

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

КАФЕДРА ХИРУРГИИ ИНСТИТУТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

«УТВЕРЖДЕНО»

Проректор по профессиональному
образованию и межрегиональному
взаимодействию, директор ИПО,
д.м.н., МВА
С.А Палевская

«29» апреля 2022 г.



**Дополнительная профессиональная программа повышения
квалификации врачей по специальности 31.08.67 - «Хирургия» со сроком
освоения 144 часа по теме
«Актуальные вопросы хирургических болезней в практике врача
первичного звена»**

Форма обучения:
очная

**Программа рассмотрена и утверждена
на заседании кафедры хирургии ИПО
(протокол № 18 дата 28.04.2022)
Зав. кафедрой хирургии ИПО,
Заслуженный деятель науки РФ,
д.м.н., профессор
Корымасов Евгений Анатольевич**

«28» апреля 2022 г.

**1. Состав рабочей группы по разработке дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по теме
«Актуальные вопросы хирургических болезней в практике врача первичного звена»**

№ п/п	Фамилия, Имя, Отчество	Учёная степень, учёное звание	Должность	Место работы
1	Корымасов Евгений Анатольевич	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой хирургии ИПО	ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России
2	Кривошеков Евгений Петрович	д.м.н., профессор	Заведующий учебной частью	ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России
3	Иванов Сергей Анатольевич	д.м.н., доцент	Профессор кафедры хирургии ИПО	ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России
4	Хорошилов Максим Юрьевич	к.м.н.	Ассистент кафедры хирургии ИПО	ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

2. Аннотация

Одним из основных направлений развития теории и практики отечественной хирургии является подготовка и постоянное повышение квалификации врачей хирургов, сердечно-сосудистых хирургов, травматологов-ортопедов, анестезиологов-реаниматологов, эндокринологов, оториноларингологов, врачей-лечебников (врачей-терапевтов участковых), врачей общей врачебной практики(семейных врачей), внедрение в практику новейших достижений отечественной науки, максимальное расширение кругозора специалистов не только в области непосредственно хирургии, но и в фундаментальных проблемах медицинской науки, а также в смежных клинических дисциплинах, современных способах лабораторной и инструментальной диагностики; важное значение приобретает усиление профилактической направленности работы хирурга. Все это требует существенной модернизации традиционной подготовки медицинских кадров в Российской Федерации.

Целью послевузовского профессионального образования является формирование широко образованного врача-специалиста с гуманистическим и естественно-научным мировоззрением, высокой общей культурой, ориентированного на работу в современных условиях перестройки экономики, быстро меняющихся возможностях обеспечения диагностического и лечебного процесса. Диплом врача не дает право на самостоятельную работу. Для получения права на практику выпускнику необходима дополнительная подготовка по образовательно-профессиональным программам.

Создание образовательного стандарта для системы послевузовского обучения (от первичной специализации до подготовки высококвалифицированного специалиста) в границах единого образовательного пространства для всех регионов России предусматривает сохранение лучших традиций российской клинической школы, стабилизацию требований к уровню знаний, умений и практических навыков на всех этапах и ступенях профессиональной деятельности.

Основной целью обучения в системе послевузовского профессионального образования является подготовка высококвалифицированного врача - специалиста, владеющего обширным объемом теоретических знаний; способного успешно решать профессиональные задачи; умеющего провести дифференциально-диагностический поиск; оказать в полном объеме медицинскую помощь; провести все необходимые профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья больного.

3. Общие положения

3.1. Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации по теме «Актуальные вопросы хирургических болезней в практике врача первичного звена» (далее Программа), представляет собой совокупность требований, обязательных при её реализации в рамках системы образования.

3.2. Направленность Программы - заключается в удовлетворении потребностей профессионального развития врачей хирургов, сердечно-сосудистых хирургов, травматологов-ортопедов, анестезиологов-реаниматологов, эндокринологов, оториноларингологов, врачей-лечебников (врачей-терапевтов участковых), врачей общей врачебной практики(семейных врачей) по актуальным вопросам в области хирургии и обеспечении соответствия их квалификации к меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды.

3.3. Цель Программ – систематизация, углубление и совершенствование профессиональных знаний, умений и навыков в сфере хирургии, с позиции современных рекомендаций, обеспечивающих совершенствование профессиональных компетенций, в рамках имеющейся квалификации у врачей хирургов, сердечно-сосудистых хирургов, травматологов-ортопедов, анестезиологов-реаниматологов, эндокринологов, оториноларингологов, врачей-лечебников (врачей-терапевтов участковых), врачей общей врачебной практики(семейных врачей).

3.4. Задачи программы:

1. Обновление существующих теоретических знаний, методик и изучение передового практического опыта по вопросам хирургии.
2. Усвоение и закрепление на практике профессиональных знаний, умений и навыков, обеспечивающих совершенствование профессиональных компетенций по вопросам хирургии необходимых для выполнения профессиональных задач в рамках специальности врач-хирург, сердечно-сосудистый хирург, травматолог-ортопед, анестезиолог-реаниматолог, эндокринолог, оториноларинголог, врач-лечебник (врач-терапевт участковый), врач общей врачебной практики(семейный врач).

4. Характеристика программы

4.1. Трудоёмкость освоения Программы составляет 144 академических часа

(1 академический час равен 45 мин.).

4.2. Программа реализуется в очной форме обучения на базе кафедры хирургии ИПО

К освоению программы допускаются :

- врачи хирурги согласно обобщенным трудовым функциям А/8 «Оказание первичной медико-санитарной помощи пациентам в амбулаторных условиях по профилю "хирургия" и В/8 «Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю "хирургия" из профессионального стандарта "Врач-хирург" (приказ Министерства труда и социальной защиты российской федерации от 26 ноября 2018 г. N743н);

- сердечно-сосудистые хирурги согласно трудовой функции А/03.8 «Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) патологических состояниях сердечно-сосудистой системы, требующих хирургического лечения» из профессионального стандарта " Врач - сердечно-сосудистый хирург" (приказ Министерства труда и социальной защиты российской федерации от 14 марта 2018 года N 143н);

- травматологи-ортопеды согласно трудовой функции А/02.8 «Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, контроль его эффективности и безопасности» из профессионального стандарта " Врач-травматолог-ортопед" (приказ Министерства труда и социальной защиты российской федерации от 12 ноября 2018 года N 698н);

- анестезиологи-реаниматологи согласно трудовой функции В/04.8 «Назначение мероприятий медицинской реабилитации и контроль их эффективности «из профессионального стандарта " Врач - анестезиолог-реаниматолог" (приказ Министерства труда и социальной защиты российской федерации от 27 августа 2018 года N 554н);

- врачи-лечебники (врачи-терапевты участковые) согласно трудовой функции А/03.7 «Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности» из профессионального

ного стандарта " Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)" (приказ Министерства труда и социальной защиты российской федерации от 21 марта 2017 года N 293н);

-эндокринологи согласно трудовой функции А/02.8 «Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контроль его эффективности и безопасности» из профессионального стандарта "Врач-эндокринолог" (приказ Министерства труда и социальной защиты российской федерации от 14 марта 2018 года N 132н);

-оториноларингологи согласно трудовой функции А/02.8 «Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности» из профессионального стандарта "Врач-оториноларинголог" (приказ Министерства труда и социальной защиты российской федерации от 4 августа 2017 г. N 612н);

- врачи общей врачебной практики(семейные врачи) согласно трудовой функции А/02.8 «Лечение пациентов и контроль его эффективности и безопасности» из проекта профессионального стандарта " Врач общей практики (семейный врач)" (2021г.).

4.3. Для формирования профессиональных умений и навыков в Программе предусматривается обучающий симуляционный курс (далее – ОСК).

4.4. Содержание Программы построено в соответствии с модульным принципом, структурными единицами модуля являются разделы. Каждый раздел модуля подразделяется на темы, каждая тема-на элементы, каждый элемент –на подэлементы . Для удобства пользования программой в учебном процессе каждая его структурная единица кодируется. На первом месте ставится код раздела дисциплины (например, 1), на втором - код темы (например, 1.1), далее - код элемента (например, 1.1.1), затем – код подэлемента (например, 1.1.1.1). Кодировка вносит определенный порядок в перечень вопросов, содержащихся в программе, что, в свою очередь, позволяет кодировать контрольно-измерительные (тестовые) материалы в учебно-методическом комплексе (далее - УМК).

4.5. Учебный план определяет перечень, трудоёмкость последовательность и распределение модулей (разделов), устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, ОСК, семинарские и практические занятия), формы контроля знаний и умений обучающихся. С учётом базовых знаний обучающихся и актуальности в Программу могут быть внесены изменения в распределение учебного времени, предусмотренного учебным планом программы, в пределах 15% от общего количества часов.

4.6. В рамках программы повышения квалификации возможна стажировка для приобретения теоретических и практических навыков на базах кафедры хирургии ИПО (ГБУЗ СОКБ им. В.Д.Середавина, ГБУЗ ТГКБ№5, ГБУЗ СГКБ №2 им. Семашко).

4.7. В программу включены планируемые результаты обучения, в которых отражаются требования профессиональных стандартов и квалификационных требований, указанных в квалификационных справочниках по соответствующим должностям, профессиям и специальностям.

4.8. Программа содержит требования к итоговой аттестации обучающихся, которая осуществляется в форме зачёта (итогового тестирования) и выявляет теоретическую и практическую подготовку в соответствии с целями и содержанием программы.

4.9. Организационно-педагогические условия реализации Программы включают:

- а) тематику учебных занятий и их содержание для совершенствования компетенций;
- б) учебно-методическое и информационное обеспечение;
- в) материально-техническое обеспечение;
- г) кадровое обеспечение.

4.10. Связь Программы с профессиональными стандартами:

Наименование программы	Наименование выбранного профессионального стандарта	Код	Трудовая функция	Уровень квалификации
Актуальные вопросы хирургических болезней в практике врача первичного звена	Министерство труда и социальной защиты российской федерации приказ от 26 ноября 2018 г. N743н об утверждении профессионального стандарта "Врач-хирург"	A B	Оказание первичной медико-санитарной помощи пациентам в амбулаторных условиях по профилю "хирургия"; Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю "хирургия"	8
	" Врач - сердечно-сосудистый хирург" (приказ Министерства труда и социальной защиты российской федерации от 14 марта 2018 года N 143н)	A/03.8	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) патологических состояниях сердечно-сосудистой системы, требующих хирургического лечения	8
	" Врач-травматолог-ортопед" (приказ Министерства труда и социальной защиты российской федерации от 12 ноября 2018 года N 698н);	A/02.8	Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, контроль его эффективности и безопасности	8
	" Врач - анестезиолог-реаниматолог" (приказ Министерства труда и социальной защиты российской федерации от 27 августа 2018 года N 554н)	B/04.8	Назначение мероприятий медицинской реабилитации и контроль их эффективности	8
	" Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)" (приказ Министерства труда и социальной защиты российской федерации от 21 марта 2017 года N 293н)	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности	7

	"Врач-эндокринолог" (приказ Министерства труда и социальной защиты российской федерации от 14 марта 2018 года N 132н)	A/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контроль его эффективности и безопасности	8
	"Врач-оториноларинголог" (приказ Министерства труда и социальной защиты российской федерации от 4 августа 2017 г. N 612н)	A/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	8
	" Врач общей практики (семейный врач)" (2021г.).	A/02.8	Лечение пациентов и контроль его эффективности и безопасности	8

5. Планируемые результаты обучения

5.1. Требования к квалификации: уровень профессионального образования высшее образование по одной из специальностей - «Лечебное дело», «Педиатрия»; подготовка в ординатуре по специальности «хирургия», «сердечно-сосудистая хирургия», «травматология-ортопедия», «анестезиология-реаниматология», «эндокринология», «оториноларингология», « или профессиональная переподготовка по специальности «анестезиология-реаниматология», «терапия», «Общая врачебная практика».

5.2. Результаты обучения по Программе направлены на совершенствование профессиональных компетенций в рамках полученного ранее высшего профессионального образования по специальности «хирургия », «сердечно-сосудистая хирургия», «травматология-ортопедия», «анестезиология-реаниматология», «эндокринология», «оториноларингология», «Общая врачебная практика», качественное изменение которых осуществляется в результате обучения.

Виды Деятельности	Профессиональные компетенции	Практический Опыт	Умения	Знания
Врачебная практика в области хирургии	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1); Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2); Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствий и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);	Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями; Интерпретация информации, полученной от пациентов (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями; Осмотр и физикальное обследование пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями; Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; Направление пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом	Осуществлять мероприятия первой врачебной помощи взрослым, детям, подросткам, лицам пожилого и старческого возраста при хирургических болезнях и травмах при оказании первой медико-санитарной помощи: • профилактику часто встречающихся хирургических заболеваний и травм; • раннюю диагностику по клиническим синдромам, дифференциальную диагностику распространенных хирургических болезней и травм; • профилактику, индивидуализированное лечение в объеме первой врачебной помощи часто встречающихся хирургических заболеваний и травм; • диспансеризацию, реабилитацию, экспертизу трудоспособности и военно-врачебную экспертизу больных хирургическими болез-	Организация первичной медико-санитарной помощи населению при хирургических болезнях и травмах. Особенности современной манифестации клиники и течения часто встречающихся хирургических болезней и травм у взрослых, детей, подростков, лиц пожилого и старческого возраста. Общие принципы внебольничной диагностики и амбулаторного лечения хирургических болезней и травм.

Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4); Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствие с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5); Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6); Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7); Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8); Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их	стандартов медицинской помощи; Направление пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; Направление пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; Интерпретация результатов осмотров, лабораторных и инструментальных исследований пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями; Интерпретация результатов осмотров врачами-специалистами пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями; Установление диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ); Повторные осмотры и обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями;	нями и травмами; - оказать неотложную медицинскую помощь (первую врачебную) больным при неотложных состояниях, осложняющих течение хирургических заболеваний и травм; - оказать экстренную медицинскую помощь в объеме первой врачебной помощи в экстремальных условиях при массовом поступлении больных хирургического профиля и пораженных при катастрофах: а) хирургические заболевания органов брюшной полости и неотложные состояния, осложняющие их течение: «острый живот»: острый аппендицит, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, острый холецистит, острый панкреатит, острая кишечная непроходимость, острый перитонит, ущемленные грыжи, острые желудочно-кишечные кровотечения; б) болезни сосудов: облитерирующий атеросклероз, облитерирующий эндартериит,	
--	---	---	--

	семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9); Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10); Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11); Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).	Обеспечение безопасности диагностических манипуляций. Выполнение хирургические манипуляций (оперативные вмешательства) первой врачебной помощи: диагностические и лечебные пункции, парацентез (10 манипуляций); зондирование полостей, свищей (5 манипуляций); инфильтрационную анестезию, проводниковую, футлярную, вагосимпатические блокады (10 манипуляций); первичную хирургическую обработку ран, снятие швов (20 манипуляций); обработку ожоговой поверхности, инфицированных ран (20 манипуляций); наложение мягких повязок (15 манипуляций: по одной на каждую разновидность повязки); вправление вывихов (5 манипуляций); транспортную иммобилизацию при переломах костей конечностей, позвоночника (муляж - 10 манипуляций); удаление поверхностно расположенных инородных тел (10 манипуляций); удаление поверхностно расположенных опухолей мягких тканей (10 манипуляций); вскрытие абсцессов, панарициев, флегмон (10 манипуляций); удаление вросшего ногтя (5 манипуляций); пункционную цистостомию (10 манипуляций); диатермокоагуляцию (10 манипуляций); биопсию опухолевых образований и лимфатических узлов (5 манипуляций).	варикозная болезнь, флеботромбоз и тромбофлебит, острая артериальная непроходимость, эмболия, тромбоз сосудов конечностей; в) гнойные заболевания, раневая инфекция: фурункул, карбункул, гидраденит, абсцесс, флегмона, лимфаденит, панариций, остеомиелит гематогенный и травматический, сепсис, гангрена; г) негонорейные заболевания мочеполовых органов у мужчин: заболевания предстательной железы: простатит, аденома предстательной железы, уретрит, везикулит, куперит, эпидидимит, орхит; д) заболевания прямой кишки и заднего прохода: геморрой, трещины ануса, выпадение прямой кишки, проктит, парапроктит; е) травмы: ушибы, раны, переломы, вывихи, трещины, ожоги, отморожения, мышечная кривошея, врожденная косолапость, сколиоз, кифоз позвоночни-	
--	--	--	---	--

			ка, привычный вывих плеча.	
--	--	--	----------------------------	--

6. Рабочая программа

1	Острые хирургические заболевания органов брюшной полости. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в до-госпитальном периоде ведения больного.
1.1	«Острый живот». Понятие. Дифференциальный диагноз. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта.
1.2	Кровотечения из пищеварительного тракта. Причины. Симптоматика. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта.
1.3	Механическая желтуха и постхолецистэктомический синдром.
1.4	Острый аппендицит.
1.5	Острый холецистит. Острый панкреатит
1.6	Острая кишечная непроходимость
1.7	Осложнения язвенной болезни
1.8	Перитонит
1.9	Ведение больных с неосложненным течением после операций на ЖКТ и билиарном тракте.
2	Грыжи живота и их осложнения. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.
2.1	Грыжи живота и их осложнения. Симптоматика. Принципы диагностики и тактика на догоспитальном этапе.
2.2	Неосложненные грыжи
2.3	Осложнения грыж.
3	Заболевания прямой кишки и заднего прохода. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта в догоспитальном периоде ведения больного.
3.1	Заболевания прямой кишки и заднего прохода. Симптоматика. Принципы обследования больных.
3.2	Заболевания прямой кишки и заднего прохода. Геморрой. Паранекроз. Злокачественные опухоли.
4	Заболевания и травмы органов грудной клетки. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.
4.1	Травма органов грудной клетки. Принципы диагностики и оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
4.2	Нагноительные заболевания легких и плевры. Диагностика и этапное лечение.
4.3	Легочное кровотечение. Принципы диагностики и оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
4.4	Травма грудной клетки. Гемоторакс. Пневмоторакс.
4.5	Диагностика и тактика при повреждениях пищевода.

4.6	Абсцесс и гангрена легкого.
4.7	Ведение больных после операций на легких и грудной клетке.
4.8	Легочное кровотечение.
5	Острые и хронические заболевания магистральных артерий. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.
5.1	Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей в терапевтической практике.
5.2	Острая артериальная непроходимость (эмболия и тромбоз) магистральных артерий нижних конечностей. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта.
5.3	Облитерирующий атеросклероз. Облитерирующий эндартериит. Диабетическая ангиопатия. Феномен Рейно.
5.4	Эмболия и тромбоз магистральных артерий нижних конечностей. Повреждение сосудов.
6	Острая и хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.
6.1	Варикозная болезнь, тромбофлебит, флеботромбоз в терапевтической практике.
6.2	Варикозная болезнь. Тромбофлебит.
6.3	Флеботромбоз. ТЭЛА. Профилактика тромбоэмболических осложнений.
6.4	Ведение больных после операций на сердце и сосудах.
7	Хирургическая инфекция. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.
7.1	Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Методы диагностики и тактика ведения пациента врачом терапевтом.
7.2	Сепсис. Общие принципы лечения.
7.3	Фурункул. Карбункул. Панариций. Абсцесс. Флегмона. Рожистое воспаление. Мастит. Гидраденит. Лимфаденит. Остеомиелит. Гангрена.
8	Неотложная первая врачебная помощь больным, имеющим ранения, ожоги, отморожения, травмы, при массовом поступлении их из очага катастрофы.
8.1	Неотложная первая врачебная помощь больным при ранениях, ожогах, отморожениях, травмах, при массовом поступлении из очага катастрофы.
8.2	Раневой процесс. Течение и лечение.
8.3	Ожоги и отморожения. Принципы лечения.
8.4	Неотложная первая врачебная помощь больным при массовом поступлении из очага катастрофы.

7. Учебный план

Цель: систематизация, углубление и совершенствование профессиональных знаний, умений и навыков в сфере хирургии, с позиции современных рекомендаций, обеспечивающих совершенствование профессиональных компетенций, в рамках имеющейся квалификации у врачей – хирургов, сердечно-сосудистых хирургов, травматологов, анестезиологов, реаниматологов, терапевтов, эндокринологов, оториноларингологов, врачей общей врачебной практики(семейных врачей).

Категория обучающихся: врачи хирурги, сердечно-сосудистые хирурги, травматологи, анестезиологи, реаниматологи, терапевты, эндокринологи, оториноларингологи, врачи общей врачебной практики(семейные врачи).

Трудоёмкость: 144 академических часа

Форма обучения: очная

Код	Наименование разделов, дисциплин и тем	Всего часов	В том числе				Стажировка	Форма контроля
			Л	ОСК	ПЗ	СЗ		
1	Острые хирургические заболевания органов брюшной полости. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	18	6	-	10	-	2	Т/К
1.1	«Острый живот». Понятие. Дифференциальный диагноз. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта.	2	2	-	-	-	-	
1.2	Кровотечения из пищеварительного тракта. Причины. Симптоматика. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта.	2	2	-	-	-	-	
1.3	Механическая желтуха и постхолестазный синдром.	2	2	-	-	-	-	
1.4	Острый аппендицит.	2	-	-	2	-	-	
1.5	Острый холецистит. Острый панкреатит	2	-	-	2	-	-	
1.6	Острая кишечная непроходимость	2	-	-	2	-	-	
1.7	Осложнения язвенной болезни	2	-	-	2	-	-	
1.8	Перитонит	2	-	-	2	-	-	
1.9	Ведение больных с неосложненным течением после операций на ЖКТ и билиарном тракте.	2	-	-	-	-	2	
2	Грыжи живота и их осложнения. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	18	6	-	6	-	6	Т/К
2.1	Грыжи живота и их осложнения. Симптоматика. Принципы диагностики и тактика на догоспитальном этапе.	6	2	-	2	-	2	
2.2	Неосложненные грыжи	6	2	-	2	-	2	
2.3	Осложнения грыж.	6	2	-	2	-	2	

Код	Наименование разделов, дисциплин и тем	Всего часов	В том числе				Ста-жир	Форма контро-
			Л	ОСК	ПЗ	СЗ		
3	Заболевания прямой кишки и заднего прохода. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта в догоспитальном периоде ведения больного.	18	6	-	6	-	6	Т/К
3.1	Заболевания прямой кишки и заднего прохода. Симптоматика. Принципы обследования больных.	10	4	-	-	-	6	
3.2	Заболевания прямой кишки и заднего прохода. Геморрой. Паранекроз. Злокачественные опухоли.	8	2	-	6	-	-	
4	Заболевания и травмы органов грудной клетки. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	18	6	-	10	-	2	Т/К
4.1	Травма органов грудной клетки. Принципы диагностики и оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.	2	2	-	-	-	-	
4.2	Нагноительные заболевания легких и плевры. Диагностика и этапное лечение.	2	2	-	-	-	-	
4.3	Легочное кровотечение. Принципы диагностики и оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.	2	2	-	-	-	-	
4.4	Травма грудной клетки. Гемоторакс. Пневмоторакс.	2	-	-	2	-	-	
4.5	Диагностика и тактика при повреждениях пищевода.	2	-	-	2	-	-	
4.6	Абсцесс и гангрена легкого.	2	-	-	2	-	-	
4.7	Ведение больных после операций на легких и грудной клетке.	4	-	-	2	-	2	
4.8	Легочное кровотечение.	2	-	-	2	-	-	
5	Острые и хронические заболевания магистральных артерий. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	18	8	-	-	8	2	Т/К
5.1	Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей в терапевтической практике.	6	2	-	-	2	2	
5.2	Острая артериальная непроходимость (эмболия и тромбоз) магистральных артерий нижних конечностей. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта.	4	2	-	-	2	-	

Код	Наименование разделов, дисциплин и тем	Всего часов	В том числе				Ста- жир	Форма контро-
			Л	ОСК	ПЗ	СЗ		
5.3	Облитерирующий атеросклероз. Облитерирующий эндартериит. Диабетическая ангиопатия. Феномен Рейно.	4	2	-	-	2	-	
5.4	Эмболия и тромбоз магистральных артерий нижних конечностей. Повреждение сосудов.	4	2	-	-	2	-	
6	Острая и хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	18	8	-	-	8	2	Т/К
6.1	Варикозная болезнь, тромбофлебит, флеботромбоз в терапевтической практике.	6	2	-	-	2	2	
6.2	Варикозная болезнь. Тромбофлебит.	4	2	-	-	2	-	
6.3	Флеботромбоз. ТЭЛА. Профилактика тромбоэмболических осложнений.	4	2	-	-	2	-	
6.4	Ведение больных после операций на сердце и сосудах.	4	2	-	-	2	-	
7	Хирургическая инфекция. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	18	6	2	-	10	-	Т/К
7.1	Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Методы диагностики и тактика ведения пациента врачом терапевтом.	6	2	2	-	2	-	
7.2	Сепсис. Общие принципы лечения.	6	2	-	-	4	-	
7.3	Фурункул. Карбункул. Панариций. Абсцесс. Флегмона. Рожистое воспаление. Мастит. Гидраденит. Лимфаденит. Остеомиелит. Гангрена.	6	2	-	-	4	-	
8	Неотложная первая врачебная помощь больным, имеющим ранения, ожоги, отморожения, травмы, при массовом поступлении их из очага катастрофы.	16	8	-	-	8	-	Т/К
8.1	Неотложная первая врачебная помощь больным при ранениях, ожогах, отморожениях, травмах, при массовом поступлении из очага катастрофы.	4	2	-	-	2	-	
8.2	Раневой процесс. Течение и лечение.	4	2	-	-	2	-	

Код	Наименование разделов, дисциплин и тем	Всего часов	В том числе				Стажир	Форма контроля
			Л	ОСК	ПЗ	СЗ		
8.3	Ожоги и отморожения. Принципы лечения.	4	2	-	-	2	-	
8.4	Неотложная первая врачебная помощь больным при массовом поступлении из очага катастрофы.	4	2	-	-	2	-	
	Итоговая аттестация	2	-	-	-	-	-	Зачёт
	Всего	144	54	2	32	34	20	

* ПЗ - практические занятия, СЗ - семинарские занятия, Л-лекции, ОСК-обучающий симуляционный комплекс; Т/К текущий контроль

Практическая подготовка включает практические занятия, стажировку и ОСК и составляет 54 ак.ч.

ДОТ и ЭО осуществляются на платформе Электронно-информационной образовательной среды СамГМУ <https://samsmu.ru/edu/>.

Особенностью курса является наличие стажировки на базах кафедры хирургии ИПО (ГБУЗ СОКБ им. В.Д.Середавина, ГБУЗ ТГКБ№5, ГБУЗ СГКБ №2 им. Семашко). Под стажировкой понимается участие в операциях и в лечении пациентов с хирургическими заболеваниями под контролем преподавателя.

7. Календарный учебный график

Сроки обучения: образовательный процесс по программе может осуществляться в течение всего учебного года

Трудоёмкость освоения: 144 (ак.ч.)

Режим занятий: 4 недели / 5 дней в неделю /7,2 ч. в день.

Код	Наименование разделов, дисциплин и тем	Всего часов	1	2	3	4
			неделя			
1	Острые хирургические заболевания органов брюшной полости. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в до-госпитальном периоде ведения больного.	18	18			
2	Грыжи живота и их осложнения. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	18	18			
3	Заболевания прямой кишки и заднего прохода. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта в догоспитальном периоде ведения больного.	18		18		
4	Заболевания и травмы органов грудной клетки. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	18		18		
5	Острые и хронические заболевания магистральных артерий. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	18			18	
6	Острая и хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	18			18	
7	Хирургическая инфекция. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	18				18
8	Неотложная первая врачебная помощь больным, имеющим ранения, ожоги, отморожения, травмы, при массовом поступлении их из очага катастрофы.	16				16
	Итоговая аттестация	2				2
	Всего	144	36	36	36	36

8. Организационно-педагогические условия реализации программы

Унифицированная программа построена по блочной системе и состоит из отдельных курсов, разделов, тем и элементов, расположенных в логической последовательности.

Институт последипломного образования имеет право:

а) изменять объем учебной нагрузки интернов, клинических ординаторов и курсантов различных циклов, по сравнению с рекомендуемым государственным образовательным стандартом, в пределах 10%, за счет дисциплин национально-регионального (вузовского) компонента; клиническая практика (федеральный компонент) изменению не подлежат,

б) устанавливать необходимую глубину преподавания отдельных курсов, разделов и тем Учебного плана подготовки курсантов сертификационных циклов (специализации) с учетом базисной подготовки и местных условий последующей работы специалистов;

в) привлекать специалистов практического здравоохранения для проведения практических занятий с интернами, клиническими ординаторами и курсантами циклов.

Максимальный объем учебной нагрузки курсанта, включая все виды аудиторной и внеаудиторной учебной работы, не должен превышать 54 часов в неделю. Объем обязательных аудиторных занятий не должен превышать 36 часов в неделю.

Основными формами учебных занятий являются лекции, семинары и практические занятия. В работе преподаватель используется симптомный и синдромный подход, дифференциально-диагностический поиск, моно- и политематический разбор больных.

8.1. Тематика учебных занятий и их содержание для совершенствования компетенций:

Тематика лекционных занятий :

№	Тема лекции	Содержание	Технология проведения	Совершенствуемые компетенции
1.1	Острые хирургические заболевания органов брюшной полости. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	1.1	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		1.2	очная	ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11
		1.3	очная	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		1.4	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-7, ПК-10, ПК-12
		1.5	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9
		1.6	очная	ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-11
		1.7	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-11
		1.8	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-10, ПК-6
		1.9	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-10, ПК-6
2	Грыжи живота и их осложнения. Лечебно-диагно-	2.1	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10

	стическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	2.2	очная	ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		2.3	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
3	Заболевания прямой кишки и заднего прохода. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта в догоспитальном периоде ведения больного.	3.1	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		3.2	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
4	Заболевания и травмы органов грудной клетки. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	4.1	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		4.2	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		4.3	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		4.4	очная	ПК-2, ПК-8, ПК-9, ПК-7, ПК-10
		4.5	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		4.6	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		4.7	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		4.8	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
5	Острые и хронические заболевания магистральных артерий. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	5.1	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		5.2	очная	ПК-2, ПК-8, ПК-9, ПК-7, ПК-10
		5.3	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		5.4	очная	ПК-2, ПК-8, ПК-9, ПК-7, ПК-10

6	Острая и хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	6.1	очная	ПК-2, ПК-8, ПК-9, ПК-7, ПК-10
		6.2	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		6.3	очная	ПК-1, ПК-2, ПК-7, ПК-7, ПК-9, ПК-10
		6.4	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
7	Хирургическая инфекция. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	7.1	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9
		7.2	очная	ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-11
		7.3	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-11
8	Неотложная первая врачебная помощь больным, имеющим ранения, ожоги, отморожения, травмы, при массовом поступлении их из очага катастрофы.	8.1	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		8.2	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		8.3	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		8.4	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11

Тематика практических занятий:

№	Тема лекции	Содержание	Технология проведения	Совершенствуемые компетенции
1.1	Острые хирургические заболевания органов брюшной полости. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при	1.1	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		1.2	очная	ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11
		1.3	очная	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		1.4	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-7, ПК-10, ПК-12

	оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном	1.5	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9
		1.6	очная	ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-11
		1.7	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-11
		1.8	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-10, ПК-6
		1.9	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-10, ПК-6
2	Период ведения их осложнения. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	2.1	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10
		2.2	очная	ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		2.3	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
3	Заболевания прямой кишки и заднего прохода. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта в догоспитальном периоде ведения больного.	3.1	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		3.2	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
4	Заболевания и травмы органов грудной клетки. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	4.1	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		4.2	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		4.3	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		4.4	очная	ПК-2, ПК-8, ПК-9, ПК-7, ПК-10
		4.5	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		4.6	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		4.7	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		4.8	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
5	Острые и хронические заболева-	5.1	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11

	ния магистральных артерий. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	5.2	очная	ПК-2, ПК-8, ПК-9, ПК-7, ПК-10
		5.3	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		5.4	очная	ПК-2, ПК-8, ПК-9, ПК-7, ПК-10
6	Острая и хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	6.1	очная	ПК-2, ПК-8, ПК-9, ПК-7, ПК-10
		6.2	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		6.3	очная	ПК-1, ПК-2, ПК-7, ПК-7, ПК-9, ПК-10
		6.4	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
7	Хирургическая инфекция. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного.	7.1	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9
		7.2	очная	ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-11
		7.3	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-11
8	Неотложная первая врачебная помощь больным, имеющим ранения, ожоги, отморожения, травмы, при массовом поступлении их из очага катастрофы.	8.1	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		8.2	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		8.3	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11
		8.4	очная	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11

Тематика ОСК :

№	Тема занятия	Содержание	Технология проведения	Совершенствуемые компетенции
1	Хирургическая инфекция. Лечебно-диагностическая тактика врача терапевта при оказании первичной медико-санитарной помощи в догоспитальном периоде ведения больного	7.1	очная, виртуальная доска, тренажеры, VR-технологии	ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9

8.2. Учебно-методическое и информационное обучение:

Основная литература по темам программы:

РУКОВОДСТВА И УЧЕБНЫЕ ПОСОБИЯ.

1. Хирургические болезни. Под ред. М.И.Кузина. - М., 1994.
2. Белоконов В.И. Вопросы по клинической хирургии для самоконтроля, тестирования врачей-хирургов и подготовки программ для ЭВМ. - Самара, 1993.
3. Хирургия. Пер. с англ. Под ред. Ю.М.Лопухина и В.С.Савельева. - ГЭОТАР Медицина, 1997.
4. Альперович Б.И., Соловьев М.М. Клиника и лечение гнойных заболеваний. - Томск, 1986.
5. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. - М., 1996.
6. Стручков В.И. и др. Руководство по гнойной хирургии. - М., 1984.
7. Русаков В.И. Основы частной хирургии. В 3-х томах. - Ростов, 1997.
8. Павлов К.А. и др. Онкология в практике поликлинического врача. - М., 1987.
9. Галкин Р.А., Лещенко И.Г., Шебуев М.Г. Хирургический больной. Самара, 1998.
10. Федоров И.В. Хирургические инструменты. Функции и назначение. – Казань: «Аделаида», 2001.
11. 50 лекций по хирургии. Под ред. В.С. Савельева. – М.:Триада-Х, 2004.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

1. Руководство по гастроэнтерологии. В 3-х томах. Под ред. Ф.И.Комарова и А.Л.Гребнева. - М., 1996.
2. Данилов И.В., Караванов А.П. Ошибки в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний брюшной полости. - М.,1966.
3. Гуревич Н.И. Острые гнойные хирургические заболевания брюшной полости. - М.,1969.
4. Скрыбин О.Н. Диагностика и лечение острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. - Л.,1988.
5. Лисицын К. М., Ревской А. К. Неотложная хирургия при онкологических заболеваниях органов брюшной полости. — М.: Медицина, 1986.
6. Милонов О.Б. и др. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. - М., 1990.
7. Кочнев О.С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. - Казань, 1984.

8. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. В.С. Савельева. - М.: Трида-Х, 2004.
9. Белоконов В.И., Измаилов Е.П. Диагностика и лечение свищей желудочно-кишечного тракта. – Самара, 2005.

АППЕНДИЦИТ.

1. Иванов Г.И. Аппендицит у беременных. - М., 1968.
2. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита. - Л., 1972.
3. Нифантьев О.Е. Острый аппендицит: вопросы и ответы. - Красноярск, 1986.
4. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. - М., 1988.

ГРЫЖИ ЖИВОТА.

1. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. - М., 1990.
2. Белоконов В.И., Федорина Т.А., Ковалева З.В. и др. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж. – Самара, 2005.
3. Григорьев С.Г., Братийчук А.Н., Кривошеков Е.П., Григорьева Т.С. Технологии герниопластики в хирургии одного дня. – Самара, 2005.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДПК.

1. Рысс С.М., Рысс Е.С. Язвенная болезнь. - Л., 1968.
2. Григорьев П.Я. Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. - М., 1986.
3. Скрябин О.Н. Диагностика и хирургическое лечение осложненных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. - Л., 1987.
4. Чернышев В.Н., Белоконов В.И., Замятин В.В. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка. - Куйбышев, 1988.
5. Чернышев В.Н., Белоконов В.И., Александров И.К. Введение в хирургию гастродуоденальных язв. - Самара, 1993.
6. Неймарк И.М. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. - М., 1972.
7. Мышкин К.И., Лагун М.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы. - Саратов, 1983.
8. Розанов Б.С. Желудочно-кишечные кровотечения и их хирургическое лечение. - М., 1960.
9. Братусь В.Д. Острые желудочные кровотечения. - Киев, 1972.
10. Горбашко А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. - Л., 1974.
11. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечение при заболеваниях пищеварительного тракта. - М., 1987.
12. Гребнев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. - М., 1995.
13. Панфилов Ю.А., Осадчук М.А. Язвенная болезнь в практике участкового врача. - Саратов, 1991.
14. Дуденко Г.И., Зыбин В.М. Последствия ваготомии. - Киев, 1987.
15. Панцырев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастрэктомии. - М., 1973.
16. Самсонов М.А. и др. Постгастрорезекционные синдромы. - М., 1984.
17. Березов Ю.Е., Варшавский Ю.А. Оперированный желудок. - М., 1974.
18. Пономарев А. А., Курыгин А. А. Редкие неопухолевые заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. — Л.: Медицина, 1987.
19. Черноусов А.Ф. и др. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. - М., 1996.
20. Аскерханов Г.Р. и др. Болезни оперированного желудка. - М., 1998.
21. Корымасов Е.А., Блашенцева С.А., Жестков А.В. и соавт. Прогнозирование течения пептической гастродуоденальной язвы как основа хирургической тактики. – Самара, 2006.

РАК ЖЕЛУДКА.

1. Петерсон Б.Е. Хирургическое лечение злокачественных опухолей. - М., 1976.
2. Русанов А.А. Рак желудка. - М., 1979.
3. Клименков А.А., Патютко Ю.И., Губина Г.И. Опухоли желудка. - М., 1988.
4. Василенко В.Х. и др. Опухоли желудка. - М., 1989.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ.

1. Виноградов В.В. и др. Диагностика холецистита. - М., 1978.
2. Ногаллер А.М. Заболевания желчного пузыря и желчных путей. - М., 1979.
3. Стручков В.И. и др. Острый холецистит в пожилом и старческом возрасте. - М., 1980.
4. Дедерер Ю.М. и др. Желчнокаменная болезнь. - М., 1983.
5. Минушкин О.Н. и др. Клинико-инструментальная диагностика болезней органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. - М., 1987.
6. Малле-Ги. Синдром после холецистэктомии. - М., 1973.
7. Гальперин Э.И. и др. Рубцовые стриктуры желчных протоков. - М., 1982.
8. Гальперин Э.И., Волкова Н.В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии. - М., 1988.
9. Захаров С.Н. Острый холецистит. - Иркутск, 1989.
10. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. - М., 1990.
11. Родионов В.В., Филимонов М.И., Могучев В.М. Калькулезный холецистит. - М., 1991.
12. Ветшев П.С. и др. Желчнокаменная болезнь. - М., 1998.
13. Чернышев В.Н., Романов В.Е. Повреждения и рубцовые сужения желчных протоков. - Самара, 2001.
14. Кривошеков Е.П., Кривошеков Е.П., Яшков А.В., Романов В.Е., Мешков С.В. Современная тактика хирургического и восстановительного лечения желчнокаменной болезни (учебное пособие). - Самара, 2002.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ.

1. Хирургическая гепатология. Под ред. Б.В.Петровского. - М., 1972.
2. Вагнер Е.А. и др. Инструментальная диагностика очаговых заболеваний печени. - Пермь, 1981.
3. Подымова С.Д. Болезни печени. - М., 1984, 1993.
4. Дейнека И.Я. Эхинококкоз человека. - М., 1968.
5. Гранов А.М. Первичный рак печени. - Л., 1977.
6. Углов Ф.Г., Корякина Т.О. Хирургическое лечение портальной гипертензии. - Л., 1964.
7. Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии. - М., 1974.
8. Логинов А.С., Блок Ю.В. Хронические гепатиты и циррозы печени. - М., 1987.
9. Геллер И.Ю. Эхинококкоз. - М., 1989.
10. Караванов Г.Г., Павловский М.П. Циррозы печени и их хирургическое лечение. - Киев, 1966.
11. Ермолов А.С. и др. Травма печени. - М.: Медицина, 2003.
12. Чернышев В.Н., Иванов С.А. Хирургия эхинококкоза печени. - Самара, 2005.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

1. Виноградов В.В. Опухоли и кисты поджелудочной железы и их хирургическое лечение. - М., 1970.
2. Шалимов А.А. Болезни поджелудочной железы и их хирургическое лечение. - М., 1970.
3. Шелагуров А.А. Болезни поджелудочной железы. - М., 1970.
4. Бэнкс П. Панкреатит. - М., 1982.
5. Соколов Л.К. и др. Клинико-инструментальная диагностика болезней органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. - Л., 1982.

6. Филин В.И. Острые заболевания и повреждения поджелудочной железы. -Л., 1982.
7. Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В. Острый панкреатит. - М., 1983.
8. Кузин М.И., Данилов М.В., Благовидов Д.Ф. Хронический панкреатит. - М., 1985.
9. Филин В.И., Костюченко А.Л. Неотложная панкреатология. - СПб., 1994.
10. Богер М.М. Панкреатиты. - Новосибирск, 1984.
11. Горбунов О.М., Малышев Ю.И. Диагностика и хирургическое лечение рака билиопанкреатодуоденальной зоны и его осложнений. - Куйбышев, 1987.
12. Филин В.И., Гидирим Г.П. Острый панкреатит и его осложнения. - Кишинев, 1982.
13. Скуя Н.А. Заболевания поджелудочной железы. - М., 1986.
14. Нестеренко Ю.А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. – СПб.: Бином, 2004.
15. Нестеренко Ю. А., Шаповальянц С. Г., Лаптев В. В. Панкреонекроз: Клиника, диагностика, лечение. — М., 1994.

КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ.

1. Норенберг-Чарквиани А.Е. Острая кишечная непроходимость. - М., 1969.
2. Дедерер Ю.М. Патогенез и лечение острой кишечной непроходимости. - М., 1971.
3. Чухриенко Д.П., Белый М.С., Бондаренко В.А. Спаечная болезнь. - Киев, 1972.
4. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь. - М., 1989.
5. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. - М., 1989.
6. Женчевский Р.А. и др. Спаечная болезнь. - М., 1989.
7. Савельев В.С., Спиридонов И.В. Острые нарушения мезентериального кровообращения. - М., 1979.
8. Малышев В. Д. Интенсивная терапия острых водно-электролитных нарушений. — М.: Медицина, 1985.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ.

1. Современные пути предупреждения, раннего выявления и лечения предрака и рака толстой кишки/ Ривкин В. А., Симкин Е. С. — Обзорная информация. — М., 1990.
2. Клиническая оперативная колопроктология / Под ред. В. Д. Федорова, Г. И. Воробьева, В. Л. Ривкина. — М.: ГНЦ проктологии, 1994.
3. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. Проктология. — М.: Медицина, 1984.
4. Федоров В. Д., Никитин А. М. Диффузный полипоз толстой кишки. — М.: Медицина, 1985.
5. Юхтин В. И. Полипы желудочно-кишечного тракта. — М.: Медицина, 1978.
6. Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л. Геморрой. — М.: Медицина, 1984.
7. Рак прямой кишки / Под ред. В.Д. Федорова. – М.: Медицина, 1987.
8. Ривкин В.Л. Полипы и полипоз толстой кишки. – М.: Медпрактика, 2005.
9. Яицкий Н.А. Опухоли толстой кишки. – М.: Медпресс-информ, 2004.
10. Кривошеков Е.П., Песнева О.В., Корымасов Е.А. Современные методы диагностики и лечения геморроя (учебное пособие). – Самара, 2004.

ПЕРИТОНИТЫ. ТРАВМЫ ЖИВОТА.

1. Симонян К.С. Перитонит. - М., 1971.
2. Федоров В.Д. Лечение перитонита. - М., 1974.
3. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. - М., 1979.
4. Гостищев В. К., Сажин В. ГГ., Авдовенко А. Л. Перитонит. — М.: Медицина, 1992.
5. Мартов Ю.Б. и др. Распространенный перитонит. - М., 1998.
6. Чернышев В.Н. Острый перитонит. Повреждения живота. – Самара, 2000.
7. Милонов О. Б., Тоскин К. Д., Жебровский В. В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. — М.: Медицина, 1990.
8. Диагностика и лечение ранений/ Под ред. Ю. Г. Шапошникова. — М.: Медицина, 1984.

9. Материалы Всероссийской конференции «Огнестрельная рана брюшной полости». — Калуга, 1996.
10. Шапкин В. С., Гриненко Ж. А. Закрытые и открытые повреждения печени. — М.: Медицина, 1977. — 184 с.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА.

1. Василенко В.Х. и др. Болезни пищевода. - М., 1971.
2. Тамулевичюте Д.И., Витенас А.М. Болезни пищевода и кардии. - М., 1986.
3. Комаров Б.Д., Каншин Н.Н., Абакумов М.М. Повреждения пищевода. - М., 1981.
4. Ванцян Э.Н., Тошаков Р.А. Лечение ожогов и рубцовых сужений пищевода. - М., 1971.
5. Ратнер Г.Л., Белоконев В.И. Ожоги пищевода и их последствия. - М., 1982.
6. Василенко В.Х. и др. Ахалазия кардии. - М., 1976.
7. Петровский Б.В., Ванцян Э.Н. Дивертикулы пищевода. - М., 1968.
8. Березов Ю.Е. Рак пищевода. - М., 1979.
9. Русанов А.А. Рак пищевода. - Л., 1974.
10. Черноусов А.Ф. и др. Хирургия пищевода. — М., 2002.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ.

1. Путов Н.В., Федосеев Г.В. Руководство по пульмонологии. - М., 1978.
2. Вагнер Е.А и др. Ошибки, опасности и осложнения в легочной хирургии. - Пермь, 1977.
3. Вагнер Е.А. Хирургия повреждений груди. - М., 1981.
4. Лукомский Г.И., Шулутко М.Л. и др. Бронхопульмонология. - М., 1982.
5. Хирургия легких и плевры. Под ред. И.С.Колесникова и М.И. Лыткина - Л., 1988.
6. Бакулев А.Н., Колесникова Р.С. Хирургическое лечение гнойных заболеваний легких. - М., 1961.
7. Стручков В.И. Гнойные заболевания легких и плевры. - М., 1967
8. Хирургия легочных нагноений. Под ред. Г.Л. Ратнера. - Куйбышев, 1968.
9. Гнойные заболевания легких и плевры. Под ред. П.А.Куприянова. - Л., 1955.
10. Чухриенко Д.П. и др. Спонтанный пневмоторакс. - М., 1973.
11. Колесников И.С., Лыткин М.Н., Лесницкий Л.С. Гангрена легкого и пневмоторакс. - Л., 1983.
12. Стручков В.И. и др. Хронические нагноительные заболевания легких, осложненные кровотечением. - М., 1985.
13. Рокицкий М.Р. Хирургические заболевания легких у детей. Руководство. Л., 1988.
14. Богатов А.И., Мустафин Б.Г. Осложненные стафилококковые пневмонии. - М., 1984.
15. Савельев В.С., Константинов Г.Д. Нетуберкулезный спонтанный пневмоторакс. - М., 1969.
16. Лукомский Г.И. Неспецифическая эмпиема плевры. - М., 1976.
17. Путов Н.В., Левашов Ю.Н., Коханенко В.В. Пиопневмоторакс. - Кишинев, 1985.
18. Кабанов А.Н., Ситко Л.А. Эмпиемы плевры. - Иркутск, 1985.
19. Лайт Р.У. Болезни плевры. - М., 1986.
20. Нечаев Э.А., Бисенков Л.Н. Торакоабдоминальные ранения. - СПб., 1995.
21. Бисенков Л.Н., Зубарев П.Н. Хирургическое лечение инфекционных осложнений повреждений груди и живота. - СПб., 1997.
22. Письменный А.К., Корымасов Е.А., Федорин И.М. Спонтанный пневмоторакс: оптимизация хирургической тактики. — Самара, 2003.
23. Жестков А.В., Корымасов Е.А., Суздальцев А.А. и др. Диагностика и лечение инфекционных заболеваний органов дыхания (учебное пособие). — Самара, 2005.

ОПУХОЛИ И КИСТЫ ЛЕГКИХ.

1. Павлов А.С., Пирогов А.И., Трахтенберг А.Х. Лечение рака легкого. - М., 1979.
2. Колесов А.П. и др. Ранняя диагностика рака легкого. - Л., 1980.

3. Перельман М.И., Ефимов Б.И. Доброкачественные опухоли легких. - М., 1981.
4. Вагнер Р.И. и др. Диагностика рака легкого в условиях поликлиники. - Л., 1986.
5. Трахтенберг А.Х. Рак легкого. - М., 1987.
6. Дейнека И.Я. Эхинококкоз человека. - М., 1968.
7. Вахидов В.В., Исламбеков Э.С. Эхинококкоз легких. - Ташкент, 1972.
8. Гелевин Ю.С. Эхинококковая болезнь легких. - Р.-Д., 1983.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ

1. Бакулев А.Н., Колесникова Р.С. Хирургическое лечение опухолей и кист средостения. - М., 1967.
2. Вишневский А.А., Адамян А.А. Хирургия средостения. - М., 1977.
3. Петровский Б.В. Хирургия средостения. - М., 1984.
4. Трунин Е.М. Лечение ранений и повреждений шеи. - СПб.: Элби, 2004.

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

1. Сидоренко Л.Н. Мастопатия. - Л., 1991.
2. Сергеев С.И., Власов П.В., Островская И.М. Комплексная диагностика рака молочной железы. - М., 1978.
3. Дымарский Л.Ю. Рак молочной железы. - М., 1980.
4. Трапезников Н.Н. и др. Лечение опухолей молочной железы. - М., 1989.
5. Ратнер Л.М. Диагностические ошибки и диагностика рака грудной железы. - Свердловск, 1949.
6. Островская И.М. и др. Рак молочной железы у мужчин. - М., 1988.
7. Трапезников Н.Н. и др. Лечение опухолей молочной железы. - М., 1989.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

1. Нарычев А.А. Токсический зоб. - М., 1977.
2. Хавин И.Б., Николаев О.В. Болезни щитовидной железы. - М., 1961.
3. Гурвич Г.М., Мастбаум И.С. Тиреотоксикоз и его хирургическое лечение. М., 1968.
4. Руководство по клинической эндокринологии. Под ред. В.Г.Баранова. - Л., 1977.
5. Зографски С. Эндокринная хирургия. - София, 1977.
6. Клиническая эндокринология. Под ред. Н.Т.Старковой. - М., 1991.
7. Балаболкин М.И. Эндокринология. - М., 1998.
8. Милку Шт. Терапия эндокринных заболеваний. - Бухарест, 1970.
9. Хирургическая эндокринология. Руководство. Под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстренко, П.С. Ветшева. - М., СПб и др.: «Питер», 2004.

ХРОНИЧЕСКИЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ.

1. Хирургия сосудов. Под ред. Г.Л. Ратнера. - Куйбышев, 1974.
2. Захарова Г.Н. Облитерирующий эндартериит нижних конечностей. - Саратов, 1973.
3. Захарова Г.Н. Лечение повреждений магистральных кровеносных сосудов. - Саратов, 1979.
4. Покровский А.В. Заболевания аорты и ее ветвей. - М., 1979.
5. Покровский А.В. Клиническая ангиология. - М., 1979.
6. Бондарчук А.В. Заболевания периферических сосудов. - М., 1969.
7. Шабанов А.Н., Котельников В.П. Патогенез и лечение облитерирующего эндартериита. - М., 1983.
8. Гришин И.Н., Савченко А.Н. Клиническая ангиология и ангиохирургия. - Минск, 1981.
9. Савельев В.С., Кошкин В.М. Критическая ишемия нижних конечностей. - М., 1997.

10. Андросов А.Н., Кривошеков Е.П., Корымасов Е.А., Суслин Ю.В. Рентгеноэндоваскулярная хирургия при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей (учебное пособие). – Самара, 2005.

ОСТРАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ.

1. Новиков Ю.В. и др. Неотложная ангиохирургическая помощь. - М., 1984.
2. Савельев В. С., Затевахин И. И., Степанов Н. В. Острая непроходимость бифуркации аорты и магистральных артерий конечностей. — М.: Медицина, 1987.

ПАТОЛОГИЯ ВЕН.

1. Веденский А. Н. Варикозная болезнь. — Л.: Медицина, 1983.
2. Даудярис И. П. Болезни вен и лимфатической системы конечностей. — М.: Медицина, 1984.
3. Савельев В. С., Думпе Э. П., Яблоков Е. Г. Болезни магистральных вен. — М.: Медицина, — 1972.
4. Боровков С. А. Посттромбофлебитический синдром нижних конечностей. — Киев: Здоровья, 1973.
5. Васютков В. Я., Проценко Н. В. Трофические язвы стопы и голени. — М., 1993.
6. Кривошеков Е.П., Казанцев А.В. Современные методы диагностики и лечения острых тромбофлебитов и флеботромбозов нижних конечностей (учебное пособие). – Самара, 2002.

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ГИПЕРТОНИИ.

1. Ратнер Г.Л., Чернышев В.Н. Хирургическое лечение симптоматических гипертоний. - М., 1976.
2. Ратнер Н.А. Артериальные гипертонии. - М., 1975.
3. Зографски С. Эндокринная хирургия.- София, 1977.
4. Чернышев В.Н. Артериальная гипертония в практике хирурга и терапевта. - Самара, 1998.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ.

1. Акжигитов Г. Н., Галеев М. А., Сахаутдинов В. Г., Юдин Я. Б. Остеомиелит. — М.: Медицина, 1986.
2. Альперович Б. И., Соловьев М. М. Клиника и лечение гнойных заболеваний. — Томск: Изд-во Том. ун-та, 1986.
3. Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Подопригора Г. И. и др. Гнотобиология в хирургии. — М.: Медицина, 1982.
4. Курбангалеев С. М. Гнойная инфекция в хирургии. — М.: Медицина, 1985.
5. Навашин С. М., Фомина И. П. Рациональная антибиотикотерапия. — М.: Медицина, 1982.
6. Оперативная гнойная хирургия: Руководство для врачей/ В. К. Гостищев. — М.: Медицина, 1996.
7. Попов В. А., Воробьев В. В. Панариций. — Л.: Медицина, 1986.
8. Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей/ Под ред. М. И. Кузина, Б. М. Костюченко. — М.: Медицина, 1990.
9. Стручков В. И., Гостищев В. К., Стручков Ю. В. Руководство по гнойной хирургии. — М.: Медицина, 1984.
10. Усольцева Е. В., Машкара К. И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. — Л.: Медицина, 1986.
11. Белокуров Ю. Н., Граменицкий А. Б., Молодкин В. М. Сепсис. — М.: Медицина, 1983.
12. Хирургический сепсис: Методические рекомендации МЗ СССР/ М. И. Кузин и др. — М., 1982.

13. Беляков В. Д., Колесов А. П., Остроумов П. Б., Немченко В.И. Госпитальная инфекция. — М.: Медицина, 1976.
14. Этиология, эпидемиология и профилактика внутрибольничных инфекций / Под ред. Н. А. Семиной. — М., 1988.
15. Яфаев Р. Х., Зуева Л. П. Эпидемиология внутрибольничной инфекции. - Л.: Медицина, 1989.
16. Афиногенов Г. Е., Блинов Н. П. Антисептики в хирургии. — Л.: Медицина, 1987.
17. Колосов А. П., Столбовой А. В., Кочеровец В. И. Анаэробные инфекции в хирургии. — Л.: Медицина, 1989.
18. Столяров Е.А., Грачев Б.Д., Колсанов А.В. и др. Хирургическая инфекция: Руководство для врачей общей практики. - Самара, 2004.
19. Лещенко И.Г., Галкин Р.А. Гнойная хирургическая инфекция. – Самара, 2003.
- Винник Ю.С. и др. Асептика и антисептика. – Красноярск, 2005.

Базы данных, информационно-справочные системы:

1. <http://www.4medic.ru/> - информационный портал для врачей и студентов
2. <http://www.sportmedicine.ru> - электронные медицинские книги
3. www.pubmed.com - электронная база данных медицинских и биологических публикаций.
4. <http://elibrary.ru/defaultx.asp> - научная электронная библиотека.
5. <http://www.infostat.ru/> - электронные версии статистических публикаций.
6. <http://diss.rsl.ru/> - электронная библиотека диссертаций РГБ.
7. <https://edu.rosminzdrav.ru/> - Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России [Электронный ресурс].
8. <http://fzma.ru/> - Методический Центр аккредитации специалистов.
9. <http://www.consultant.ru> Компьютерная справочная правовая система. «КонсультантПлюс» [Электронный ресурс].
10. <http://www.biblioclub.ru/> - электронно-библиотечная система «Университетская библиотека онлайн».
11. <https://www.medlib.ru> - ЭБС «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU».
12. <http://www.rosmedlib.ru> - Электронная медицинская библиотека «Консультант врача».
13. <http://lib.szgmu.ru/> - Фундаментальная библиотека СЗГМУ им. И.И. Мечникова и электронные образовательные ресурсы.
14. <https://rosomed.ru/> - Российское Общество Симуляционного Обучения в Медицине.

8.3. Материально-техническое обеспечение, необходимое для организации всех видов дисциплинарной подготовки:

1. Учебные аудитории , оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса, в том числе электронного обучения;
2. Клинические базы ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России;
3. Дистанционные и электронные ресурсы для самостоятельной подготовки обучающихся , в частности Электронно-информационная образовательная среда СамГМУ <https://samsmu.ru/edu/>.

8.4. Кадровое обеспечение . Реализация Программы осуществляется профессорско-преподавательским составом , состоящим из специалистов , систематически занимающихся научной и научно-методической деятельностью со стажем работы в системе высшего и/или дополнительного профессионального образования в сфере здравоохранения не менее 5 лет.

9. Формы контроля и аттестации

- 9.1. Текущий контроль хода освоения учебного материала проводится в форме опроса.
- 9.2. Промежуточный контроль проводится в форме устного опроса, собеседования.
- 9.3. Итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации проводится в форме зачёта, предусматривающего ответы на контрольные вопросы, и прохождение тестирования.
- 9.4. Обучающиеся допускаются к итоговой аттестации после изучения Программы в объёме 144 часов, предусмотренном учебным планом.
- 9.5. Обучающиеся, освоившие Программу и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают удостоверение о повышении квалификации установленного образца.

10 . Оценочные средства

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ

1. Основным симптом, позволяющий диагностировать тазовое расположение острого аппендицита:

А. Симптом Щеткина- Блюмберга

Б. Симптом Ровзинга

В. Болезненность передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании

Г. Напряжение мышц в правой подвздошной области

Д. Симптом Кохера – Волковича

2. Для дифференциальной диагностики острого аппендицита от правосторонней почечной колики Вы предпримите:

А) Введение спазмолитиков

Б) Ведение наркотических обезболивающих

В) Срочное исследование мочи

Г) Хромоцистоскопию или экскреторную урографию

Д) Ангиографию почечных артерий

3. Грыжа передней брюшной стенки отличается от эвентрации следующими признаками:

А) Наличием врожденного или приобретенного дефекта в мышечно-апоневротической структуре брюшной стенки

Б) Выходением из грыжевых ворот только грыжевого мешка

В) Наличием грыжевых ворот, грыжевого мешка и грыжевого содержимого

Г) Эвентрация возникает только у пожилых людей

4. У больного с ущемленной паховой грыжей при транспортировке в хирургическое отделение произошло самопроизвольное вправление грыжевого содержимого. Ваша дальнейшая тактика?

А) Экстренная операция

Б) Отказаться в госпитализации, операция в плановом порядке

В) Экстренная лапароскопия

Г) Показано динамическое наблюдение за больным в хирургическом отделении

Д) Все ответы неправильные

5. При Рихтеровском ущемлении с некрозом стенки кишки наиболее приемлемым вариантом операции является:

А) Резекция кишки

Б) Клиновидное иссечение некротического участка

В) Погружение участка некроза в кисетный шов

Г) Выведение кишки на переднюю брюшную стенку в виде пристеночной стомы

6. Для определения жизнеспособности цианотичной, не перистальтирующей, потерявшей тонус кишки при острой кишечной непроходимости прибегают к следующим приемам

А) Обогревание кишки салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором в течение 5 минут

Б) Введение в брыжейку тонкой кишки 50-60 мл 0,25% раствора новокаина

В) Введение в брыжейку тонкой кишки 1 мл раствора прозерина

Г) Электростимуляция кишечника

7. Объем операции у больного с перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, поступившего через 6 часов с момента возникновения осложнения с явлениями распространенного серозно-фибринозного перитонита:

А) Ушивание перфоративной язвы

Б) Ваготомия (стволовая), иссечение перфорировавшей язвы с пилоропластикой

В) Резекция желудка

8. Какую операцию следует выполнять при пептической язве гастроэнтероанастомоза в отдаленные сроки после резекции желудка:

А) резекция культи желудка

Б) поддиафрагмальная ваготомия

В) наддиафрагмальная ваготомия

Г) иссечение язвы

9. Что может служить показанием к холангиографии в ходе операции по поводу острого холецистита?

А) Мелкие конкременты в желчном пузыре при наличии широкого пузырного протока

Б) Расширенные желчные ходы без четко определяемых пальпаторно камней

В) Механическая желтуха без четко определяемых пальпаторно камней

10. У больного с механической желтухой (уровень билирубина 250 мкмоль/л) по данным ультразвукового исследования выявлен увеличенный желчный пузырь, расширение внутрипеченочных желчных протоков до 6 мм, расширение холедоха до 15 мм. Какие методы декомпрессии желчных путей можно применить?

А) Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с назобилиарной декомпрессией или временным стентированием

Б) Чрескожная чреспеченочная холецистостомия

В) Чрескожная чреспеченочная холангиостомия (наружная или наружно-внутренняя)

11. Какие из нижеперечисленных методов радиологического исследования позволяют установить причину постхолецистэктомического синдрома?

А) Ретроградная эндоскопическая холангиография

Б) Дуоденография с барием сульфат

В) МРТ-Холангиография

Г) Пероральная холангиография

Д) Чрезкожная чрезпеченочная холангиография

12. Назовите осложнения ретроградной холангиопанкреатографии:

А) Острый панкреатит

Б) Травма интрамуральной части холедоха

В) Острый холангит

Г) Кровотечения из БДС

13. Перемежающуюся желтуху можно объяснить:

А) Камнем пузырного протока

Б) Камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока

В) Вклиненным камнем большого дуоденального соска

Г) Вентильным камнем холедоха

Д) Опухолью внепеченочных желчных протоков

14. Во время операции по поводу желчнокаменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями, расширенный до 2,5 см общий желчный проток. Больному следует:

А) Произвести холецистэктомию

Б) Произвести холецистэктомию, холангиографию и решить вопрос о тактике

В) Сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока

Г) Наложить холецистостому

15. Показаниями к открытой эхинококкэктомии служат:

А) Нагноение эхинококковой кисты

Б) Обызвествление эхинококковой кисты

В) Наличие желчного свища

Г) Неблагоприятное анатомическое расположение для хирурга и большого эхинококковой кисты

Д) Наличие цирроза печени

16. Выберите оптимальный объем операции при непаразитарной, неосложненной кисте печени:

А) Атипичная резекция печени

Б) Анатомическая резекция печени

В) Энуклеация

Г) Наружное дренирование

Д) Фенестрация кисты

17. Нарушение гемодинамики при остром панкреатите в первой фазе обусловлено:

А) токсической дилатацией сосудов

Б) резким повышением емкости портальной системы

В) повышением проницаемости сосудов и выходом жидкой части крови в межуточное пространство

Г) сердечной недостаточностью

Д) перегрузкой правого сердца

18. В диагностике панкреонекроза наиболее информативным исследованием будет:

А) Лапароскопия

Б) Ультрасонография

В) Эзофагогастроскопия

Г) Исследование мочи на содержание амилазы

Д) Исследование крови на содержание панкреатических ферментов

19. Интраоперационная диагностика разрыва забрюшинного отдела 12-типерстной кишки заключается в пропитывании забрюшинной клетчатки:

А) кровью (красный цвет);

Б) желчью (желтый цвет);

В) пищевыми массами;

Г) пузырьками воздуха;

Д) панкреатическим соком.

20. Диагностика повреждения кишечника включает:

А) боль в месте перфорации;

Б) положительный симптом Щеткина-Блюмберга;

В) напряжение мышц передней брюшной стенки;

Г) укорочение печеночной тупости;

Д) боль при пальпации передней стенки прямой кишки.

21. Хроническое течение типично для:

А) Гнойного перитонита

Б) Желчного перитонита

В) Туберкулезного перитонита

Г) Калового перитонита

Д) Ферментативного перитонита

22. Рентгенологическими признаками поддиафрагмального абсцесса являются все, за исключением:

А) Симптома Курвуазье

Б) Затемнения между печенью и диафрагмой с горизонтальным уровнем жидкости

В) Высокого стояния диафрагмы

Г) Ограниченной экскурсии правого купола диафрагмы

Д) Сопутствующего правостороннего плеврита

23. Для определения хирургической тактики устранения кишечного свища необходимы следующие методы исследования:

А) Фистулография

Б) Ирригоскопия

В) Ректороманоскопия

Г) МРТ

Д) Эхо-доплерография

24. Свищи нисходящего отдела толстого кишечника характеризуются:

А) Выраженными водно-электролитными нарушениями

Б) Кахексия, как правило, нехарактерна

В) Нехарактерны нарушения кислотно-щелочного баланса

Г) Общее состояние, как правило, удовлетворительное

Д) Характерна нестабильная гемодинамика

25. Укажите на стадию выпадения прямой кишки, если у больного выпадение кишки отмечается при акте дефекации и больших физических нагрузках, затем самостоятельно вправляется:

А) субклиническая стадия

Б) I стадия

В) II стадия

Г) III стадия

Д) декомпенсированная стадия

26. Наиболее часто применяемая операция при выпадении прямой кишки?

А) операция Гартмана

Б) операция Миллигана-Моргана

В) операция Кюммеля-Зеренина

Г) операция Жирара-Спасокукоцкого

Д) операция Линтона

27. Для сухожильного панариция характерно

А) Припухлость по ходу сухожильного влагалища

Б) Фиксация больного пораженного пальца в положении легкого сгибания

В) Фиксация больного пораженного пальца в положении полного сгибания

Г) Фиксация больного пораженного пальца в положении полного разгибания

Д) Гиперемия кожи по ходу сухожилия

28. При каком панариции пораженный палец находится в положении легкого сгибания, а попытка разгибания пальца приводит к усилению болей

А) Костном

Б) Суставном

В) Сухожильном

Г) Подкожном

Д) Паронихии

29. Дренаж по Мональди - это ...

А) Дренаж плевральной полости

Б) Дренаж полости в легком

В) Дренаж брюшной полости

Г) Дренаж полости перикарда

Д) Дренаж трахеобронхиального дерева

30. Какими узлами следует ушивать паренхиму легкого при операциях?

А) Простой узловой

Б) П-образный

В) Кисетный

Г) Z-образный

Д) Все перечисленное верно

31. Какие стадии выделяют в развитии эмпиемы плевры?

А) Отечная

Б) Серозная

В) Экссудативная

Г) Организации

Д) Фибринозно-гнойная

32. Патогномоничными признаками синдрома «желтых ногтей» являются:

А) Лимфедема нижних конечностей

Б) Ксерофтальм

В) Желтая окраска ногтевых пластин

Г) Рецидивирующие пневмонии

Д) Гидроторакс

33. Опишите аускультативную картину грудной клетки при наличии диафрагмальной грыжи с транслокацией желудка или кишки в плевральную полость?

- А) Шум плеска
- Б) Шум трения плевры
- В) Амфорическое дыхание

Г) Ослабление везикулярного дыхания

Д) Перистальтические шумы

34. Какой метод исследования не показан при подозрении на посттравматическую диафрагмальную грыжу?

- А) Обзорная рентгенография легких

Б) Плевральная пункция

- В) Контрастная рентгенография органов ЖКТ
- Г) Ультразвуковое исследование
- Д) Компьютерная томография

35. Наиболее глубокие ожоги пищевода вызываются при приеме следующих химических агентов:

- А) Неорганических кислот

Б) Щелочей

- В) Органических кислот
- Г) Лаков
- Д) Суррогатов алкоголя

36. Основной причиной рефлюкс-эзофагита является:

А) Недостаточность кардиального сфинктера

- Б) Алкоголизм
- В) ГПОД
- Г) Язвенная болезнь желудка и ДПК
- Д) Употребление горячей пищи

37. Перечислите осложнения трахеостомии.

- А) Пневмомедиастинум
- Б) Пневмоторакс
- В) Повреждение пищевода
- Г) Аррозивное кровотечение из сосудов средостения

Д) Все перечисленное

38. Назовите способы современного эндоскопического лечения рубцовых стенозов трахеи.

А) Бужирование

Б) Лазерная вапоризация

- В) Торакоскопия
- Г) Протезирование
- Д) Медиастиноскопия

39. По каким рентгенологическим признакам можно заподозрить разрыв аорты?

А) Расширенная тень средостения

- Б) Смещение пищевода влево
- В) Размытость тени аортальной дуги

Г) Левосторонний гемоторакс

Д) Смещение трахеи вправо

40. Каков удельный вес повреждений хрящевой части при разрывах трахеи у пострадавших с закрытой травмой грудной клетки?

А) 15%

Б) 55%

В) 5%

Г) 25%

Д) 35%

41. При облитерирующем тромбангите наиболее часто поражаются:

А) Дуга аорты и брахиоцефальный ствол;

Б) Грудной отдел аорты;

В) Бифуркация аорты;

Г) Бедренная артерия;

Д) Артерии голени.

42. Оптимальным материалом для бедренно-подколенного шунта при атеросклеротической окклюзии бедренной артерии является:

А) Синтетический протез;

Б) Аутовена;

В) Алловена;

Г) Вена пупочного канатика;

Д) Аллоартерия.

43. При эмболии бедренной артерии, ишемии конечности II-Б степени по классификации Савельева, методом выбора является:

А) Тромболитическая терапия стрептазой;

Б) Антикоагулянтная терапия;

В) Экстренная восстановительная (эмболэктомия) операция;

Г) Первичная ампутация конечности;

Д) Эндоваскулярная дилатация артерии.

44. При эмболии бедренной артерии и развившейся контрактуре конечности в голеностопном и коленном суставах методом выбора является:

А) Экстренная эмболэктомия с последующей гемосорбцией;

Б) Тромболитическая терапия;

В) Антикоагулянтная терапия;

Г) Симптоматическая терапия;

Д) Первичная ампутация конечности.

45. Укажите наиболее опасное осложнение тромбоза глубоких вен нижних конечностей:

А) Трофическая язва голени.

Б) Тромбоэмболия легочных артерий.

В) Тромбофлебит варикозно-расширенных узлов.

Г) Облитерация глубоких вен конечности.

Д) Лимфостаз конечности.

46. Острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз может осложниться:

А) Тромбоэмболией легочных артерий.

Б) Венозной гангреной конечности.

В) Посттромботической болезнью.

Г) Флегмоной бедра.

Д) Краш-синдромом.

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Показания к операции и виды оперативных вмешательств.

Кровотокающая язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Патогенез нарушений основных звеньев гомеостаза. Клиника и диагностика желудочно-кишечных кровотечений. Дифференциальная диагностика.

Кровотокающая язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Консервативное и оперативное лечение кровоточащих язв. Эндоскопические методы остановки кровотечения.

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Классификация перфораций, патологическая анатомия. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечебная тактика.

Пилородуоденальный стеноз. Патогенез. Клиника и диагностика. Стадии заболевания, характер нарушений основных звеньев гомеостаза. Особенности предоперационной подготовки. Показания к операции и виды оперативных вмешательств.

Пенетрация язв. Патогенез. Клиническая картина. Методы диагностики. Показания к оперативному лечению и виды операций.

Малигнизация язвы. Теории развития малигнизации. Частота малигнизации в зависимости от локализации язвы. Ранняя диагностика малигнизации.

Симптоматические язвы: гормональные и лекарственные язвы, синдром Золлингера-Эллисона. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Особенности хирургического лечения.

Синдром Меллори-Вейсса. Причины развития заболевания. Клиника и диагностика, дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение.

Рак желудка и предраковые заболевания желудка. Классификация. Клиническая картина заболевания в зависимости от локализации и характера роста опухоли. Осложнения: кровотечение, стеноз, перфорация. Диагностика и дифференциальная диагностика.

Рак желудка. Показания и противопоказания к радикальным и паллиативным операциям. Принципы предоперационной подготовки и послеоперационное ведение.

Болезни оперированного желудка. Классификация. Незажившие и рецидивные язвы, пептические язвы тощей кишки, синдром приводящей петли и демпинг-синдром. Причины возникновения. Клиника и диагностика. Показания к хирургическому лечению, методы реконструктивных операций.

Послеоперационные осложнения: Кровотечения, парез желудка и кишечника, анастомозит, несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки и желудочно-кишечных анастомозов. Клиническая картина, диагностика, лечение.

Дивертикулы кишки. Классификация, диагностика, осложнения. Хирургическое лечение. Дивертикул Меккеля.

Опухоли тонкой кишки. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

Болезнь Крона. Определение понятия, клиника, диагностика, лечение. Осложнения, их диагностика и лечение.

Острый аппендицит. Клиника, диагностика и лечение.

Аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс. Клиника, диагностика и лечение.

Осложнения острого аппендицита: межкишечный, поддиафрагмальный и тазовый абсцесс, пилефлебит. Клиника, диагностика и лечение (хирургическое, пункция абсцессов по УЗИ-наведением).

Перитонит как осложнение острого аппендицита. Клиника, диагностика и лечение.

Хронический аппендицит. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Показания и противопоказания к оперативному лечению.

Неспецифический язвенный колит и его осложнения. Методы консервативного и оперативного лечения. Дивертикулы толстой кишки и их осложнения. Показания к хирургическому лечению, виды операций.

Кишечные свищи. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

Рак ободочной кишки. Классификация. Осложнения (непроходимость кишечника, перфорация, кровотечение). Выбор метода хирургического лечения (определение объема оперативного вмешательства, одномоментные и многомоментные операции и показания к ним).

Особенности хирургического лечения при непроходимости толстой кишки раковой природы. Принципы предоперационной подготовки, особенности оперативных вмешательств и послеоперационного ведения больных.

Кишечная непроходимость. Классификация. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода у больных с острой кишечной непроходимостью. Борьба с интоксикацией, парезом кишечника, водно-электролитными нарушениями.

Динамическая кишечная непроходимость. Этиология, патогенез. Клиника, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.

Механическая кишечная непроходимость. Определение понятия. Классификация. Обтурационная кишечная непроходимость, причины, патогенез. Виды операций.

Странгуляционная кишечная непроходимость. Особенности патогенеза. Клиника различных видов странгуляционной непроходимости кишечника. Виды операций.

Инвагинация кишки. Показания к дезинвагинации и резекции кишки.

Виды острых нарушений мезентериального кровообращения (эмболии, тромбоз артерий, неокклюзивные нарушения мезентериального кровообращения, тромбоз вен). Основные механизмы патогенеза заболевания. Симптомы, клиника и течение. Стадии болезни. Диагностика. Лечение: методика оперативных вмешательств; виды операций. Интенсивная терапия.

Желчнокаменная болезнь. Клиника, диагностика. Методы операции, показания к ним. Значение интраоперационных методов исследования для выбора метода операции. Холецистэктомия лапароскопическая; из мини-доступа.

Холедохолитиаз. Дооперационная и интраоперационная диагностика. Лечение. Показания к холедохотомии и методы завершения ее. Эндоскопическая папиллотомия.

Механическая желтуха как осложнение желчнокаменной болезни, причины развития. Клиника. Диагностика (УЗИ, ЭРХПГ, чрескожная гепатохолаangiография). Дифференциальная диагностика, патогенез нарушений основных звеньев гомеостаза.

Механическая желтуха. Выбор хирургической тактики. Медикаментозная терапия при механической желтухе, методы детоксикации. Эндоскопический метод лечения больных с механической желтухой (папиллотомия, литоэкстракция, назо-билиарное дренирование, эндобилиарная литотрипсия). Показания и выбор хирургических операций.

Острый холецистит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика (УЗИ, лапароскопия). Дифференциальный диагноз. Лечение: консервативное, оперативное. Показания к экстренной операции.

Осложнения острого холецистита. Клиника, диагностика, лечение.

Рак, желчного пузыря и желчевыводящих путей. Факторы, способствующие развитию. Клиника, методы диагностики, методы хирургического лечения.

Гемобилия. Причины, диагностика, лечение.

Желчные свищи. Классификация, этиология, диагностика, лечение.

Цирроз печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клинической картины.

Портальная гипертензия. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Показания и противопоказания к хирургическому лечению портальной гипертензии. Принципы хирургического лечения.

Кровотечение из расширенных вен пищевода и кардии. Дифференциальная диагностика, первая врачебная помощь. Методы медикаментозного и хирургического лечения.

Паразитарные заболевания печени. Эхинококкоз и альвеококкоз. Современные инструментальные и инвазивные методы диагностики эхинококкоза.

Непаразитарные кисты печени. Доброкачественные опухоли печени. Гемангиома печени. Роль эндоваскулярных методов в лечении гемангиом печени.

Рак печени. Клиника, диагностика (значение ультразвукового исследования, изотопного сканирования, компьютерной томографии, пункции печени). Лечение.

Острый панкреатит. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия. Клиника, периоды течения прогрессирующего панкреонекроза. Диагностика: УЗИ, лапароскопия, КТ, ангиография, чрескожные пункции, ферментная диагностика.

Острый панкреатит. Хирургическая тактика. Консервативное лечение. Роль иммунорегуляторов, антибиотиков, цитостатиков, соматостатина. Лечебная эндоскопия, показания к хирургическому лечению и виды операций.

Гнойные осложнения острого панкреатита, диагностика и лечение. Исходы заболевания. Хирургическое лечение в фазе гнойных осложнений.

Хронический панкреатит. Этиология и патогенез хронического панкреатита. Классификация. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Специальные методы диагностики. Лечение: консервативное и хирургическое.

Кисты поджелудочной железы: истинные и ложные. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение: операции наружного и внутреннего дренирования кист. Чрескожное дренирование кист.

Рак поджелудочной железы. Заболеваемость, факторы, способствующие развитию. Морфология. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Радикальные операции при раке поджелудочной железы. Паллиативные операции.

Повреждения селезенки. Клиника, диагностика, лечение.

Доброкачественные заболевания селезенки: инфаркт селезенки, кисты селезенки. Клиника, диагностика, лечение. Гематологические заболевания, селезенки, подлежащие оперативному лечению. Показания к спленэктомии.

Геморрой. Классификация. Этиология. Патогенез. Вторичный геморрой. Клиника геморроя и его осложнений. Консервативное и оперативное лечение геморроя, выбор метода лечения. Предоперационная подготовка, ведение послеоперационного периода.

Трещина прямой кишки. Причины возникновения. Клиника, диагностика, лечение. Полипы прямой кишки. Клиника, диагностика, лечение.

Рак прямой кишки. Заболеваемость. Факторы, способствующие развитию заболевания. Классификация. Клиника заболевания в зависимости от анатомической формы и локализации. Диагностическая ценность различных методов исследования. Дифференциальная диагностика. Методы операции. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных раком прямой кишки.

Закрытая травма живота. Классификация. Алгоритм диагностики. Оперативные и неоперативные методы лечения. Роль лапароскопии как диагностического и лечебного метода.

Открытая травма живота. Классификация. Алгоритм диагностики. Оперативные и неоперативные методы лечения. Роль лапароскопии как диагностического и лечебного метода.

Ранения двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика, принципы хирургического лечения.

Ранения тонкой кишки, толстой кишки. Клиника, диагностика, принципы хирургического лечения.

Травма прямой кишки. Клиника, диагностика, принципы хирургического лечения.

Ранения печени. Клиника, диагностика, лечение.

Травмы поджелудочной железы. Клиника, диагностика, особенности хирургического лечения.

Травма селезенки. Клиника, диагностика, особенности хирургического лечения.

Классификация перитонитов. Особенности распространения инфекции брюшной полости при различных, острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Клиника, диагностика.

Современные принципы комплексного лечения перитонитов. Показания к дренированию и лапаростомии, проведению программных санаций. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде. Методы экстракорпоральной детоксикации организма. Исходы лечения.

Классификация грыж. Принципы хирургического лечения. Противопоказания к операции. Профилактика осложнений грыж.

Осложнения грыж: воспаление, невправимость, копростаз, ущемление. Определение понятия. Клиника, диагностика, лечение.

Паховые грыжи. Клиника, диагностика и современные принципы их лечения.

Бедренные грыжи. Клиника, диагностика и современные принципы их лечения.

Пупочные грыжи и грыжи белой линии живота. Клиника, диагностика и современные принципы их лечения.

Послеоперационные грыжи. Причины развития. Клиника, диагностика. Методы операций. Причины рецидива послеоперационных грыж. Хирургическое лечение.

Ущемленная грыжа. Виды ущемления. Хирургическое лечение ущемленных грыж. Особенности оперативной техники; определение жизнеспособности ущемленной петли кишки. Лечебная тактика при сомнительном диагнозе, при самопроизвольном и насильственном вправлении ущемленной грыжи. Мнимое вправление. Ложное ущемление.

Гнойно-воспалительные заболевания: классификация, этиология. Клиника, диагностика, лечение.

Опухоли надпочечников. Гормонально неактивные забрюшинные опухоли. Классификация, диагностика, лечение. Кортикостерома, альдостерома, феохромоцитома). Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение.

Пороки развития трахеи и бронхов, диагностика и лечение.

Травматические повреждения трахеи, диагностика, лечение.

Рубцовые стенозы трахеи. Причины. Клиника, диагностика, современные методы лечения, ранние и поздние осложнения.

Инородные тела бронхов. Клиника, диагностика, осложнения, лечение.

Спонтанный, открытый, клапанный и напряженный пневмоторакс. Особенности их развития и клинического течения. Диагностика. Первая помощь, лечение.

Диффузная эмфизема легких. Современные возможности хирургического лечения.

Врожденные заболевания легких: гипоплазии, поликистоз, кисты легких, сосудистые аномалии. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы хирургического лечения.

Острый абсцесс. Классификация. Патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

Острый абсцесс. Методы лечения. Показания к операции и виды оперативных вмешательств. Осложнения.

Хронический абсцесс. Клиника, диагностика, лечение. Причины перехода острого абсцесса в хронический. Хирургическое лечение.

Гангрена легкого. Причины, клиника, диагностика. Принципы лечения.

Бронхоэктатическая болезнь. Определение. Классификация. Этиология, патогенез, клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика.

Бронхоэктатическая болезнь. Показания к хирургическому лечению. Методы предоперационной подготовки. Виды операций, ведение послеоперационного периода.

Острый гнойный плеврит (эмпиема). Классификация. Пути проникновения инфекции в плевральную полость. Клиника, диагностика.

Острый гнойный плеврит (эмпиема). Консервативное и хирургическое лечение. Показания к дренированию плевральной полости.

Хроническая эмпиема плевры. Определение. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Клиника, диагностика, лечение.

Хроническая эмпиема плевры. Открытые, закрытые методы лечения. Плеврэктомия, плеврэктомия, плеврэктомия, торакотомия, торакотомия. Торакотомия.

Определение понятия сепсис. Классификация. Причины развития. Патогенез. Возбудители. Принципы диагностики, оценочные шкалы степени тяжести и прогноза заболевания. Антибактериальная терапия. Экстракорпоральные методы детоксикации.

Легочное кровотечение и кровохарканье. Причины, клиника, диагностика, современная тактика лечения больных. Лечебно-диагностический алгоритм на различных этапах оказания помощи.

Рак легкого. Этиология, факторы и группы риска. Патологическая анатомия. Закономерности метастазирования. Клинико-анатомическая классификация. Раннее выявление рака легкого, значение флюорографии.

Клиническая картина центрального и периферического рака в зависимости от характера роста и локализации опухоли. Рентгенологическая картина различных форм рака легкого, значение компьютерной томографии и бронхоскопии. Показания к хирургическому лечению, признаки неоперабельности. Принципы комбинированного лечения.

Центральные и периферические доброкачественные опухоли. Классификация. Клиника. Методы диагностики и дифференциальной диагностики. Принципы хирургического лечения, эндохирургические вмешательства, выбор метода лечения, результаты.

Эхинококкоз легкого. Клиника, диагностика. Сочетанный эхинококкоз. Роль серологических методов. Хирургическое лечение. Профилактика.

Диссеминированные процессы в легких. Причины. Методы диагностики и дифференциальной диагностики. Роль торакального хирурга в своевременной диагностике и морфологической верификации диагноза. Результативность оказания помощи больным.

Опухоли и кисты средостения. Классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Специальные методы исследования. Показания к операции.

Медиастинит. Этиология, клиника переднего и заднего медиастинита. Диагностика, лечение.

«Слабые» места диафрагмы. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Травматические и нетравматические грыжи диафрагмы. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению и методы оперативных вмешательств.

Релаксация диафрагмы. Клиника, диагностика. Показания к операции, методы пластики диафрагмы при релаксации.

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Классификация. Осложнения грыж. Консервативное лечение скользящих грыж. Показания к оперативному лечению.

Врожденные пороки развития. Классификация, диагностика, лечение.

Инородные тела пищевода. Клиника, диагностика, лечение.

Перфорация пищевода. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения.

Дивертикулы пищевода. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению, принципы операции.

Ахалазия кардии. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения, кардиодилатация. Техника. Показания к хирургическому лечению, принципы операции.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клиника, диагностика (рентгенография, эндоскопия, электромиография и др). Принципы консервативного и оперативного лечения. Эндохирургические вмешательства.

Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Патогенез. Клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде. Раннее и позднее бужирование.

Клиника рубцового сужения пищевода. Хирургическое лечение. Типы пластического замещения пищевода. Одномоментные и многоэтапные операции. Результаты оперативного лечения. Доброкачественные опухоли пищевода. Клиника, диагностика. Методы хирургического лечения.

Рак пищевода. Заболеваемость. Патологическая анатомия. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Подготовка к операции. Послеоперационные осложнения. Комбинированное лечение (химиотерапии, лучевой терапии). Результаты хирургического и комбинированного лечения. Лазерные технологии в хирургии пищевода.

Доброкачественные опухоли пищевода. Лейомиома пищевода. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Методы хирургического лечения.

Закрытые травмы груди. Клиника, диагностика. Ушибы, сотрясения, сдавление грудной клетки. Показания к хирургическому лечению, обычные и видеоторакоскопические операции. Ведение больных в послеоперационном периоде.

Открытые травмы груди (ножевые и огнестрельные). Клиника, диагностика. Проникающие и непроникающие ранения грудной клетки, осложнения. Показания к хирургическому лечению, обычные и видеоторакоскопические операции.

Гемоторакс: этиология, классификация, осложнения, лечение.

Повреждения органов шеи. Клиника, диагностика, первая помощь, лечение. Особенности послеоперационного лечения.

Абсцессы и флегмоны шеи. Этиология, клиника, диагностика, осложнения, лечение.

Повреждение грудной аорты и ее ветвей, магистральных вен грудной полости. Клиническая картина повреждения. Диагностика. Лечение. Оказание помощи на различных этапах лечения.

Ранения сердца. Клиника, диагностика, принципы хирургического лечения и послеоперационного ведения.

Повреждения грудного лимфатического протока. Клиника, диагностика, осложнения, лечение хилоторакса.

Торакоабдоминальные ранения. Клиника. Диагностика. Принципы тактики.

Аневризмы грудной и брюшной аорты. Классификация, диагностика, лечение. Экстренные операции при расслоении, разрыве аневризмы.

Атеросклеротические поражения артерий. Определение понятия. Этиология, патогенез. Патологическая анатомия. Клинические формы облитерирующего артериита и атеросклероза. Клиника различных форм заболевания. Диагностика. Показания к оперативному лечению, методы операций. Эндоваскулярные вмешательства.

Неспецифический аортоартериит. Клиника, диагностика, принципы лечения и их результаты.

Облитерирующий тромбоангиит. Этиология, патогенез. Патологическая анатомия. Клиника, стадии заболевания. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы консервативного лечения.

Диабетическая микро- и макроангиопатия. Клиника, диагностика, лечение. Лечение трофических язв и гангрены

Артериальные тромбозы и эмболии. Отличие тромбозов от эмболии. Этиология. Факторы, способствующие тромбообразованию. Эмбологенные заболевания. Клиника острого тромбоза и эмболии. Степени ишемии конечности.

Острый артериальный тромбоз. Этиология. Факторы, способствующие тромбообразованию. Клиника острого тромбоза. Степени ишемии конечности. Консервативные и оперативные методы лечения острых тромбозов.

Острая артериальная эмболия. Этиология. Эмбологенные заболевания. Клиника острого тромбоза и эмболии. Степени ишемии конечности. Консервативные и оперативные методы лечения острых эмболий.

Варикозная болезнь нижних конечностей. Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Клиника заболевания в зависимости от стадии заболевания. Диагностика. Методы определения проходимости глубоких вен, оценки состояния клапанного аппарата поверхностных и коммуникантных вен (функциональные пробы, контрастная флебография, ультразвуковое ангиосканирование, флелбосцинтиграфия).

Варикозная болезнь нижних конечностей. Лечение: склерозирующая терапия консервативное, оперативное. Показания и противопоказания к операции. Виды операций и методы перевязки коммуникантных вен. Эндоскопическая диссекция коммуникантных вен. Ведение послеоперационного периода.

Осложнения варикозной болезни нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение.

Острые тромбозы системы нижней поллой вены. Классификация, локализации. Этиология и патогенез венозных тромбозов. Клиника острых венозных тромбозов в зависимости от локализации и распространенности тромбоза. Диагностика.

Острые тромбозы системы нижней поллой вены. Лечение консервативное, оперативное, показания и противопоказания. Методы операций: тромбэктомия, перевязка вены, пликация нижней поллой вены, имплантация кава-фильтра. Профилактика.

Острые тромбозы системы нижней поллой вены. Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений.

Осложнения острых тромбозов вен. Венозная гангрена конечности, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы консервативного лечения. Показания к ампутации конечности.

Тромбоэмболия легочной артерии. Причины развития, клиника и диагностика (рентгенография легких, радиоизотопное сканирование, ангиопульмонография в сочетании с регистрацией в правых отделах сердца, ретроградная илиокаваграфия). Лечение. Показания к эмболэктомии. Профилактика.

Посттромбофлебитическая болезнь нижних конечностей. Патогенез. Классификация. Клиника различных форм заболевания. Специальные методы диагностики. Консервативное лечение. Показания к операции и виды оперативных вмешательств.

Повреждение магистральных артерий конечностей в военное и мирное время. Ятрогенная травма. Клиническая симптоматика. Инструментальные и лабораторные методы исследования больных с повреждениями артерий конечностей. Методы определения жизнеспособности мышц. Исследование свертывающей системы крови. Диагностика острой кровопотери и шока при травме сосудов.

Лечение повреждений магистральных артерий конечностей на различных этапах. Остановка кровотечения. Перевязка кровеносных сосудов. Возможные и вынужденные уровни перевязки сосудов и их последствия. Временное внутрисосудистое протезирование. Восстановительные операции. Шов артерии. Пластика артерии.

Повреждение грудной и брюшной аорты и ее ветвей. Клиническая картина повреждения. Диагностика. Лечение. Оказание помощи на различных этапах лечения.

Повреждение магистральных вен конечностей в мирное и военное время. Ятрогенная травма. Лечение повреждений магистральных вен конечностей на различных этапах. Шов вен. Пластика вен.

Повреждение магистральных вен грудной и брюшной полости, забрюшинного пространства. Клиническая симптоматика. Диагностика. Оказание помощи на различных этапах лечения.

Диагностические, тактические, технические и организационные ошибки на разных этапах лечения больных с повреждениями магистральных сосудов.

Раны. Классификация. Учение о хирургической инфекции. Микрофлора ран. Течение и заживление ран. Лечение ран. Первичная хирургическая обработка ран, показания и техника. Современные принципы лечения инфицированных ран. Первично-отсроченные швы. Показания. Кожная пластика. Значение метода микрохирургии в пересадке кожно-мышечных лоскутов. Роль отечественных хирургов в разработке проблем микрохирургии.

Специфическая хирургическая инфекция. Анаэробная инфекция. Классификация, этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения, профилактика.

Рожистое воспаление. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения. Значение гипербарической оксигенации в лечении гнойных осложнений.

Столбняк. Возбудитель. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение профилактики.

Ожоги. Классификация, клинические фазы и стадии ожоговой болезни, патогенез, современные принципы лечения.

Отморожения. Классификация, клиническое течение, лечение

Электротравма. Особенности реанимации при электротравме. Осложнения. Изменения основных функций и систем организма. Общая реакция на электротравму.

Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Фурункул, карбункул, гидраденит. Этиология, клиника.

Гнойные заболевания лимфатических сосудов и узлов – лимфангит, лимфангоит, лимфаденит.

Гнойные заболевания костей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина остеомиелита. Принципы оперативного лечения.

Гнойные заболевания суставов и синовиальных сумок – гнойный артрит, гнойный бурсит.

Гнойные процессы в клетчаточных пространствах. Флегмоны и абсцессы. Определение понятий. Различия.

Гнойные заболевания пальцев кисти – панариций, гнойный тендовагинит, флегмона кисти. Этиология, патогенез, клиническая картина. Лечение.

Хирургический сепсис. Определение понятия. Причины развития. Патогенез. Возбудители. Принципы диагностики, оценочные шкалы степени тяжести и прогноза заболевания. Антибактериальная терапия, дезинтоксикация. Экстракорпоральные методы детоксикации.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№ 1.

Вы - дежурный хирург приёмного покоя. К Вам поступил больной 19 лет через сутки от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота и правой поясничной области. Тошноты и рвоты не было. Общее состояние больного удовлетворительное. Температура 37,8, пульс 92 в минуту. Обращает внимание вынужденное положение больного на спине с согнутым в тазобедренном суставе и приведенным к животу правым бедром. При попытке разогнуть бедро начинает кричать от сильных болей в поясничной области. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области только при очень глубокой пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Определяется болезнен-

ность при пальпации петитова треугольника и резко положительный симптом Пастернацкого справа. Симптом Ровзинга положительный, симптом Ситковского отрицательный. Дизурических явлений нет. Моча не изменена. Лейкоцитов в крови $14,3 \times 10^9/\text{л}$.

1. Какое заболевание можно предполагать у больного?
2. Какие симптомы в этом случае следует проверить?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа.

1. Острый аппендицит (ретроцекально расположенный аппендикс).
2. Симптомы Образцова и Коупта.
3. Передний гнойный паранефрит, острый гнойный пиелонефрит (общий анализ мочи, бактериологический анализ мочи, УЗИ почек, хромоцистоскопия, внутривенная урография).

№ 2.

Вы - дежурный хирург. На обходе Вами установлено, что у больной с 35-недельной беременностью появились сильные боли в правой половине живота, рвота, температура $37,8$ градусов. Язык сухой, обложен белым налетом. Дно матки пальпируется на два поперечных пальца выше пупка. В правой половине живота, больше в нижнем отделе, определяется при пальпации резкая болезненность, защитное напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптом Пастернацкого отрицательный. Лейкоцитов в крови $16 \times 10^9/\text{л}$. В моче следы белка, 5-6 лейкоцитов в поле зрения.

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какова тактика лечения?

Эталон ответа.

1. Острый аппендицит.
2. Необходимо исключить патологическое течение третьего триместра беременности (поздний токсикоз беременных, угроза прерывания и т.д.), обострение хронического пиелонефрита. Осмотр акушером-гинекологом, УЗИ.

3. Срочная аппендэктомия в любые сроки беременности. Без необходимости не следует оставлять в брюшной полости тампоны и дренажи во избежание повышения возбудимости матки. В послеоперационном периоде совместное ведение с акушером-гинекологом: с целью снижения возбудимости беременной матки следует назначить свечи со спазмолитиками, реланиум, спазмолитики, витаминный комплекс, особенно витамин Е, β -адреномиметики.

№ 3.

Девушка 18 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Боли начались внезапно 2 часа назад, распространились по всему животу, иррадиировали в крестец и задний проход. Затем они локализовались в правой подвздошной области. Больная отмечала головокружение, слабость, тошноту. Последняя менструация закончилась 12 дней назад (была в срок). При осмотре отмечена бледность кожных покровов. Температура нормальная. Пульс 100 в минуту. Язык чист, влажен. Живот мягкий, в правой подвздошной области небольшое напряжение мышц. Анализ мочи без отклонений от нормы. Лейкоцитов в крови $10,0 \times 10^9/\text{л}$, эритроцитов - $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 100 г/л.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения?
3. Какова тактика в лечении больной?

Эталон ответа.

1. Апоплексия яичника.
2. Пальцевое исследование вагинальное и ректальное, УЗИ брюшной полости (малого таза), а также интравагинальное УЗИ.
3. Показана операция. Доступ - нижняя срединная лапаротомия. Ушивание или резекция яичника.

№ 4.

Больной 71 года в течение 3 последних лет испытывает затруднения при мочеиспускании. Моча выделяется тонкой вялой струей, часты позывы на мочеиспускание. Год назад больной заметил в обеих паховых областях округлой формы выпячивания размером 5 x 5 см, исчезающее в горизонтальном положении. Образования эти безболезненные, мягкой консистенции. Семенные канатики расположены кнаружи от выпячиваний. Наружные отверстия паховых каналов круглой формы диаметром 1,5 см.

1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для решения вопроса о тактике лечения?

3. Какие возможны варианты тактики в зависимости от данных дополнительных методов?

Эталон ответа.

1. Двусторонние прямые паховые грыжи. Аденома предстательной железы.

2. Пальцевое ректальное исследование предстательной железы, ультразвуковое исследование железы (через переднюю брюшную стенку или ректальным датчиком), а также ультразвуковое исследование мочевого пузыря на предмет объема остаточной мочи. Консультация уролога.

3. В случае 1 - 2 стадии аденомы и остаточной мочи не более 100 мл, больному может быть первым этапом произведена операция грыжесечения. Если у больного 3 стадия аденомы и большое количество остаточной мочи, а состояние больного позволяет надеяться на благоприятный исход, делают операцию аденомэктомии, а затем - грыжесечение.

№ 5.

В приемное отделение доставлен больной 50 лет, страдающий в течение 3 лет пахово-мошоночной грыжей. Сутки назад грыжа ущемилась. Больной, находясь дома, пробовал сам вправить грыжу. Это ему не удалось. Состояние больного ухудшалось, и он решил обратиться в клинику. Во время гигиенической ванны в приемном отделении грыжа самопроизвольно вправилась. Больной почувствовал себя совершенно здоровым и был отпущен домой. Через 5 часов был доставлен вновь, уже с явлениями перитонита.

1. В чем состоит ошибка врача?

2. Какие могут быть варианты течения заболевания при вправлении грыжи? Какая должна быть соответственно тактика врача?

Эталон ответа.

1. Больной после самопроизвольного вправления ущемленной грыжи должен находиться в стационаре под наблюдением хирурга.

2. При появлении признаков перитонита показана операция - срединная лапаротомия. В случае благополучного исхода после вправления операция грыжесечения в плановом порядке, не выписывая больного из стационара.

№ 6.

Больной 46 лет лечится у Вас амбулаторно; 3 недели назад он был оперирован по поводу грыжи белой линии живота в районной больнице. Больного давно следовало бы выписать на работу, но он продолжает жаловаться на боли в эпигастральной области, почти такие же, какие у него были до операции. У него нет аппетита, нарастает слабость, он похудел. Курс УВЧ-терапии, который Вы назначили, определив у него воспалительную инфильтрацию рубца, боли не снял.

1. Почему так протекает послеоперационный период?

2. Что следует предпринять?

Эталон ответа.

1. Подозрение на наличие злокачественной опухоли желудка.

2. ФГДС и рентгеноскопия желудка, особенно у пожилых.

№ 7.

Больная 60 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым диабетом и кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения 2А степени. Приступы холецистита у больной бывают 3-4 раза в год, протекают тяжело. Однако, учитывая ряд серьезных противопоказаний, хирурги отказывали больной в оперативном вмешательстве. Неделию назад у больной начался очередной сильный болевой приступ, но в отличие от предыдущих, он сопровождался желтухой. Иктеричность появилась через сутки после начала приступа, а к моменту поступления в больницу желтуха была сильно выражена, билирубин крови составлял 100 мкмоль/л. Механический характер желтухи сомнения не вызывал. Несмотря на энергичное консервативное лечение желтуха нарастает.

1. Что произошло с больной?
2. Какова должна быть тактика лечения?
3. Какие назначения Вы сделаете больной с момента поступления в стационар?

Эталон ответа.

1. Обтурация камнем общего желчного протока.
2. Операция по жизненным показаниям.
3. Кратковременная (в течение 2-3 дней) интенсивная подготовка (спазмолитики, холинолитики, инфузионная терапия на фоне форсированного диуреза, паранефральная новокаиновая блокада, антибактериальная терапия, викасол, средства, нормализующие функцию печени, сердечно-сосудистые препараты, дробное введение простого инсулина). Варианты операций: 1) холецистэктомия + холедохостомия, 2) холецистодуоденоанастомоз, 3) ЭРХПГ+ЭПСТ.

№ 8.

Больного 24 лет в течение года беспокоят ноющие боли в эпигастриальной области и наличие нечетко пальпируемого, сферической формы образования в глубине эпигастриальной области размером 15 x 20 см. Образование слегка пульсирует, шума над ним не выслушивается. Окружность живота постепенно увеличивается. В анамнезе больного была тяжелая тупая травма живота, однако дело обошлось без оперативного вмешательства. Общее состояние больного особенно не страдает. Диспепсических расстройств, расстройств стула и мочеиспускания нет. Диастаза мочи 256 единиц. В общем и биохимическом анализах крови патологии не обнаружено. Дуоденальное зондирование без особенностей. При рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта определяется смещение желудка кпереди за счет образования, располагающегося позади него.

1. Между какими заболеваниями и с помощью каких методов следует проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа.

1. Травматическая аневризма аорты или травматическая киста поджелудочной железы. Ультразвуковая доплерография аорты и ультразвуковое исследование поджелудочной железы.

№ 9.

Больной 56 лет поступил в клинику с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье и эпигастриальной области, слабость, упадок сил, отсутствие аппетита, наличие желтухи, которая появилась 1,5 месяца назад и интенсивно нарастает. Приступов сильных болей никогда не отмечал. При осмотре: склеры и кожа оливкового цвета, тургор кожи резко понижен, на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена. В правом подреберье пальпируется слегка болезненное образование тугоэластической консистенции, овоидной формы. Стул ахоличен. Уробилин в моче отсутствует. При рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта подкова двенадцатиперстной кишки несколько развернута.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести для подтверждения диагноза?

3. Чем можно помочь больному?

Эталон ответа.

1. Рак головки поджелудочной железы.

2. УЗИ органов гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны и в частности поджелудочной железы, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, компьютерную томографию.

3. Показано оперативное лечение. Если состояние больного удовлетворительное, рост опухоли ограничен, нет метастазирования и квалификация хирурга высокая, то больному следует произвести панкреатодуоденальную резекцию. Однако, учитывая длительную желтуху, оперативное вмешательство может быть разделено на два этапа: первый - декомпрессивная операция (холецистостомия, холецистоэнтеростомия; при наличии рентгенхирургического отделения – ЧЧХГ+наружное или наружно-внутреннее билиарное дренирование), второй - после уменьшения желтухи и улучшения состояния больного - радикальный этап. При неоперабельном состоянии - паллиативное вмешательство: наложение холецистоэнтероанастомоза (при наличии рентгенхирургического отделения – ЧЧХГ+наружное или наружно-внутреннее билиарное дренирование или стентирование).

№ 10.

В приемное отделение доставлен больной в бессознательном состоянии, с периодическими приступами клонических судорог. По словам родственников, он много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у больного была обильная рвота, и он сильно похудел. При осмотре: больной истощен, обезвожен, в эпигастральной области имеется пигментация кожи и определяется шум плеска.

1. Какой диагноз может быть поставлен?
2. С чем связано состояние, в котором больной поступил?
3. Как следует лечить больного, начиная с момента поступления?

Эталон ответа.

1. Стеноз привратника.
2. Коматозное состояние связано с гипохлоремией, развившейся у больного вследствие нарушения проходимости привратника, результатом которой явилась частая и обильная рвота.

3. Для выведения больного из коматозного состояния ему следует ввести в вену 40-60 мл 10% раствора хлорида натрия, а затем организовать постоянное капельное вливание физиологического раствора, ввести сердечные и сосудистые препараты, парентеральное введение белков, жиров, углеводов, электролитов, переливания крови и плазмы, ежедневное промывание желудка. Подготовка больного к операции не должна превышать 7-10 дней. Уточнить причину стеноза. Показана операция.

№ 11.

Больной 48 лет поступил в стационар по поводу внезапно возникшей у него обильной кровавой рвоты. Никаких указаний на заболевание желудка в анамнезе установить не удалось. Считал себя здоровым. Перенес болезнь Боткина 3 года назад. Брат больного страдает туберкулезом легких. Общее состояние удовлетворительное.

1. С какими заболеваниями Вам придется проводить дифференциальный диагноз?
2. Каковы будут Ваши действия при поступлении такого больного?
3. Какие дополнительные методы исследования можно применить на высоте кровотечения для уточнения диагноза?

Эталон ответа.

1. Язва желудка и ДПК, рак желудка, варикозное расширение вен пищевода, заболевания легких (туберкулез, бронхоэктатическая болезнь, абсцесс легкого), эрозивный гастрит, синдром Маллори-Вейса, болезнь Верльгофа.
2. ФГДС.
3. На высоте кровотечения выполнить ФГДС.

№ 12.

Больной, в течение 10 лет страдавший язвенной болезнью, во время очередного обострения поступил в стационар. За последнее время больной похудел, что он связывает с боязнью есть из-за возникающих после еды болей. Аппетит остается хорошим. При обследовании врач пропальпиро-

вал в эпигастральной области резко болезненное образование. Анализы крови и мочи без особенностей. При анализе желудочного сока установлено повышение общей кислотности и связанной соляной кислоты. При рентгенологическом исследовании обнаружена гиперсекреция натошак, ограничение подвижности желудка по малой кривизне, где определяется ниша диаметром 2 см. Стенка желудка вокруг ниши ригидная, складки слизистой оболочки не выражены. Исследование этой области чрезвычайно болезненное.

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какова в данном случае должна быть лечебная тактика?

Эталон ответа.

1. Язвенная болезнь желудка (воспалительный инфильтрат вокруг язвы).
2. Исключить рак желудка. ФГДС с биопсией.
3. Операция после консервативного противовоспалительного лечения.

№ 13.

Больной 50 лет в течение нескольких лет страдает язвенной болезнью желудка. Особенно больших неприятностей заболевание ему не причиняло. Однако последний месяц больной отмечает усиление болей в эпигастральной области, появился неприятный запах изо рта, зловонная отрыжка, жидкий стул, возникают позывы на стул после каждого приема пищи. В кале стали встречаться кусочки непереваренной пищи. Больной резко похудел. Температура нормальная. При копрологическом исследовании отмечено значительное количество слизи и непереваренной пищи.

1. Что произошло с больным?
2. Каким исследованием можно подтвердить свое предположение?
3. Как лечить больного?

Эталон ответа.

1. Пенетрация язвы желудка в поперечную ободочную кишку с образованием желудочно-толстокишечного свища.
2. Рентгеноскопия желудка.
3. Лечение хирургическое (резекция желудка и клиновидная резекция поперечной ободочной кишки).

№ 14.

Больной 63 лет, страдающий длительное время анацидным гастритом, за последние 4 месяца сильно похудел и ослаб. Утром у него появилось головокружение и резкая слабость, была однократная рвота небольшим количеством жидкости цвета кофейной гущи. Днем был стул - кал дегтеобразный. После этого был доставлен в хирургическое отделение.

1. Чем вызвано подобное состояние больного ?
2. С помощью каких исследований можно уточнить диагноз ?
3. Что следует предпринять ?

Эталон ответа.

1. Желудочное кровотечение. Рак желудка.
2. ФГДС и рентгенография желудка.
3. Следует попытаться с помощью консервативных мероприятий остановить кровотечение. В дальнейшем, при отсутствии противопоказаний, после короткой, но интенсивной подготовки нужно оперировать больного в плановом порядке. Если же кровотечение продолжается, больного надо экстренно оперировать.

№ 15.

Больной 41 лет, охотник, жалуется на тяжесть в области правого подреберья. Других жалоб нет. В анамнезе год назад были беспричинная крапивница и зуд кожи. При осмотре край печени пальпируется на 3 см ниже реберной дуги, он закругленный, безболезненный. Другой патологии об-

наружить не удалось. Температура нормальная. При рентгенологическом исследовании определяется выпячивание в области правого купола диафрагмы полусферической формы.

1. О каком заболевании следует в этом случае думать?
2. Какие дополнительные исследования могут помочь в постановке диагноза?
3. Как лечить больного?

Эталон ответа.

1. Однокамерный эхинококк.
2. Анализ крови (эозинофилия), реакция с эхинококковым диагностикумом, УЗИ.
3. Показана операция. При эхинококке легкого производится торакотомия передне-боковым разрезом в 6 межреберье, при эхинококке печени - лапаротомия.

№ 16.

Больной 44 лет поступил в стационар в порядке оказания экстренной помощи. Заболел внезапно. Появилась обильная повторная кровавая рвота. Больной резко ослаб. Из анамнеза удалось выяснить, что он много лет злоупотреблял алкоголем. При обследовании больного обращала внимание большая плотная селезенка. Печень не пальпировалась.

1. Что может служить источником кровотечения?
2. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа.

1. Варикозно расширенные вены пищевода на почве алкогольного цирроза печени.
2. Исключить язвенное кровотечение, из распадающейся опухоли желудка, связанное с заболеванием крови и легочное кровотечение. ФЭГДС.

№ 17.

Больной 42 лет поступил в стационар в порядке оказания экстренной помощи. Кровавая рвота возникла внезапно. Больной отмечает, что в течение 2 лет такое кровотечение начинается в третий раз. В анамнезе болезнь Боткина. При осмотре выраженная венозная сеть на животе в виде «головы медузы». Пальпируется большая селезенка и плотный край печени у реберной дуги.

1. О каком заболевании следует думать?
2. В чем будет заключаться неотложная помощь больному?
3. Как следует обследовать больного в дальнейшем, после остановки кровотечения?
4. Каковы возможные варианты лечения данного больного?

Эталон ответа.

1. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.
2. Зонд Блекмора на 1-3 дня, гемостатическая терапия, раствор питуитрина, который снижает давление в портальной системе.

3. Уточнить диагноз и выяснить причину портальной гипертензии (фиброгастроскопия, рентгеноскопия легких, пищевода, желудка, УЗИ органов брюшной полости, ультразвуковую доплерографию сосудов портальной системы, измерение давления в портальной системе, спленопортографию).

4. После выяснения локализации блока решить вопрос о выборе операции (наложение портокавального, спленоренального анастомоза, операция Таннера, операция Сугиуры, оментогепатопексия).

№ 18.

Больной 56 лет, находящийся на лечении в терапевтическом отделении по поводу тяжелой формы нижнедолевой крупозной пневмонии слева, со 2-го дня заболевания стал жаловаться на распирающие боли в животе, которые постепенно нарастали. Вздулся живот. Появилась задержка стула, перестали отходить газы, появилась рвота, не вызывавшая облегчения. Температура 38 градусов, пульс 120 в минуту. Живот вздут, но мягкий, слегка болезнен при пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. При перкуссии высокий тимпанит. Свободная жидкость в животе не отмечается. Перистальтика не выслушивается. При ректальном исследовании: тонус сфинктера сохранен,

в прямой кишке небольшое количество каловых масс. При рентгенологическом исследовании определяется большое количество газа в желудке, тонком и толстом кишечнике; жидкости в кишечнике немного; диафрагма стоит высоко, подвижность ее ограничена.

1. Ваш диагноз и тактика лечения?
2. Какое антибактериальное лечение показано больной?

Эталон ответа.

1. Паралитическая непроходимость кишечника, возникшая вследствие нижнедолевой пневмонии. Лечение основного заболевания, ликвидация пареза кишечника (двусторонняя паранефральная блокада, в вену ввести 20-40 мл 10% раствора натрия хлорида, 1 мл 0,05% раствора прозерина, в желудок зонд и постоянная аспирация, в толстый кишечник газоотводная трубка).

2. Цефалоспорины, макролиды.

№ 19.

Больная 65 лет, страдающая гипертонической болезнью и мерцательной аритмией, поступила через 3 часа от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие жестокие боли в животе постоянного характера без четкой локализации. Больная громко стонет, мечется, принимает коленно-локтевое положение. В момент поступления у нее наблюдалась многократная рвота с запахом кишечного содержимого, не приносящая облегчения, частый водянистый стул с небольшой примесью крови. Состояние больной тяжелое, лицо бледное, покрыто холодным потом, пульс 112 в минуту, аритмичный, артериальное давление 160/90 мм рт ст, температура 36,4 градусов. Язык суховат. Живот участвует в акте дыхания, не вздут, симметричен, при пальпации мягкий, боли при пальпации не усиливаются; при перкуссии - участки тимпанита чередуются с участками притупления перкуторного звука; перистальтические шумы не выслушиваются, хотя больная утверждает, что вскоре после начала заболевания она слышала громкое урчание кишечника. При ректальном исследовании никакой патологии не установлено, Лейкоцитов в крови $2,1 \times 10^9/\text{л}$, эритроцитов $5,0 \times 10^{12}/\text{л}$.

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями нужно дифференцировать?
3. Какова лечебная тактика?

Эталон ответа.

1. Эмболия верхней брыжеечной артерии или ее ветвей.
2. Острая кишечная непроходимость и пищевая токсикоинфекция.
3. Показана экстренная лапаротомия.

№ 20.

Больной 67 лет, поступил с жалобами на невозможность прохождения по пищеводу твердой пищи. Хлеб размачивает и запивает водой. Мясо ест лишь протертое. Очень похудел, ослаб. Болен 6 месяцев. Дисфагия нарастает. При осмотре резко истощен. Кожа сухая. Над левой ключицей определяется лимфатический узел 1x2 см, плотный. Голос сиплый. Отмечается сужение правого зрачка, верхнее веко опущено, глазное яблоко западает. Рентгенологически определяется ограничение в подвижности правого купола диафрагмы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования могут подтвердить его?
3. Какова тактика в лечении данного больного?

Эталон ответа.

1. Рак пищевода.
2. Рентгеноскопия пищевода, эзофагоскопия, УЗИ.
3. Уже имеющиеся симптомы свидетельствуют о прорастании опухоли в органы и образования средостения: осиплость голоса - поражение возвратного нерва, триада Горнера - прорастание симпатического ствола, ограничение подвижности диафрагмы - прорастание диафрагмального нерва. В связи с этим состояние больного следует признать неоперабельным. Необходимо наложить гастростому.

№ 21.

Больной 14 лет аспирировал семечко подсолнуха 2 месяца назад. Через 3 дня семечко было удалено через бронхоскоп, но у больного остался кашель, особенно по утрам, стала появляться в небольшом количестве гнойная мокрота. При малейшем охлаждении на 1-2 дня поднималась температура тела до 37,5 - 38 градусов. При осмотре больного отмечено отставание левой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии - укорочение перкуторного тона под левой лопаткой. Аускультативно - ослабленное дыхание в нижних отделах левого легкого сзади. Анализ крови без особенностей. При рентгенологическом исследовании: легочные поля прозрачные, но левое легочное поле сужено, приподнята диафрагма и тень средостения смещена влево.

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. Каким дополнительным исследованием можно его подтвердить?
3. Как лечить больного?

Эталон ответа.

1. «Ателектатические бронхоэктазы нижней доли левого легкого».
2. Бронхография.
3. Показано оперативное лечение - нижнедолевая левосторонняя лобэктомия.

№ 22.

У больного 44 лет после переохлаждения поднялась температура тела до 39 градусов, появились боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, появился кашель. Мокрота почти не выделялась. Температура держалась 8 дней, несмотря на энергичное консервативное лечение. Затем у больного стала отделяться в большом количестве гнойная мокрота с неприятным запахом в количестве 200 мл в сутки. Температура снизилась до нормы; больной стал чувствовать себя лучше. Общее состояние удовлетворительное. Под правой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выполнено.

1. Какое заболевание Вы заподозрили у больного?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

Эталон ответа.

1. Острый абсцесс правого легкого в стадии прорыва.
2. Анализ крови (высокий лейкоцитоз, повышенная СОЭ), мокроты. Рентгенологическое исследование, включая рентгеновскую томографию.

№ 23.

Больной 42 лет полтора месяца лечится в терапевтическом отделении по поводу острого абсцесса верхней доли левого легкого. Проводится лечение: внутримышечное введение пенициллина и стрептомицина в сочетании с сульфаниламидами, витаминотерапия, введение глюкозы, хлорида кальция. Однако состояние больного почти не улучшается - он высоко лихорадит, его беспокоит кашель с периодическим отделением большого количества зловонной гнойной мокроты.

1. Какие ошибки допущены в лечении больного?
2. Как следует поступить с больным в настоящее время?

Эталон ответа.

1 и 2. Назначить другие антибиотики в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры, в больших дозах не только путем инъекций, но и введением интратрахеально, посредством аэрозолей или трансназальной катетеризации, пункции и катетеризации подключичной вены. Постуральный дренаж. Отхаркивающие средства и средства, разжижающие мокроту. Микротрахеостомия. Лечебная бронхоскопия. Обязателен рентгенологический контроль. Если в течение 2 месяцев излечения не наступит, абсцесс становится хроническим и больного следует оперировать.

№ 24.

У больного 48 лет после перенесенного гриппа, начавшегося с температуры 39,5 градусов, вот уже в течение 3 недель держится субфебрильная температура. Больной отмечает сухой кашель, слабость, упадок сил, одышку. Слева в верхнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание.

СОЭ 45 мм/ч. В скудной мокроте слизистого характера много эритроцитов. Рентгенологически в верхней доле правого легкого определяется неравномерной интенсивности затемнение без четких границ. На боковом снимке определяется ателектаз 3 сегмента. При бронхоскопии выявлено значительное сужение верхнедолевого бронха и изъеденность его контуров, бронх 3-го сегмента не проходим.

1. Ваш диагноз и тактика лечения?

Эталон ответа.

1. Рак верхнедолевого бронха правого легкого. Необходимо решить вопрос об операбельности больного. При отсутствии признаков метастазирования больного надо оперировать (верхнедолевая лобэктомия, однако объем операции окончательно решается после торакотомии).

№ 25.

Больной 52 лет обратился с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко и с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. Болен 2 месяца. За это время нарастают упадок сил и слабость. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания. Сейчас нормальная. В легких везикулярное дыхание, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивная тень треугольной формы, соответствующая нижней доле правого легкого.

1. О каком заболевании следует думать?

2. Какой план обследования Вы наметите?

Эталон ответа.

1. Центральный рак легкого.

2. Наличие анемии, повышенная СОЭ, выявление атипичных клеток в мокроте, видимая опухоль при бронхоскопии и злокачественный характер ее при биопсии. Рентгенография грудной клетки.

№ 26.

У больного 30 лет, считающего себя совершенно здоровым, при профилактическом осмотре в верхней доле правого легкого была обнаружена округлой формы гомогенная тень с четкими границами диаметром 6 см.

1. Какое заболевание можно предположить?

2. Какие Вы проведете исследования в целях дифференциального диагноза?

Эталон ответа.

1. Эхинококк. Однако бессимптомно могут протекать и туберкулома, и периферический рак легкого.

2. Из анамнеза следует уточнить контакт с туберкулезными больными, контакт с домашними животными, наличие аллергических реакций, свойственных эхинококку. Наличие эозинофилии в крови подтверждает эхинококк. Для рака характерна повышенная СОЭ. Реакция латекс-агглютинации с эхинококковым диагностикумом. При подозрении на туберкулез - реакция Манту. При рентгенологическом исследовании для эхинококка характерно гомогенное округлой формы образование с четкими границами, изменяющее форму при вдохе и выдохе. Иногда можно видеть симптом Штерна - проникновение воздуха под фиброзную капсулу в виде полумесяца. Для туберкуломы характерно вкрапление извести на фоне округлого образования и мелкие очаговые тени в его окружности, нередко дорожка, ведущая к корню легкого, подплевральная локализация.

№ 27.

Больной 51 года 15 лет назад был диагностирован узловый эутиреоидный зоб размером 3 x 3 см. Все годы образование не причиняло ей никакого беспокойства. За последние 3 месяца образование увеличилось вдвое. Больная отмечает ухудшение общего состояния: слабость, быструю утомляемость. При пальпации поверхность образования неровная, консистенция плотная. Образование ограничено в подвижности. Лимфатические узлы по ходу левой кивательной мышцы увеличены и плотны.

1. Какой Вы поставите диагноз?
2. Как можно его подтвердить?
3. Как будете лечить больную?

Эталон ответа.

1. Рак щитовидной железы.
2. Исследование крови, сканирование и УЗИ, пункционная биопсия.
3. Больной показана операция струмэктомия с удалением регионарных лимфатических узлов.

В последующем провести курс лучевой терапии, а также лечить больную препаратами щитовидной железы.

№ 28.

У больной 32 лет, страдающей пороком сердца и мерцательной аритмией, внезапно возникли резкие боли в левой голени и стопе, Больная осмотрена через 1 час на дому. Она стонет от боли. Стопа и нижняя треть голени резко бледны, холодны. Пальпация голени резко болезненна, движения в голеностопном суставе отсутствуют, тактильная чувствительность на стопе снижена. Пульсация бедренной артерии тотчас под пауперной связкой отчетливая, на остальных артериях конечности пульс не определяется.

1. Что случилось с больной?
2. Какова должна быть лечебная тактика?

Эталон ответа.

1. Эмболия бедренной артерии в области бифуркации ее.
2. Срочно направить в специализированное ангиохирургическое отделение. Перед транспортировкой следует в вену ввести 5000 единиц гепарина, 2 мл папаверина, обезболивающий препарат. Ногу уложить в транспортную шину, избегая при этом малейшего сдавления. Больной показана срочная операция - эмболэктомия.

№ 29.

Вы - хирург стационара. К Вам в палату поступил больной 30 лет, у которого 3 месяца назад появилась перемежающаяся хромота: через каждые 300-400 метров он был вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Перед госпитализацией это расстояние сократилось до 100 метров, появились боли в 1 пальце правой стопы, на пальце образовалась глубокая некротическая язва. Голени больного имеют мраморную окраску, дистальные части стоп синюшно-багрового цвета. Ногти сухие и ломкие. Пульс на артериях стопы и голени отсутствует, на подколенных артериях - ослаблен. Резко положителен симптом плантарной ишемии.

1. Какое заболевание у больного?
2. Как его следует лечить?

Эталон ответа.

1. Облитерирующий эндартериит в некротической стадии.
2. Показана поясничная симпатэктомия и некрэктомия первого пальца. Одновременно ему следует проводить энергичное консервативное лечение, включающее комплекс витаминов, сосудорасширяющих средств, физиотерапевтическое лечение, ГБО-терапию.

№ 30.

Вы - хирург поликлиники. К Вам на приём пришёл больной 56 лет, у которого в последнее время стали появляться боли в правой икроножной мышце после прохождения 50 метров, нога стала мерзнуть даже в летнее время и уставать после непродолжительного стояния. При осмотре стопа и нижняя треть голени справа бледнее, чем слева, прохладнее на ощупь. Пульс на правой конечности удается определить лишь на бедренной артерии, он ослаблен. Над ней отчетливо выслушивается систолический шум. Общее состояние больного удовлетворительное.

1. Какой диагноз следует поставить?
2. Как лечить больного?

Эталон ответа.

1. Облитерирующий атеросклероз с поражением аорто-подвздошного сегмента. Более точный топический диагноз может быть поставлен после ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей.

2. Показано консервативное лечение. При усугублении ишемии конечности следует ставить вопрос об операции. Возможные варианты - аорто-бедренное шунтирование, эндартерэктомия, аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование.

11. Нормативные правовые акты

- Приказ Минздрава России от 08.10.2015 N 707н (ред. от 04.09.2020) "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки" (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2015 N 39438)
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 октября 2015 года № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование»;
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 июня 2015 года № 328 «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций»;
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 августа 2015 года № 599 «Об организации внедрения в подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации образовательных и научных организациях подготовки медицинских работников по дополнительным профессиональным программам с применением образовательного сертификата» ;
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 марта 2021 г. N 205н "Об утверждении Порядка выбора медицинским работником программы повышения квалификации в организации, осуществляющей образовательную деятельность, для направления на дополнительное профессиональное образование за счет средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования, нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования"
- Решение Ученого совета ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России по вопросу «Проблемы и перспективы дополнительного профессионального образования работников сферы здравоохранения» от 25.03.2016 г.;
- Решение Ученого совета ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России по вопросу «Стратегия развития образовательной сферы университета (дипломный и последипломный этапы)» от 25.10.2019 г.