мин., Нв- 74 г/л, лейкоцитоз-10 000. Сердце и легкие без патологии. Живот болезненный во всех отделах, больше в левом подреберье.

Ваш предварительный диагноз? Какие срочные исследования необходимо выполнить? Хирургическая тактика?

ЗАДАЧА № 66

Мужчина, 37 лет, на работе при нарушении техники безопасности получил резкий удар по мезоэпигастрию. Доставлен в клинику через 1,5 часа. Жалуется на сильные боли в животе выше пупка, была двухкратная рвота. Бледен, покрыт потом, цианоз губ. Пульс-120 в мин. АД-90/50 в мин., число дыхательных движений – 25 в мин. Нв-140 г/л.эритроциты - 4млн, лейкоцитоз – 9 000.

При пальпации выраженная болезненность в мезогастрии, симптом Щеткина - Блюмбергане выражен. Печень и селезенка без определяемой патологии. Симптом.Пастернацкого не выражен. Моча чистая. Стул был после клизмы.

Ваш предварительный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА № 67

В приемный покой доставлен мужчина 48 лет с жалобами на слабость, головокружение, умеренные боли в левом подреберье. Из анамнеза известно, что 12 ч назад он упал с лестницы и ударился левой реберной дугой. Накануне поступления был обморок.

Больной лежит в вынужденном положении. Изменение положения тела усиливает боли в животе. Кожные покровы бледные. Пульс - 120 ударов в минуту. Артериальное давление - 90/50 мм рт. ст. Дыхание поверхностное. Пальпаторно отмечаются умеренное напряжение мышц брюшной стенки, притупление перкуторного звука в левом подреберье и отлогих местах живота. Гемоглобин крови - 98 г/л,

Ваши предположительный диагноз и тактика?

ЗАДАЧА № 68

В клинику поступил больной с закрытой травмой живота. При поступлении выражены симптомы внутрибрюшного кровотечения. В результате экстренной операции (лапаротомии) установлены разрыв передней поверхности правой доли печени размером 6х3х4 см, гемоперитонеум.

Как произвести окончательную остановку кровотечения из поврежденной печени? Что делать с кровью, излившейся в брюшную полость?

ЗАДАЧА № 69

Патрульным нарядом милиции вызвана машина скорой помощи. Прибыв на место происшествия, Вы обнаружили лежащего на спине мужчину, у которого в грудной клетке в VI межреберье слева по переднеподмышечной линии торчит нож. Сознание пострадавшего помрачено, контакт практически невозможен. Зрачки узкие. Пульс - 120 ударов в минуту, определяется только на крупных артериях. Артериальное давление - 70/40 мм рт.ст. Дыхание слева резко ослаблено. Как поступите с торчащим в ране ножом? Какую помощь Вы окажете пострадавшему?

ЗАДАЧА № 70

В сельскую участковую больницу обратился мужчина 23 лет, которого около часа назад на свадьбе незнакомый ударил ножом в живот.

Состояние средней тяжести. Пульс - 92 удара в минуту. Артериальное давление - 120/80 мм рт.ст. На передней брюшной стенке левее и ниже пупка имеется колото-резаная рана до 3,5 см в длину с выпавшим из нее сальником. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. Перкуторно печеночная тупость сохранена.

Как участковый врач, какую помощь Вы окажете пострадавшему?

Что делать с выпадающим из раны сальником?

ЗАДАЧА № 71

В приемный покой больницы доставлен мужчина 35 лет с жалобами на боли в животе. Около 8 ч назад был избит неизвестными.

Состояние средней тяжести. Пульс - 104 удара в минуту. Артериальное давление — 120/80 мм рт.ст. Язык обложен, сухой. Передняя брюшная стенка в акте дыхания не участвует, напряжена. Живот болезненный, больше в нижних отделах. Печеночная тупость сохранена - Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Прослушиваются единичные слабые перистальтические шумы - Анализ крови: лейкоциты — 16 000. Анализ мочи без особенностей.

На обзорной рентгенограмме живота в положении больного сидя свободный газ под куполами диафрагмы не определяется,

Можно ли исключить у пострадавшего разрыв полого органа? Какой должна быть лечебная тактика?

ЗАДАЧА № 72

В приемный покой больницы машиной скорой помощи доставлен мужчина 43 лет с диагнозом острый травматический перитонит, разрыв кишечника. Примерно 12 ч назад получил удар ногой в низ живота.

Живот напряжен, болезнен больше в нижних отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Помочиться самостоятельно не может, хотя не мочился в течение 6 ч до травмы и после нее.

На обзорной рентгенограмме свободного газа в брюшной полости нет.

Что следует предполагать у пострадавшего? Каким специальным методом исследования можно верифицировать диагноз?

ЗАДАЧА № 73

Машиной скорой помощи в приемный покой больницы доставлен больной с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника и правой поясничной области. Около 1 ч назад упал со строительных лесов с высоты третьего этажа.

Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс - 120 ударов в минуту. Артериальное давление 70/40 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отмечается болезненность при надавливании на остистый отросток 12 грудного позвонка и при пальпации в правой поясничной области, где определяется припухлость. Анализ мочи: 4-5 эритроцитов в поле зрения.

Ваш предположительный диагноз? Какими специальными методами исследования можно верифицировать диагноз?

ЗАДАЧА № 74

Больной К., 47 лет, жалуется на боли в животе, тошноту. Из анамнеза известно, что вечером, будучи в нетрезвом состоянии, упал на живот. От вызова "скорой помощи" категорически отказывался и только спустя 12 ч после получения травмы согласился.

Больной лежит на правом боку с подтянутыми к животу ногами. Пульс - 100 ударов в минуту. Артериальное давление - 115/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен налетом грязно-серого цвета. Живот в акте дыхания не участвует, определяется доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки. Поколачивание кончиками пальцев по животу вызывает резкое усиление болей в нем. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перистальтика не прослушивается (симптом "гробовой тишины").

Вы - врач скорой помощи. Каковы Ваши предположительный диагноз и тактика лечения?

ЗАДАЧА № 75

В приемный покой машиной скорой помощи доставлен 18-летний больной с проникающим ранением в области левого подреберья. При обследовании кожные покровы бледные, зрачки широкие, заторможен, пульс - 116 ударов в минуту, артериальное давление - 80/40 мм рт. ст., из раны умеренно истекает кровь, в отлогах местах живота определяется тупой перкуторный звук.

Ваши диагноз и действия?

Заболевания щитовидной железы

ЗАДАЧА № 76

Больной, 27 лет, через 2 недели после интенсивной подготовки произведена субтотальная струмэктомия по поводу диффузного зоба и тиреотоксикоза висцеропатической стадии. Перед операцией пульс – 120 в мин., АД -140/90 мм рт.ст, основной обмен + 30. Операция произведена под местным новокаиновым обезболиванием и протекала с выраженной кровоточивостью. Рана дренирована перчаточной резиной.

Ночью состояние больной резко ухудшилось: беспокойство, проливной пот, пульс- 140, АД- 160 /100, температура- 39,9 С, олигурия, учащенное дыхание. Ваш развернутый диагноз?

Какие ошибки допущены до, во время и после операции? Экстренная терапия?

ЗАДАЧА № 77

Большая, 36 лет, жалуется на наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи. Никаких других жалоб не предъявляет. Образование появилось 5 лет назад и постепенно увеличивается. При осмотре больная хорошего питания. Пульс 78 уд.в мин. Тоны сердца чистые. В левой доле щитовидной железы определяется на глаз и при пальпации овальной формы плотноватой консистенции образование с гладкой поверхностью, размеры 10x8 см, безболезненное, подвижное при глотании. Глазные симптомы не выражены. Основной обмен - 10.

Ваш диагноз и тактика лечения?

ЗАДАЧА № 78

У больной, 28 лет, после перенесенной фолликулярной ангины появилась раздражительность, утомляемость, стала прогрессивно худеть. При осмотре обнаружено диффузное увеличение обеих долей щитовидной железы, заметные на глазах положительные симптомы Кохера и Мебиуса, неустойчивость в позе Роберга. Пульс- 110 уд в мин., основной обмен + 45%.

Какой вы поставите диагноз? Как будете лечить больную?

ЗАДАЧА № 79

При профилактическом осмотре у больной, 32 лет, обнаружено опухолевидное образование в левой доле щитовидной железы, размеры которого составляют 4x6 см, плотной консистенции. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Пульс-76 ударов в мин.

О каком заболевании можно думать и каким дополнительными исследованиями можно уточнить диагноз?

ЗАДАЧА № 80

У больной после экстирпации щитовидной железы по поводу рака в послеоперационном периоде появились судороги в конечностях, подергивания мышц лица.

Ваши диагноз и лечебная тактика?

Заболевания молочной железы

ЗАДАЧА № 81

У кормящей матери через 3 недели после родов появились резкие боли в правой молочной железе, ознобы, высокая температура 38-40° С. Из-за боли и отечности соска этой грудью не кормит. Болеет свыше 10 дней. Лечили антибиотиками и УВЧ. В связи с резким ухудшением общего состояния скорой помощью доставлена в клинику. Пульс 126 в мин., АД 110/70 мм рт. ст., лейкоцитоз- 16 000, температура- 39,8° С. Вся правая

молочная железа резка отечная, напряженная, из-за болезненности определить очагов флюктуации не удается.

Ваш предварительный диагноз? Ошибки допущенные при амбулаторном лечении?

ЗАДАЧА № 82

Больная, 41 года, поступила с жалобами на образование в левой молочной железе, которое существует более 10 лет, за последние месяцы стало быстро увеличиваться. Имеет 2-х детей. Было 3 аборта. Менструальный цикл сохранен. Состояние удовлетворительное. В левой молочной железе в нижнем - наружном квадрате пальпируется опухоль 3x4 см с бугристой поверхностью. В левой подмышечной области два плотных лимфатических узла 1x1,5 см..

Ваш диагноз? Стадия заболевания по международной классификации? Какими специальными методами исследования подтвердить диагноз? Составьте план лечения.

ЗАДАЧА № 83.

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 кожный покров не изменены. Пальпаторно в правой молочной железе определяются мелкобугристые 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 лечебная тактика?

ЗАДАЧА № 84

Больная, 42 лет, месяц тому 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 верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется опухолевидное образование диаметром 3 см. плотной консистенции, бугристое. без четких контуров, подвижное, не связанное с кожей и грудной мышцей. Выделений из соска нет. При ощупывании ладонью опухоль не исчезает. Симптом Прибрама отрицательный. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Какое заболевание можно заподозрить и как уточнить диагноз? Какое лечение показано больной?

ЗАДАЧА № 85

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 соска появляются геморрагическое отделяемое. В правой подмышечной впадине пальпируются лимфатические узлы.

О каком заболевании можно думать? Каким исследованием можно подтвердить диагноз? Как следует лечить больную?

ЗАДАЧА № 86

Больная П., 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на наличие в левой молочной железе узла, который впервые обнаружила около 2 лет назад. Узел медленно увеличивается.

При осмотре в верхненаружном квадранте железы пальпаторно определяется округлое до 2 см в диаметре, плотное, малоболлезненное, с гладкой поверхностью объемное образование. Кожа над ним не изменена, подвижна. Подмышечные лимфоузлы не увеличены.

Ваши предположительный диагноз и рекомендации?

Заболевания легких

ЗАДАЧА № 87

Больной, 49 лет, болеет 4 месяца. Лечился в терапевтическом отделении с диагнозом- хроническая пневмония справа. Выписан с улучшением. Через 2 недели в связи с ухудшением состояния вновь госпитализирован в терапевтическое отделение с диагнозом - обострение хронической пневмонии. Появился выпот в плевральной полости, при пункции получена гнойно-геморрагическая жидкость. Общее состояние удовлетворительное. Пульс- 82, АД- 120/70, число дыхательных движений -26, Температура- 37-37,8 гр, лейкоцитоз- 9 600.

Ваш предварительный диагноз? Составьте план обследования и лечения. Оцените тактику терапевта.

ЗАДАЧА № 88

Больной Т., 69 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные запоры продолжительностью до 3 суток. Появление стула отмечает только после приема слабительных. Регулярно в конце акта дефекации на кале обнаруживает следы свежей крови.

При клиническом обследовании патологии не выявлено. Пальцевое исследование прямой кишки оказалось неинформативным. Общий анализ крови: эритроциты –3млн., гемоглобин - 100 г/л, СОЭ - 21 мм/ч.

У Вас возникло подозрение на наличие у больного опухоли дистального отдела толстой кишки.

Какие специальные методы исследования Вы используете для верификации диагноза?

ЗАДАЧА № 89

Больная, 43 лет, в течение 2 месяцев лечится в терапевтическом отделении по поводу абсцедирующей пневмонии правого легкого. Применены пеницилины, стрептомицин и канамицин. Состояние не улучшилось, наоборот отмечается ухудшение. Одышка (число дыхательных движений – 28), мокрота до 150 мл, температура - 37-38° С, справа дыхание резко ослаблено, при перкуссии- тупость до 6 ребра. Пульс-90 в мин., АД- 110/60 мм рт.ст., Нв-125 г/л, лейкоцитоз- 12 000, СОЭ- 54 мм/час.

Какие ошибки допущены в лечении данного больного? Ваш развернутый диагноз? Составьте план лечения.

ЗАДАЧА № 90

Больная, 27 лет, доставлена в клинику с обострением бронхоэктатической болезни. Болеет 11 лет. За сутки выделяет 1 стакан гноя. В легких - справа в нижних отделах- влажные хрипы, слева-сухие хрипы. Пульс –90 в мин., АД-100/90 мм рт.ст., эритро.- 4 млн. Нв-100г/л, СОЭ –27 мм /ч, лейкоцитоз-8 600, температура-37,8 ° С.

Какие специальные и дополнительные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?. Составьте подробный план лечения?

ЗАДАЧА № 91

Больной 60 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, повышение температуры до 37,8° С, выраженную одышку, сухой мучительный кашель, кровохарканье, общую слабость. Болен в течение 3 месяцев. При бронхоскопии отмечено, что стенки левого главного бронха ригидны, слизистая его легкого кровоточит, в просвете определяется бугристое опухолевидное образование 1х1,5см.

О каком заболевании свидетельствуют представленные данные? Тактика лечения?

ЗАДАЧА № 92

Больной, 47 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на сухой надсадный кашель, выраженную одышку, боли в левой половине грудной клетки, снижение работоспособности. Болен 5 месяцев. Состояние средней тяжести. Акроцианоз, число дыхательных движений - 26 в мин. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. При аускультации в нижних отделах слева выслушиваются свистящие хрипы и ослабленное дыхание. При рентгенологическом исследовании: на прямой рентгенограмме - нечетко виден участок затемнения в прикорневой зоне нижней доли левого легкого, на боковой - выраженный ателектаз нижней доли. На бронхографии сужение левого нижнедолевого бронха, неровные контуры стенок бронха, дефекты наложения в средней его части.

Дайте развернутый диагноз. Какое лечение показано больному?

ЗАДАЧА № 93

Больной, курильщик, обратился к врачу с жалобами на сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки, одышку при физической нагрузке. Болен в течении 6 месяцев. На прямой рентгенограмме умеренно расширена тень средостения и имеется участок затемнения округлой формы с неровными, тяжистыми контурами в периферических отделах нижней доли левого легкого, связанный "дорожкой" с корнем легкого. В левой плевральной полости определяется уровень жидкости до 7-го ребра. Ателектаза легкого не выявлено. При пункции левой плевральной полости получено до 150 мл геморрагической прозрачной жидкости.

Какое заболевание следует заподозрить? Что нужно сделать для уточнения диагноза? Какое лечение показано больному?

ЗАДАЧА № 94

Больной М., 59 лет, переведен в клинику из районной больницы, где в течение 5 недель лечился по поводу закрытой травмы грудной клетки, перелома VII— IX ребер справа, посттравматической пневмонии.

При поступлении жалуется на слабость, озноб, потливость, боли в грудной клетке. Последние дни обильно откашливается желто-зеленоватого цвета со сладковатым запахом мокрота до 300 мл в сутки.

Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Температура тела 37,8—39,9 °С. Пульс — 100-116 ударов в минуту. Перкуторно определяется притупление в нижних отделах правого легкого, аускультативно- ослабленное дыхание, непостоянные мелкопузырчатые хрипы.

Анализ крови: высокий лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, СОЭ - 58 мм/ч.

С подозрением на какое осложнение больной переведен в клинику? Какие дополнительные исследования следует выполнить для верификации диагноза? Какова тактика лечения больного?

ЗАДАЧА № 95

На прием к терапевту пришел 70-летний мужчина с жалобами на периодический кашель, отхождение при кашле мокроты с кровянистым окрашиванием, слабость, быструю утомляемость. Считает себя больным последние 2 месяца. С 14 лет курит.

При осмотре отмечается легкая бледность кожных покровов. При перкуссии грудной клетки определяется легочной звук над обоими легкими. Выслушиваются рассеянные сухие и влажные хрипы над левым легким.

Ваши предположительный диагноз и тактика обследования?

Заболевания сосудов

ЗАДАЧА № 96

Больная, 62 лет, тучная женщина, находилась в терапевтическом стационаре по поводу атеросклеротического коронаро-кардиосклероза и хронической коронарной недостаточности.

Пульс-90 в мин., АД- 180/110 мм рт. ст. Нв-160, эритроц.- 4,5 млн., лейкоцитоз- 6800, протромбин-120. На фоне лечения внезапно у больной появились сильные боли в левой голени и в стопе, бледность и снижение температуры, потери чувствительности и ограничение движений в голеностопном суставе.

Ваш предварительный диагноз? Какие специальные методы исследования необходимо провести? Составьте план лечения.

ЗАДАЧА № 97

Больной, 51 год, жалуется на сильные боли в правой стопе. Плохо спит из-за болей. Кратковременное облегчение ощущает, сидя свесив ногу с постели. Отмечает перемежающуюся хромоту, ощущения ползания мурашек, зябкость. Болен 3 года. За последний год состояние ухудшилось. Не может пройти без остановки 30 метров. Объективно: общее состояние удовлетворительное, пониженного питания. Выражение лица страдальческое. Отмечается мраморная бледность правой стопы до средней трети голени, на первом пальце язвочка 0,5x1 см с небольшим количеством серозного отделяемого. Пульсация на артериях и на подколенной артерии справа не определяется. На бедренной артерии пульсация хорошая, шум не выслушивается.

Ваш диагноз? Стадия заболевания? Каков план лечения больного?

ЗАДАЧА № 98

У больной, 69 лет, за 2 суток до поступления в клинику внезапно появились резкие боли в правой нижней конечности. Заподозрена эмболия левой подвздошной артерии.

Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Как лечить больную?

ЗАДАЧА № 99

У больного 64 лет, страдающего гипертонической болезнью, при осмотре обнаружено, что в мезогастррии с лева от пупка пальпируется опухолевидное образование размерами 18x12 см, плотное, неподвижное, пульсирующее.

Какое заболевание следует заподозрить и какими исследованиями можно уточнить диагноз? Какова тактика лечения больного?

ЗАДАЧА № 100

У больной К., 40 лет, страдающей мерцательной аритмией, внезапно появились сильные боли в левой стопе и голени.

Больная стонет от болей. Стопа и нижняя треть голени бледные, холодные на ощупь. Пальпация голени резко болезненна, активные движения а голеностопном суставе отсутствуют, тактильная чувствительность на стопе снижена. Пульс на бедренной артерии удовлетворительный, на остальных артериях конечности не определяется.

Ваши диагноз и лечебная тактика?

ЗАДАЧА № 101

У больного А., 36 лет, около 1 года назад появилась перемежающаяся хромота: через каждые 400- 500 м пути он был вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Перед госпитализацией это расстояние сократилось до 100 м, появились боли в первом пальце стопы, на пальце образовалась глубокая некротическая язва.

Кожа на голенях мраморной окраски, дистальные части стоп синюшно-багрового цвета, холодные на ощупь. Ногтевые пластинки тусклые, ломкие- Пульс на тыльных артериях стоп отсутствует, на подколенных артериях ослаблен.

Какое заболевание у больного? Как Вы будете его лечить?

ЗАДАЧА № 102

Больной Р., 60 лет, в течение 1,5- 2 лет стал отмечать перемежающуюся хромоту, причем в последние 2-3 месяца боли в правой икроножной мышце появляются через каждые 50 м пути. Правая стопа стала мерзнуть даже летом и уставать после непродолжительного пребывания на ногах.

При осмотре правые стопа и нижняя треть голени бледнее и холоднее на ощупь, чем левые. Пульс на тыльной артерии правой стопы, задней большеберцовой и подколенной артериях не определяется, на правой бедренной артерии ослаблен. Над последней с помощью фонендоскопа отчетливо выслушивается систолический шум (симптом "волчка"). Общее состояние больного удовлетворительное.

Ваши диагноз и лечебная тактика?

ЗАДАЧА № 103

У больной, находящейся в гинекологическом отделении, на 11-е сутки после экстирпации матки появились распирающие боли в левой нижней конечности, выраженный отек стопы, голени и бедра. Пальцы стопы теплые, движения и чувствительность в них сохранены.

Что случилось? Где и как следует лечить больную?

ЗАДАЧА № 104

У больной, страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей, два года назад на внутренней поверхности нижней трети правой голени появилась язва.

При осмотре язва округлой формы, диаметром до 5 см, с пологими краями. Дно ее покрыто вялыми грануляциями с серо-гнойным налетом. По окружности язвы определяется буро-коричневая пигментация.

Ваша лечебная тактика?

ЗАДАЧА № 105

В стационар доставлена больная В., 76 лет, с жалобами на сильные боли в левой стопе. Болеет около 10 дней. За медицинской помощью не обращалась.

Состояние тяжелое. Заторможена. Пульс - 116 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление — 100/60 мм рт. ст. Олигурия. Температура тела — 39,2 °С. Левая стопа и голень отечны, бледные, в продольном направлении отмечаются узкие полосы гиперемии. Пальцы и дистальный отдел стопы грязно-серого цвета.

Ваши диагноз и лечебная тактика?

ЗАДАЧА № 106

Больной, 46 лет, в течении ряда лет страдает варикозным расширением конечностей. 3 дня назад больной отметил болезненность по ходу расширенной вены по медиальной поверхности голени. Стал испытывать затруднения при передвижении, температура 37,8° С. При осмотре в области задне- медиальной поверхности голени определяется выраженная гиперемия и уплотнения по ходу вены. Вена четкообразно утолщена, резко болезненная. Отека на стопе и голени нет.

Ваш диагноз? Тактика лечения?

ЗАДАЧА № 107

У тучной больной, 67 лет, после резекции желудка по поводу хронической кровоточащей язвы 12 п. кишки на 3-й день внезапно резко ухудшилось состояние: беспокойство, одышка, цианоз, боли за грудиной, пульс-140 в мин., АД –80/40 мм рт.ст., в мокроте примесь крови. В легких- влажные и сухие хрипы, тоны сердце хлопающие. Живот мягкий и безболезненный. Нв-86 г/л, эритро-3,6 млн, лейкоцитоз-9 000, протромб.индекс- 110, фибриноген- 4,5.

О каком осложнении идет речь? Экстренная реанимационная помощь?

ЗАДАЧА № 108

Больная, 67 лет, страдающая в течении многих лет варикозной болезнью вен нижних конечностей, поступила в хирургическое отделение с жалобами на повышение температуры, боли в правом бедре. Три года назад перенесла трансмуральный инфаркт миокарда, с тех пор у больной отмечается мерцательная аритмия. При осмотре состояние тяжелое, имеются признаки выраженной сердечной недостаточности. На правой голени нижней конечности определяется варикозное расширение поверхностных вен. На медиальной поверхности бедра от уровня коленного сустава до верхней трети его видна полоса гиперемии, пальпируется плотный, болезненный шнуroidный тяж. Отека конечности нет. Симптом Хеманс отрицателен.

Укажите диагноз и лечебную тактику.

ЗАДАЧА № 109

В хирургический стационар поступил больной, 47 лет, с наличием выраженного варикозного расширения поверхностных вен левой нижней конечности, отека и трофической язвы левой голени. Анамнестические данные не определены. При обследовании больного хирург наложил в верхней трети левого бедра резиновый жгут. После этого больной непрерывно ходил в течении 10 мин, по завершении пробы больной не отметил появления распирающих болей в конечности, спадения варикозно-расширенных поверхностных вен не наступило.

Как Вы оцениваете результаты проведенной пробы и каким специальным исследованием можно уточнить состояние венозной системы нижних конечностей? Какое лечение показано больному?

ЗАДАЧА № 110

На поликлинический прием к хирургу обратилась больная, 27 лет, у которой около года назад появились умеренно расширенные поверхностные вены на левой голени в стороне от основных венозных магистралей. Пробы Троянова- Тренделенбурга и Претта отрицательны.

О чем свидетельствует отрицательный результат проведенных функциональных проб? Какое лечение можно предложить больной ?

УТВЕРЖДАЮ
декан стоматологического факультета
доцент Абакаров Т.А.
" ____ " _____ 2018г.

**Экзаменационный билет по общей хирургии, хирургическим болезням
для студентов 4-го курса стоматологического факультета**

БИЛЕТ №5

1. Туберкулезный коксит и его лечение.
2. Особенности клинического течения острого аппендицита у детей.

ЗАДАЧА № 5

У больного, которому утром была произведена операция по поводу паховой грыжи, к вечеру повязка на ране начала обильно промокать кровью. Применяемые местно в течение часа пузыри со льдом и мешочки с песком эффекта не дали. Какое осложнение в раннем послеоперационном периоде возникло у больного? Ваша дальнейшая тактика?

И.о. зав.кафедрой хирургических болезней
педиатрического, стоматологического
и медико-профилактического факультетов

Р.С.Османов

ФГБОУ ВО ДГМУ
Минздрава России

Кафедра хирургических болезней
педиатрического, стоматологического
и медико-профилактического
факультетов

Специальность 31.05.03 стоматология

Дисциплина Общая хирургия, хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № _____

1. Туберкулезный коксит и его лечение.
2. Особенности клинического течения острого аппендицита у детей.
3. **ЗАДАЧА № 5**

У больного, которому утром была произведена операция по поводу паховой грыжи, к вечеру повязка на ране начала обильно промокать кровью. Применяемые местно в течение часа пузыри со льдом и мешочки с песком эффекта не дали. Какое осложнение в раннем послеоперационном периоде возникло у больного? Ваша дальнейшая тактика?

Утвержден на заседании кафедры, протокол от « _____ » _____ 20__ г. № _____

И.о. заведующего кафедрой:

Р.С.Османов, к.м.н., доцент

Составители:

М.Р.Абдуллаев, д.м.н., профессор, завуч кафедры

С.Р.Рабаданова, к.м.н., ассистент кафедры

« _____ » _____ 20__ г.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ:

Отделения клиник, лекционный зал, учебные аудитории, оснащенные посадочными местами, столами, доской, в том числе интерактивная доска; мелом.

Мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран), телевизор, видеокамера, видеомагнитофон, ПК, видео- и DVD проигрыватели, мониторы, транслирующая камера, учебные фильмы.

Медицинская аппаратура, хирургические инструменты, шины, кровоостанавливающие жгуты, набор рентгенограмм, таблицы, муляжи.