

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Лазаренко Виктор Анатольевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 17.04.2025 18:37:26  
Уникальный программный ключ:  
45c319b8a032ab3637134215abd1c475334767f4

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)**

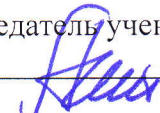
**УТВЕРЖДЕНО**

решением кафедры  
хирургических болезней №1  
(протокол от «28» апреля 2025г. № 12)

заведующий кафедрой  
профессор  И.С. Иванов

**УТВЕРЖДЕНО**

решением ученого совета факультетов  
медицинских специальностей  
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России  
(протокол от 16.05.2025 № 10)

председатель ученого совета  
доцент  А.А. Нетьага

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

**по госпитальной хирургии**

Факультет	лечебный
Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Курс	5, 6 Семестр 9, 10, 11
Трудоемкость (з.е.)	8
Количество часов всего	288
Форма промежуточной аттестации	экзамен
История болезни	

**Разработчики рабочей программы:**

зав. кафедрой хирургических болезней №1, д.м.н., профессор Иванов И.С.,  
доцент, к.м.н., доцент Голиков А.В.

Рабочая программа дисциплины госпитальная хирургия разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

## 1. Цель и задачи дисциплины

Сформировать у обучающихся знания, умения и навыки в диагностике и лечении хирургических заболеваний.

Задачи дисциплины:

диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов (составление плана лабораторной и инструментальной диагностики);

диагностика неотложных состояний;

составление плана лечения нозологических форм с планом и видом оперативного вмешательства, подбором лекарственной терапии;

ведение медицинской документации в медицинских организациях;

соблюдение основных требований информационной безопасности;

анализ научной литературы и официальных статистических обзоров;

участие в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области здравоохранения по диагностике, лечению, медицинской реабилитации и профилактике.

## 2. Место дисциплины в структуре образовательной программы и требования к планируемым результатам обучения по дисциплине

Дисциплина госпитальная хирургия относится к базовой части образовательной программы.

Процесс изучения дисциплины обеспечивает достижение планируемых результатов освоения образовательной программы и направлен на формирование следующих компетенций:

Компетенция		Логическая связь с дисциплинами учебного плана
код	формулировка	
<b>ОПК-4</b>	Способен и готов реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	Сестринское дело; биоэтика; пропедевтика внутренних болезней; общая хирургия; дерматовенерология; неврология; факультетская терапия; факультетская хирургия; урология; акушерство, гинекология; оториноларингология; офтальмология; эндокринология; фтизиатрия; педиатрия; психиатрия, медицинская психология; госпитальная терапия. Проф. болезни; поликлиническая терапия, физиотерапия; травматология, ортопедия; нейрохирургия; клиническая фармакология; инфекционные болезни; анестезиология, реанимация, интенсивная терапия; стоматология; онкология, лучевая терапия; детская хирургия; клиническая иммунология; общая врачебная практика; акушерско-гинекологическая помощь.
<b>ОПК-5</b>	Способен и готов анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	Пропедевтика внутренних болезней; общая хирургия; дерматовенерология; неврология; факультетская терапия; факультетская хирургия; урология; акушерство; гинекология; оториноларингология; оф

		<p>тальмология, эндокринология; фтизиатрия; педиатрия; психиатрия, медицинская психология; госпитальная терапия. Проф. болезни; поликлиническая терапия, физиотерапия; травматология, ортопедия; нейрохирургия; клиническая фармакология; инфекционные болезни; анестезиология, реанимация, интенсивная терапия; судебная медицина; онкология, лучевая терапия; клиническая патология; детская хирургия; клиническая иммунология; общая врачебная практика, акушерско-гинекологическая помощь.</p>
<b>ОПК-6</b>	<p>Готов к ведению медицинской документации</p>	<p>Сестринское дело; пропедевтика внутренних болезней; общая хирургия; общественное здоровье и здравоохранение; экономика здравоохранения; дерматовенерология; неврология; факультетская терапия; факультетская хирургия; урология; акушерство; гинекология; оториноларингология; офтальмология; эндокринология; фтизиатрия; педиатрия; психиатрия, медицинская психология; госпитальная терапия. Проф. болезни; поликлиническая терапия, физиотерапия; травматология, ортопедия; нейрохирургия; клиническая фармакология; инфекционные болезни; анестезиология, реанимация, интенсивная терапия; стоматология; судебная медицина; онкология, лучевая терапия; клиническая патология; детская хирургия; генетика, медицинская экология; клиническая иммунология; общая врачебная практика.</p>
<b>ОПК-11</b>	<p>Готов к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи</p>	<p>Сестринское дело; общая хирургия; топографическая анатомия и оперативная хирургия; факультетская хирургия; урология; акушерство; гинекология; оториноларингология; офтальмология; травматология, ортопедия; анестезиология, реанимация, интенсивная терапия; общеклиническая диагностика, первая доврачебная помощь; общая врачебная практика; курс практической подготовки по технике базовых манипуляций; хирургические навыки; обучающий симуляционный курс; неотложные состояния в практике врача.</p>
<b>ПК-2</b>	<p>Способен и готов к проведению медицинских осмотров, профилактических диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения</p>	<p>Неврология; факультетская терапия; факультетская хирургия; урология; акушерство; гинекология; оториноларингология; офтальмология; эндокринология; фтизиатрия; педиатрия; психиатрия, медицинская психология; госпитальная терапия. Проф. болезни; поликлиническая терапия, физиотерапия; травматология, ортопедия; ин-</p>

		фекционные болезни; онкология, лучевая терапия; детская хирургия; общая врачебная практика; принципы синдромной диагностики в клинике внутренних болезней; геронтология и гериатрия в интернологии. Актуальные вопросы гериатрической эндокринологии.
<b>ПК-5</b>	<p>Готов к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.</p>	<p>Биохимия; микробиология, вирусология; патологическая анатомия; патофизиология; пропедевтика внутренних болезней; общая хирургия; дерматовенерология; неврология; факультетская терапия; факультетская хирургия; урология; акушерство; гинекология; оториноларингология; офтальмология; эндокринология; фтизиатрия; педиатрия; психиатрия, медицинская психология; госпитальная терапия. Проф. болезни; поликлиническая терапия, физиотерапия; травматология, ортопедия; нейрохирургия; инфекционные болезни; анестезиология, реанимация, интенсивная терапия; стоматология; судебная медицина; онкология, лучевая терапия; клиническая патология; детская хирургия; общеклиническая диагностика; первая доврачебная помощь; лучевая диагностика; генетика, медицинская экология; клиническая иммунология; общая врачебная практика; принципы синдромной диагностики в клинике внутренних болезней; геронтология и гериатрия в интернологи. Актуальные вопросы гериатрической эндокринологии; лучевая диагностика неотложных состояний; инфекции, передаваемые половым путем; тренинг коммуникативной компетентности врача; формирование профессиональных компетенций врача общей практики/семейного врача.</p>
<b>ПК-6</b>	<p>Способен к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра</p>	<p>Иммунология; пропедевтика внутренних болезней; общая хирургия; дерматовенерология; неврология; факультетская терапия; факультетская хирургия; урология; акушерство; гинекология; оториноларингология; офтальмология; эндокринология; фтизиатрия; педиатрия; психиатрия, медицинская психология; госпитальная терапия. Проф. болезни; поликлиническая терапия, физиотерапия; травматология, ортопедия; нейрохирургия; инфекционные болезни; эпидемиология, военная эпидемиология; анестезиология, реанимация, интенсивная терапия; стоматология; судебная медицина; онкология, лучевая терапия; клиническая патология; детская хи-</p>

		<p>рургия; общеклиническая диагностика, первая доврачебная помощь; генетика, медицинская экология; клиническая иммунология; общая врачебная практика; принципы синдромной диагностики в клинике внутренних болезней; геронтология и гериатрия в интернологии. Актуальные вопросы гериатрической эндокринологии; инфекции, передаваемые половым путем; формирование профессиональных компетенций врача общей практики/семейного врача.</p>
<b>ПК-7</b>	<p>Готов к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека</p>	<p>Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения; дерматовенерология; неврология; факультетская терапия; факультетская хирургия; урология; акушерство; гинекология; оториноларингология; офтальмология; эндокринология; фтизиатрия; педиатрия; психиатрия, медицинская психология; госпитальная терапия. Проф. болезни; поликлиническая терапия, физиотерапия; травматология, ортопедия; нейрохирургия; инфекционные болезни; анестезиология, реанимация, интенсивная терапия; стоматология; онкология, лучевая терапия; детская хирургия; клиническая иммунология; общая врачебная практика; формирование профессиональных компетенций врача общей практики/семейного врача.</p>
<b>ПК-8</b>	<p>Способен к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами</p>	<p>Пропедевтика внутренних болезней; общая хирургия; дерматовенерология; неврология; факультетская терапия; факультетская хирургия; урология; акушерство; гинекология; оториноларингология; офтальмология; эндокринология; фтизиатрия; педиатрия; психиатрия, медицинская психология; госпитальная терапия. Проф. болезни; поликлиническая терапия, физиотерапия; травматология, ортопедия; нейрохирургия; инфекционные болезни; анестезиология, реанимация, интенсивная терапия; стоматология; онкология, лучевая терапия; детская хирургия; клиническая иммунология; общая врачебная практика; принципы синдромной диагностики в клинике внутренних болезней; геронтология и гериатрия в интернологии. Актуальные вопросы гериатрической эндокринологии; фармакология в кардиологии; инфекции, передаваемые половым путем; инновационные технологии в эстетической дерматологии; формирование профессиональных компетенций врача общей практи-</p>

		ки/семейного врача; паллиативная помощь больным.
<b>ПК-9</b>	Готов к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Дерматовенерология; неврология; факультетская терапия; факультетская хирургия; урология; акушерство; гинекология; оториноларингология; офтальмология; эндокринология; фтизиатрия; педиатрия; психиатрия, медицинская психология; госпитальная терапия. Проф. болезни; поликлиническая терапия, физиотерапия; травматология, ортопедия; инфекционные болезни; стоматология; онкология, лучевая терапия; детская хирургия; общая врачебная практика; геронтология и гериатрия в интернологии. Актуальные вопросы гериатрической эндокринологии; фармакология в кардиологии; инфекции, передаваемые половым путем; инновационные технологии в эстетической дерматологии; формирование профессиональных компетенций врача общей практики/семейного врача; паллиативная помощь больным.
<b>ПК-10</b>	Готов к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	Неврология; факультетская терапия; факультетская хирургия; урология; акушерство; гинекология; оториноларингология; офтальмология; эндокринология; фтизиатрия; педиатрия; психиатрия, медицинская психология; госпитальная терапия. Проф. болезни; поликлиническая терапия, физиотерапия; травматология, ортопедия; нейрохирургия; инфекционные болезни; анестезиология, реанимация, интенсивная терапия; онкология, лучевая терапия; детская хирургия; общая врачебная практика; курс практической подготовки по технике базовых манипуляций; принципы синдромной диагностики в клинике внутренних болезней; формирование профессиональных компетенций врача общей практики/семейного врача; обучающий симуляционный курс, неотложные состояния в практике врача.
<b>ПК-20</b>	Готов к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	Факультетская терапия; факультетская хирургия; акушерство; гинекология; госпитальная терапия. Проф. болезни; поликлиническая терапия, физиотерапия; клиническая фармакология; основы научной работы в медицине; иностранный язык как средство профессиональной коммуникации врача; общая врачебная практика; введение в специальность; методологические проблемы научного исследования в медицине; тренинг коммуникативной компетентности врача.



### Содержание компетенций (этапов формирования компетенций)

Код компетенции	Формулировка компетенции	Этапы формирования и индикаторы достижения компетенции		
		Знает	Умеет	Владеет (имеет практический опыт)
1	2	3	4	5
<b>ОПК-4</b>	Способен и готов реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- морально-этические и деонтологические нормы, правила и принципы профессионального и врачебного поведения</li> <li>- основные этические документы международных организаций, отечественных и международных профессиональных медицинских ассоциаций</li> <li>- права и обязанности пациентов и медицинских работников</li> <li>- способы общения и взаимодействия с различными возрастными категориями пациентов, коллегами</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- реализовать на практике этические и деонтологические принципы профессиональной деятельности</li> <li>- применять основные этические документы международных организаций, отечественных и международных профессиональных медицинских ассоциаций</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками реализации врачебной деонтологии и медицинской этики</li> <li>- навыками реализации и защиты своих прав</li> </ul>
<b>ОПК-5</b>	Способен и готов анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- основы анализа результатов собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок</li> <li>- нормативные документы по ответственности медицинских организаций и медицинского персонала за ненадлежащее врачевание, профессиональные и должностные правонарушения</li> <li>- теоретические вопросы сбора, хранения, поиска, переработки, распространения медицинской информации</li> <li>- возможные ошибки в практике врачей различного профиля</li> <li>- основы доказательной медицины</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок</li> <li>- проводить анализ диагностических и лечебных мероприятий по медицинской документации (истории болезни) с учетом действующих порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</li> <li>- самостоятельно решать профессиональные задачи с использованием всех доступных информационных ресурсов и осуществлять оценку результатов своей профессиональной деятельности</li> <li>- оценивать возможные последствия профессиональных ошибок</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками анализа результатов своей врачебной деятельности и формулировки выводов</li> <li>- навыками применения методов доказательной медицины при оценке состояния здоровья взрослого населения, деятельности медицинских организаций и в научных исследованиях</li> <li>- имеет опыт анализа представленных в медицинских документах сведений для верификации диагноза</li> </ul>

<b>ОПК-6</b>	Готов к ведению медицинской документации.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- основные виды медицинской документации, используемой в медицинских организациях, в том числе при ведении пациентов</li> <li>- правила оформления медицинской документации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде</li> <li>- работать с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну</li> <li>- составлять план работы и отчет о своей работе</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками ведения медицинской документации, в том числе в электронном виде</li> <li>- навыками составления плана работы и отчета о своей работе</li> </ul>
<b>ОПК-11</b>	Готов к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- особенности оказания медицинской помощи населению с применением медицинских изделий, предусмотренных в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- применять медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</li> <li>- использовать медицинские изделия при осуществлении медицинского ухода</li> <li>- использовать соответствующие виды медицинского инструментария при диагностических и лечебных манипуляциях по оказанию различных видов медицинской помощи больным</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками применения медицинских изделий, предусмотренных в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</li> <li>- алгоритмом выполнения основных лечебных мероприятий с применением медицинских изделий, предусмотренных в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</li> </ul>
<b>ПК-2</b>	Способен и готов к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	<ul style="list-style-type: none"> <li>- перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении медицинских осмотров, диспансеризации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- назначать профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками назначения профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</li> <li>- навыками контроля соблюдения профилактических мероприятий</li> </ul>
<b>ПК-5</b>	Готов к сбору и анализу жалоб па-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- порядки оказания медицинской</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- осуществлять сбор жалоб,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками сбора жалоб, анамнеза</li> </ul>

	<p>циента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.</p>	<p>помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов</li> <li>- этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов</li> <li>- методику сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента</li> <li>- методику полного физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)</li> </ul>	<p>анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты</li> <li>- обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследования пациента, направления пациента на консультации к врачам-специалистам</li> <li>- анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований</li> <li>- интерпретировать результаты сбора информации о заболевании пациента, данные, полученные при лабораторном и инструментальном обследовании пациента, консультациях пациента врачами-специалистами</li> <li>- анализировать и интерпретировать данные, полученные при патолого-анатомических исследованиях</li> <li>- осуществлять раннюю диагностику заболеваний внутренних органов</li> <li>- проводить дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний</li> <li>- определять очередность объема, содержания и последовательности диагностических мероприятий</li> <li>- определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.</li> </ul>	<p>жизни и заболевания пациента</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками проведения полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)</li> <li>- навыками формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента</li> <li>- навыками направления пациента на лабораторное и инструментальное обследование, 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</li> <li>- навыками направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</li> <li>- навыками проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями / состояниями, в том числе неотложными</li> </ul>
--	---	--	--	--

<p><b>ПК-6</b></p>	<p>Способен к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.</p>	<p>- Международную статистическую классификацию болезней - алгоритм и критерии определения у больных различного профиля основных патологических состояний, синдромов, заболеваний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра (МКБ-Х)</p>	<p>- выделять основные патологические симптомы и синдромы, формулировать клинический диагноз в соответствии с МКБ-Х</p>	<p>- навыками установления диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных</p>
<p><b>ПК-7</b></p>	<p>Готов к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека</p>	<p>- признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами</p>	<p>- определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами</p>	<p>- навыками направления пациента, имеющего стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, на медико-социальную экспертизу</p>
<p><b>ПК-8</b></p>	<p>Способен к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.</p>	<p>- тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами - современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением - современные методы немедикаментозного лечения болезней и состояний у пациента в</p>	<p>- определять тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами - составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>- навыками определения тактики ведения и разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>

		соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - механизм действия немедикаментозного лечения; медицинские показания и противопоказания к его назначению; побочные эффекты, осложнения, вызванные его применением		
<b>ПК-9</b>	Готов к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	- тактики ведения больных в условиях поликлиники и дневного стационара	- назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, немедикаментозного лечения - планировать и контролировать	- навыками назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - навыками назначения немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - навыками оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения - навыками оказания паллиативной

			ведение больных с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками
<b>ПК-10</b>	Готов к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- основные лечебные мероприятия при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, показания к госпитализации</li> <li>- клиническую картину и возможные осложнения внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний различного профиля, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи</li> <li>- методы проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации больных</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</li> <li>- выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, оказывать помощь в случае обострения хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками оценки состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной форме</li> <li>- навыками распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</li> <li>- навыками оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента</li> <li>- навыками применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме</li> </ul>
<b>ПК-20</b>	Готов к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- основы анализа научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины, современные теоретические и экспериментальные методы научных исследований в медицине</li> <li>- основные требования к публичному представлению медицинской информации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- самостоятельно работать с источниками научно-медицинской информации</li> <li>- составлять отчеты (разделы отчета), литературные обзоры, доклады по теме или ее разделу (этапу задания)</li> <li>- использовать научно - медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт, реализовывать на практике знания и умения по представлению медицинской информации на основе доказательной медицины</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками изложения самостоятельной точки зрения, публичной речи, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов</li> <li>- навыками публичного представления медицинской информации на основе доказательной медицины</li> </ul>

### 3. Темы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении

Наименование темы дисциплины	Содержание темы	Код компетенции
1	2	3
История кафедры. Правовые аспекты хирургии.	История кафедры. Правовые аспекты хирургии, нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-7, ПК-20
Нагноительные заболевания легких. Синдром обструкции дыхательных путей. Клинический разбор.	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, способы эндоскопического гемостаза, гемостатической терапии, хирургическая тактика, показания к операции, виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20
Нагноительные заболевания легких. Варианты течения заболевания.	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, способы эндоскопического гемостаза, гемостатической терапии, хирургическая тактика, показания к операции, виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20
Нагноительные заболевания плевры. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, хирургическая тактика, показания к операции, виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20
Заболевания диафрагмы. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, хирургическая тактика, показания к операции, виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10,

		ПК-20
Легочные кровотечения. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, способы эндоскопического гемостаза, гемостатической терапии, хирургическая тактика, показания к операции, виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20
Острая артериальная непроходимость. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, способы консервативного лечения, хирургическая тактика, показания к операции, виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20
Хроническая артериальная недостаточность. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, показания и виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20
Хроническая артериальная недостаточность. Артерииты. Синдром Винивартера – Бюргера, синдром Такаясу. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, показания и виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20
Хирургические аспекты лечения ИБС. Синдром коронарной недостаточности. Кли-	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, миниинвазивная хирургия, показания к операции, виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8,

нический разбор. Варианты течения заболевания.		ПК-9, ПК-10, ПК-20
Острые тромбозы системы нижней полой вены. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, способы консервативного лечения, хирургическая тактика, показания к операции, виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20
Острые тромбозы системы нижней полой вены. ТЭЛА. Варианты течения заболевания.	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, показания и виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20
Хронические заболевания вен (ХЗВ). Варикозная болезнь. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, способы консервативного лечения, показания к операции, виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20
Хронические заболевания вен. Посттромбофлебитическая болезнь. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, показания и виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20
Инновации в хирургии.	Современные методы диагностики хирургической патологии, высокотехнологичные оперативные вмешательства. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-20

Синдром портальной гипертензии.	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, показания и виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20
Заболевания и повреждения пищевода. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, хирургическая тактика, показания к операции, виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20
Хронический панкреатит. Варианты течения заболевания.	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, хирургическая тактика, показания к операции, виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20
Кисты поджелудочной железы. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, хирургическая тактика, показания к операции, виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20
Современные методы диагностики и лечения ЖКБ.	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, хирургическая тактика, показания к операции, виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20
ПХЭС. Дифференци-	Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, хирургическая	ОПК-4, ОПК-5,

<p>альная диагностика желтух. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.</p>	<p>тактика, показания к операции, виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.</p>	<p>ОПК-6, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20</p>
<p>Холангит. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.</p>	<p>Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, хирургическая тактика, показания к операции, виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.</p>	<p>ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20</p>
<p>Гастродуоденальные кровотечения (ГДК). Болезни оперированного желудка. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.</p>	<p>Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, способы консервативного лечения, способы эндоскопического гемостаза, гемостатической терапии хирургическая тактика, показания к операции, виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.</p>	<p>ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20</p>
<p>Новое в хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.</p>	<p>Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, хирургическая тактика, показания к операции, виды оперативных вмешательств. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.</p>	<p>ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20</p>
<p>Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки.</p>	<p>Этиопатогенез, клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики, хирургическая тактика, показания к операции, виды оперативных вмешательств. Комиссионная проверка практических навыков у постели больного. Анализ научно-медицинской информации с учетом доказательной медицины.</p>	<p>ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-20</p>

#### 4. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах)

Наименование <i>тем</i> дисциплины	Контактная работа		Внеаудиторная (самостоятельная) работа	Итого часов	Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения		Формы текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации	
	всего	из них			Традиционные	Интерактивные		
		лекции						практические занятия
1	2	3	4	5	6	7	8	9
История кафедры. Правовые аспекты хирургии.	2	2			2	ЛВ, УФ, К	ЛП	
Нагноительные заболевания легких. Синдром обструкции дыхательных путей. Клинический разбор.	9	1	8	4	13	ЛВ, УФ, К	КПЗ, ЗС, Д КС	АКС, С
Нагноительные заболевания легких. Варианты течения заболевания.	9	1	8	4	13	ЛВ, УФ, К	КПЗ, ЗС, КС	АКС, С
Нагноительные заболевания плевры. Клинический разбор. Варианты те- чения заболевания.	8		8	4	12	УФ, СИ	КПЗ, ЗС, КС	АКС, С
Заболевания диафрагмы. Клинический разбор. Варианты те- чения заболевания.	8	2	6	4	12	ЛВ, УФ, К	КПЗ, ЗС, КС, Д	АКС, С
Легочные кровотечения. Клиниче- ский разбор. Варианты течения за- болевания.	8	2	6	4	12	ЛВ, УФ, К	КПЗ, ЗС, КС, Д, АУН	АКС, С
Острая артериальная непроходи- мость. Клинический разбор. Вариан- ты течения заболевания.	6	2	4	4	10	ЛВ, УФ, К	КПЗ, ЗС, КС	АКС, С
Хроническая артериальная недоста- точность. Облитерирующий атеро- склероз сосудов нижних конечност- стей. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	5	1	4	4	9	ЛВ, УФ, СИ, К	КПЗ, ЗС, КС, Д	АКС, С
Хроническая артериальная недоста- точность. Артерииты. Синдром Ви- нивартера – Бюргера, синдром Така- ясу. Клинический разбор. Варианты	5	1	4	4	9	ЛВ, УФ, СИ, К	КПЗ, ЗС, КС, Д, ИБ	АКС, С

течения заболевания.								
Хирургические аспекты лечения ИБС. Синдром коронарной недостаточности. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	6	2	4	4	10	ЛВ, УФ, К	КПЗ, ЗС, КС, ИБ	АКС, С
Острые тромбозы системы нижней полой вены. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	5	1	4	4	9	ЛВ, УФ, К	КПЗ, ЗС, КС	АКС, С
Острые тромбозы системы нижней полой вены. ТЭЛА. Варианты течения заболевания.	5	1	4	4	9	ЛВ, УФ, СИ, К	КПЗ, ЗС, КС	АКС, С
Хронические заболевания вен (ХЗВ). Варикозная болезнь. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	7	1	6	4	11	ЛВ, УФ, К	КПЗ, ЗС, КС, Д, АУН	АКС, С
Хронические заболевания вен. Посттромбофлебитическая болезнь. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	7	1	6	4	11	ЛВ, УФ, К	КПЗ, ЗС, КС, Д, ИБ	АКС, С
Инновации в хирургии.	2	2		2	4	ЛВ, УФ, К	ЛП	
Синдром портальной гипертензии.	2	2		2	4	ЛВ, УФ, К	ЛП	
Заболевания и повреждения пищевода. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	12	2	10	4	16	ЛВ, УФ, СИ, К	КПЗ, ЗС, КС, Д, ИБ	АКС, С
Хронический панкреатит. Варианты течения заболевания.	5	1	4	4	9	ЛВ, УФ, К	КПЗ, ЗС, КС, АУН, Д	АКС, С
Кисты поджелудочной железы. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	5	1	4	4	9	ЛВ, УФ, СИ, К	КПЗ, ЗС, КС, УИРС	АКС, С
Современные методы диагностики и лечения ЖКБ.	2	2		2	4	ЛВ, УФ, К	ЛП	
ПХЭС. Дифференциальная диагностика желтух. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	10	2	8	4	14	ЛВ, УФ, К	КПЗ, ЗС, КС, АУН Д	АКС, С

Холангит. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	10	2	8	4	14	ЛВ, УФ, К	КПЗ, ЗС, КС, Д, ИБ	АКС, С
Гастродуоденальные кровотечения (ГДК). Болезни оперированного желудка. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	8	2	6	4	12	ЛВ, УФ, СИ, К	КПЗ, ЗС, КС, ИБ	АКС, С
Новое в хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки. Клинический разбор. Варианты течения заболевания.	10	2	8	4	14	ЛВ, УФ, К	КПЗ, ЗС, КС	АКС, С
Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки.	6	-	6	4	10	УФ, СИ	КПЗ, ЗС, КС, Д, ИБ	АКС, С, Пр.
Экзамен	-	-	-	-	<b>36</b>			<b>Т, С</b>
<b>ИТОГО:</b>					<b>288</b>			

#### 4.1. Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения

<b>ЛВ</b>	лекция-визуализация	<b>ЗС</b>	решение ситуационных задач
<b>ЛП</b>	проблемная лекция	<b>КС</b>	анализ клинических случаев
<b>КПЗ</b>	клиническое практическое занятие	<b>ИБ</b>	подготовка истории болезни
<b>УФ</b>	учебный видеофильм	<b>Д</b>	дежурства в отделениях лечебной базы
<b>К</b>	написание конспектов	<b>АУН</b>	анализ и расшифровка учебных наборов (альбомов)
<b>СИ</b>	самостоятельное изучение тем, отраженных в программе, но не рассмотренных в аудиторных занятиях	<b>УИРС</b>	учебно-исследовательская работа студента

#### 4.2. Формы текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации

<b>АКС</b>	анализ клинических случаев (клинический разбор)	<b>Т</b>	тестирование
<b>С</b>	оценка по результатам собеседования (устный опрос)	<b>Пр.</b>	оценка освоения практических навыков (умений, владений)
<b>ЗИБ</b>	защита историй болезни		

## 5. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

### 1. Основная и дополнительная литература:

#### Основная литература:

1. Корнилов Т.А. Хирургические болезни : учебное пособие / Корнилов Т.А.. — 2-е изд. — Саратов : Ай Пи Эр Медиа, 2019. — 165 с.  
<https://www.iprbookshop.ru/79691..html>
2. Кузин, М. И. Хирургические болезни : учебник / М. И. Кузин, Н. М. Кузин, В. А. Кубышкин [и др. ]. - 5-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1024 с.  
<https://www.studentlibrary.ru/ru/doc/ISBN9785970470145-0000/000.html>

#### Дополнительная литература:

1. Савельев, В. С. Хирургические болезни. В 2 т. Том 1 : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 720 с.  
<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439982.html>
2. Савельев, В. С. Хирургические болезни. В 2 т. Том 2 : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 688 с.  
<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439999.html>
3. Практические навыки в хирургии и первая помощь при критических состояниях : учебное пособие / под ред. М. Д. Дибирова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 544 с.  
<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468067.html>
4. Обследование больного в клинике хирургических болезней. Учеб.-метод. пособие к практ. занятиям по хирургии.[Электронный ресурс]: / авт.-соавт.: Иванов С.В., Розберг Е.П.- 2016 – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).  
URL: [http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r\\_plus/irbis\\_webcgi.exe?S21COLORTERMS=0&LNG=&Z21D=GUEST&I21DBN=ECAT\\_FULLTEXT&P21DBN=ECAT&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=briefHTML\\_ft&S21CNR=5&C21COM=S&S21ALL=%3C.%3EI=CD-1836%2FII%2020-000431477%3C.%3E&USES21ALL=1](http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_plus/irbis_webcgi.exe?S21COLORTERMS=0&LNG=&Z21D=GUEST&I21DBN=ECAT_FULLTEXT&P21DBN=ECAT&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=briefHTML_ft&S21CNR=5&C21COM=S&S21ALL=%3C.%3EI=CD-1836%2FII%2020-000431477%3C.%3E&USES21ALL=1)

### 2. Периодические издания (журналы):

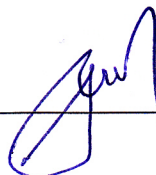
1. Журнал «Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова» - Доступ на платформе ИВИС  
<https://eivis.ru/browse/publication/117552/udb/12/хирургия-журнал-им-н-и-пирогова>
2. Журнал «Анналы хирургической гепатологии» - Доступ на платформе ИВИС

- <https://eivis.ru/browse/publication/65571/udb/12/анналы-хирургической-гепатологии>
3. Журнал «Ангиология и сосудистая хирургия». - Доступ на платформе ИВИС  
<https://eivis.ru/browse/publication/92539/udb/12/ангиология-и-сосудистая-хирургия>
  4. Журнал «Вестник новых медицинских технологий» - Доступ на платформе ИВИС  
<https://eivis.ru/browse/publication/266646/udb/12/вестник-новых-медицинских-технологий-электронное-издание>
  5. Журнал «Хирург» - Доступ на платформе ИВИС  
<https://eivis.ru/browse/publication/415126/udb/12/хирург>

### **3. Электронное информационное обеспечение и профессиональные базы данных:**

1. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. Электронный рубрикатор клинических рекомендаций URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
2. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://www.who.int/ru/>
3. Универсальная полнотекстовая база данных периодических изданий ИВИС <https://eivis.ru/>
4. КонсультантПлюс. URL: [https://kurskmed.com/department/library/page/Consultant\\_Plus](https://kurskmed.com/department/library/page/Consultant_Plus)
5. Официальный сайт научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU. URL: <https://elibrary.ru/>
6. Полнотекстовая база данных «Polpred.com Обзор СМИ». URL: <http://polpred.com/>
7. Официальный сайт научной электронной библиотеки «КиберЛенинка». URL: <https://cyberleninka.ru/>
8. Стандарты специализированной медицинской помощи URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>
9. Порядки оказания медицинской помощи населению Российской Федерации URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/4/stranitsa-857/poryadki-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-naseleniyu-rossiyskoy-federatsii>
10. Федеральные клинические рекомендации по хирургии URL: <https://общество-хирургов.рф/clinical-recomendation/>
11. Российское общество хирургов. URL: <http://xn----9sbdbejx7bdduahou3a5d.xn--plai/>

Ответственный за дисциплину \_\_\_\_\_



доцент А.В. Голиков

*Маслова Т.В. 11/03*

## 6. Материально-техническое обеспечение дисциплины

№ п/п	Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
1	Российская Федерация, 305007, г. Курск, ул. Сумская, д. 45а, 9 блок, 2 этаж, лекционная аудитория	<b>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа (240 п. м.):</b> специализированная мебель (учебная мебель, доска, трибуна лекторская); технические средства обучения, служащие для представления информации большой аудитории (проектор, экран, ноутбук, лазерная указка, микрофон).	1. Пакет офисного ПО – Microsoft Win Office Pro Plus 2010 RUS OLP NL, договор № 548 от 16.08.2010 2. Операционная система — Microsoft Win Pro 7, договор № 904 от 24.12.2010 3. Антивирус – Kaspersky Endpoint Security, договор № 832 от 15.10.2018 4. Программа для организации дистанционного обучения — ISpring Suite 7.1, договор № 652 от 21.09.2015
2	Российская Федерация, 305007, г. Курск, ул. Сумская, д. 45а, 6 этаж, каб. зав. кафедрой	<b>Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации:</b> специализированная мебель (учебная мебель, шкафы); технические средства обучения и демонстрационное оборудование (МФУ, ноутбук, слайд-проектор, диафокус Е, графпроектор, телевизор).	1. Программа для создания тестов — Adit Testdesk, договор № 444 от 22.06.2010 2. Программа для организации дистанционного обучения — ISpring Suite 7.1, договор № 652 от 21.09.2015 3. Пакет офисного ПО – Microsoft Win Office Pro Plus 2010 RUS OLP NL, договор № 548 от 16.08.2010 4. Операционная система — Microsoft Win Pro 7, договор № 904 от 24.12.2010 5. Антивирус – Kaspersky Endpoint Security, договор № 832 от 15.10.2018
3	Российская Федерация, 305007, г. Курск, ул. Сумская, д. 45а, 6 этаж, учебная комната №1	<b>Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации:</b> специализированная мебель (учебная мебель, шкафы, доска); технические средства обучения и демонстрационное оборудование (ноутбуки, телевизор, ксерокс, колонки звуковые, экран проекционный).	1. Программа для создания тестов — Adit Testdesk, договор № 444 от 22.06.2010 2. Программа для организации дистанционного обучения — ISpring Suite 7.1, договор № 652 от 21.09.2015 3. Пакет офисного ПО – Microsoft Win Office Pro Plus 2010 RUS OLP NL, договор № 548 от 16.08.2010 4. Операционная система — Microsoft Win Pro 7, договор № 904 от 24.12.2010 5. Антивирус – Kaspersky Endpoint Security, договор № 832 от 15.10.2018
4	Российская Федерация, 305007, г. Курск, ул. Сумская, д. 45а, 8 этаж, учебная комната №3	<b>Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации:</b> специализированная мебель (учебная мебель, шкаф); технические средства обучения и демонстрационное оборудование (негатоскоп, монитор).	1. Программа для создания тестов — Adit Testdesk, договор № 444 от 22.06.2010 2. Программа для организации дистанционного обучения — ISpring Suite 7.1, договор № 652 от 21.09.2015 3. Пакет офисного ПО – Microsoft Win Office Pro Plus

			2010 RUS OLP NL, договор № 548 от 16.08.2010 4. Операционная система — Microsoft Win Pro 7, договор № 904 от 24.12.2010 5. Антивирус – Kaspersky Endpoint Security, договор № 832 от 15.10.2018
5	Российская Федерация, 305007, г. Курск, ул. Сумская, д. 45а, 8 этаж, учебная комната №4	<b>Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации:</b> специализированная мебель (учебная мебель, шкаф, тумбочка); технические средства обучения и демонстрационное оборудование (телевизор, ноутбук, принтер, внешний HDD Toshiba Carvia).	1. Программа для создания тестов — Adit Testdesk, договор № 444 от 22.06.2010 2. Программа для организации дистанционного обучения — ISpring Suite 7.1, договор № 652 от 21.09.2015 3. Пакет офисного ПО – Microsoft Win Office Pro Plus 2010 RUS OLP NL, договор № 548 от 16.08.2010 4. Операционная система — Microsoft Win Pro 7, договор № 904 от 24.12.2010 5. Антивирус – Kaspersky Endpoint Security, договор № 832 от 15.10.2018
6	Российская Федерация, 305007, г. Курск, ул. Сумская, д. 45а (9-й блок), 2 этаж, учебная комната №5	<b>Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации:</b> специализированная мебель (учебная мебель, шкафы, тумбочка, доска); технические средства обучения и демонстрационное оборудование (телевизор, ноутбуки, мультимедиа-проектор, проекционный экран).	1. Программа для создания тестов — Adit Testdesk, договор № 444 от 22.06.2010 2. Программа для организации дистанционного обучения — ISpring Suite 7.1, договор № 652 от 21.09.2015 3. Пакет офисного ПО – Microsoft Win Office Pro Plus 2010 RUS OLP NL, договор № 548 от 16.08.2010 4. Операционная система — Microsoft Win Pro 7, договор № 904 от 24.12.2010 5. Антивирус – Kaspersky Endpoint Security, договор № 832 от 15.10.2018
7	Российская Федерация, 305524, Курская обл., Курский р-он, Рышковский с/с, х. Кислино, ул. Елисева, 1 ОБУЗ «Курский онкологический научно-клинический центр им. Е.Г. Островерхова» 1 этаж, учебная комната №6	<b>Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации:</b> специализированная мебель (учебная мебель, шкаф, доска); технические средства обучения и демонстрационное оборудование (ноутбуки, мультимедиа-проектор, проекционный экран).	1. Программа для создания тестов — Adit Testdesk, договор № 444 от 22.06.2010 2. Программа для организации дистанционного обучения — ISpring Suite 7.1, договор № 652 от 21.09.2015 3. Пакет офисного ПО – Microsoft Win Office Pro Plus 2010 RUS OLP NL, договор № 548 от 16.08.2010 4. Операционная система — Microsoft Win Pro 7, договор № 904 от 24.12.2010 5. Антивирус – Kaspersky Endpoint Security, договор № 832 от 15.10.2018
8	Российская Федерация, 305007, г. Курск, ул. Сумская, д. 45а, 1 этаж, экстренная операционная	<b>Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или)</b>	-

		<p><b>медицинскими изделиями:</b> стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, набор для операции «мини-доступ», набор микрохирургических инструментов, <b>универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу</b>, источник света эндоскопический, лапароскопическая эндовидеостойка с набором инструментов, низкотемпературный плазменный аппарат.</p>	
9	<p>Российская Федерация, 305007, г. Курск, ул. Сумская, д. 45а, 6 этаж, эндоскопическое отделение</p>	<p><b>Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями:</b> облучатель ультрафиолетовый бактерицидный настенный (для помещений), гастрофиброскоп, дуоденофиброскоп дуоденоскоп, видеоколоноскоп, лапароскопический комплекс Gimmi, стойка эндоскопическая аппаратная с набором инструментов Gimmi, видеокомплекс, видеосистема эндоскопическая, видеогастроскоп терапевтический, контрапульсатор внутрипортальный балонный.</p>	-
10	<p>Российская Федерация, 305007, г. Курск, ул. Сумская, д. 45а, 3 этаж, отделение функциональной диагностики</p>	<p><b>Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями:</b> электроэнцефалограф.</p>	-

## 7. Оценочные средства

### Вопросы для устной части экзамена

#### ТОРАКАЛЬНЫЙ МОДУЛЬ

1. Острый абсцесс легкого. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, спиральная компьютерная томография). Дифференциальная диагностика. Лечение.
2. Хронический абсцесс легкого. Классификация. Причины перехода острого абсцесса в хронический. Клиника. Диагностика (магнитно-резонансная томография, спиральная компьютерная томография). Лечение.
3. Гангрена легкого. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника.
4. Бронхоэктатическая болезнь. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника в зависимости от стадии процесса. Диагностика (магнитно-резонансная томография, спиральная компьютерная томография, аутофлуоресцентная бронхоскопия, ингаляция меченых аэрозолей). Дифференциальная диагностика. Лечение.
5. Воспалительные заболевания плевры. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
6. Острый гнойный плеврит. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
7. Хроническая эмпиема плевры. Классификация. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Пиопневмоторакс. Причины. Тотальный и ограниченный пиопневмоторакс, особенности их развития и клинического течения. Диагностика. Лечение.
9. Современные методы инструментальной диагностики объемных образований легких и плевры (аутофлуоресцентная бронхоскопия, магнитно-резонансная томография, спиральная компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография).
10. Неопухольевые заболевания пищевода. Классификация. Современные инструментальные методы исследования пищевода.
11. Ахалазия пищевода. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
12. Дивертикулы пищевода. Классификации. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
13. Химические ожоги пищевода. Этиология и патогенез. Клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде.
14. Рубцовые сужения пищевода. Клиника диагностика. Лечение бужированием (показания, сроки выполнения, виды и методы бужирования). Паллиативные и радикальные реконструктивные операции при рубцовых сужениях пищевода.
15. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Методы диагностики.
16. Диафрагмальные грыжи. Клиника. Способы хирургического лечения.
17. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Консервативное лечение скользящих грыж.
18. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Инструментальная диагностика скользящих и паразитофагальных грыж. (компьютерная томография, спиральная компьютерная томография). Показания к операции и методы хирургического лечения.
19. Параэзофагеальные грыжи. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.
20. Легочные кровотечения. Определение понятия. Классификация. Причины массивных легочных кровотечений.
21. Легочные кровотечения. Особенности кровообращения в легких. Причины необильных легочных кровотечений. Клиника. Диагностика. Хирургическая тактика при необильных легочных кровотечениях.
22. Легочные кровотечения. Отличие понятий «hemorrhage» и «hemoptysis». Методы топической диагностики легочных кровотечений.

23. Легочные кровотечения. Главные цели и общие принципы лечения. Парахирургические (миниинвазивные) методы лечения легочных кровотечений.
24. Кровотечения из варикозно - расширенных вен пищевода и желудка. Дифференциальная диагностика между легочным и пищеводным кровотечением. Методы лечения.

#### **ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЙ МОДУЛЬ**

1. Болезни оперированного желудка. Определение понятия. Этиопатогенез. Классификация.
2. Демпинг – синдром. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Синдром приводящей петли. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Пептическая язва анастомоза. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
5. Синдром Золлингера – Элиссона. Причины. Клиника. Методы диагностики.
6. Постхолецистэктомический синдром. Определение понятия. Причины развития. Классификация. Методы диагностики.
7. Дооперационные (магнитно-резонансная томография, спиральная компьютерная и эндоУЗИ) и интраоперационные (интраоперационное УЗИ, интраоперационная R-холангиография, холедохо- и панкреатикоскопия,) методы диагностики постхолецистэктомического синдрома. Методы оперативного лечения холедохолитиаза.
8. ПХЭС. Хирургическая тактика при механической желтухе неопухолевого генеза. Малоинвазивные технологии.
9. Постхолецистэктомический синдром. Показания к билиодигестивным анастомозам.
10. Дифференциальная диагностика желтух.
11. Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Показания к операции. Методы оперативного лечения.
12. Хронический панкреатит. Классификация. Клиника. Инструментальная диагностика (эндоУЗИ, панкреатикоскопия, спиральная компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография).
13. Миниинвазивные технологии в лечении хронического панкреатита.
14. Панкреатические свищи. Этиология. Клиника. Возможные пути лечения и профилактики.
15. Кисты поджелудочной железы. Этиология. Классификация. Клиника. Осложнения.
16. Методы инструментальной диагностики кист поджелудочной железы и их осложнений (УЗИ, компьютерная томография, спиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография).
17. Принципы хирургического лечения кист поджелудочной железы.
18. Холангит. Определение понятия. Этиология. Классификация.
19. Классификация холангита по тяжести TG 13 (Токийское руководство).
20. Алгоритм лечения в зависимости от тяжести холангита TG 13 (Токийское руководство).
21. Острый гнойный холангит. Патогенез. Клиника. Осложнения.
22. Острый гнойный холангит. Инструментальная диагностика (эндо-УЗИ, холедохоскопия, спиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография). Миниинвазивные технологии. Хирургическая тактика.
23. Особенности антибактериальной терапии при холангите согласно TG 13.
24. В каких случаях диагноз «Холангит» дополняется диагнозом «Сепсис»?
25. Желудочно – кишечные кровотечения. Классификация по Forest. Клиника в зависимости от локализации источника.
26. Классификация, клиника желудочно-кишечных кровотечений.
27. Клинические и эндоскопические критерии продолжающегося гастродуоденального кровотечения. Показания к оперативному лечению.
28. Перечислите наиболее эффективные методы эндогемастаза и их сочетание при желудочно-кишечных кровотечениях.
29. Современные методы лечения гастро-дуоденальных кровотечений.
30. Лабораторная и инструментальная диагностика желудочно – кишечных кровотечений.
31. Дифференциальная диагностика желудочно – кишечных кровотечений. Метод 2-х баллонной энтероскопии. Выбор метода оперативного вмешательства при желудочно – кишечных кровотечениях.

32. Новое в лапароскопической абдоминальной хирургии.
33. ЭндоУЗИ – преимущества метода перед транскутаным УЗИ.
34. Endo Clot – в чем состоит принцип данной методики, показание к применению.
35. Портальная гипертензия. Этиопатогенез. Классификация. Методы диагностики. Осложнения портальной гипертензии.
36. Механизм гемостатического действия стента Danish при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода.

#### **АНГИОЛОГИЧЕСКИЙ МОДУЛЬ**

1. Варикозная болезнь. Этиология. Патогенез. Классификация.
2. Варикозная болезнь. Клиника. Диагностика (УЗДАС, радионуклидная флебосцинтиграфия, флебография). Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению.
3. Варикозная болезнь. Дифференциальный диагноз.
4. Оперативные вмешательства при варикозной болезни. Современные технологии (миниинвазивные эндоваскулярные методы). Склеротерапия.
5. Острый и восходящий варикотромбофлебит. Клиника. Диагностика. Хирургическая тактика.
6. Острые венозные тромбозы. Этиопатогенез. Диагностика и консервативное лечение тромбозов системы нижней полой вены.
7. Флеботромбоз. Клиника. Диагностика (УЗДГ, дуплексное сканирование, радионуклидная флебосцинтиграфия, флебография). Дифференциальная диагностика. Лечение.
8. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология, патогенез. Методы диагностики.
9. Тромбоэмболия легочной артерии. Консервативное лечение. Методы хирургического лечения. Профилактика.
10. Хронические заболевания вен нижних конечностей. Этиология, патогенез. Методы лечения. Виды операций.
11. Посттромботическая болезнь. Определение понятия. Этиопатогенез. Классификация.
12. Хроническая артериальная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация.
13. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Определение понятия. Патогенез. Клинические формы.
14. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Методы диагностики. Принципы хирургического лечения.
15. Облитерирующий тромбангиит. Диагностика. Принципы консервативного и оперативного лечения.
16. Аневризма аорты. Этиология. Патогенез. Классификация. Методы диагностики.
17. Аневризмы артерий. Этиопатогенез. Методы диагностики и лечения.
18. Острый артериальный тромбоз. Этиопатогенез. Диагностика. Принципы хирургического лечения.
19. Артериальные эмболии. Механизм возникновения. Стадии ишемии по Савельеву. Диагностика. Принципы лечения.
20. Эмболия бедренной и подвздошной артерии. Клиника. Диагностика. Прямая и непрямая эмболэктомия.
21. Консервативные методы лечения острой артериальной непроходимости. Современные низкомолекулярные гепарины.
22. Отличия артериальных тромбозов от эмболий. Факторы, способствующие тромбообразованию.
23. Болезнь Винивартера-Бюргера. Определение понятия. Патогенез. Стадии заболевания. Клиника. Диагностика. Лечение.
24. Синдром Лериша. Клиника, диагностика. Принципы хирургического лечения.
25. Болезнь Такаясу. Клиника. Диагностика. Лечение.
26. Ишемическая болезнь сердца. Определение понятия. Классификация. Инструментальная диагностика.
27. Ишемическая болезнь сердца. Показания к коронарографии. Коронароангиопластика, стентирование коронарных артерий.
28. Ишемическая болезнь сердца. Клинически значимый стеноз, критический стеноз.

29. ИБС. Инструментальная диагностика (чреспищеводная эхокардиография, коронарография, однофотонная эмиссионная томография, томография миокарда, перфузионная сцинтиграфия миокарда, фракционный резерв кровотока, оптическая когерентная томография).
30. Хирургическое лечение ИБС.
31. Инновационные методы лечения ИБС.
32. ИБС. Показания к тромболизису. Препараты, используемые для тромболизиса.
33. Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность. Эпидемиология.
34. Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность. Этиологическая структура ишемического инсульта.
35. Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность. Показания к каротидному стентированию.
36. Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность. Противопоказания к эндоваскулярным вмешательствам.

#### **ВОПРОСЫ ПО СТАНДАРТАМ**

1. Что такое медицинские стандарты, порядки и клинические рекомендации.
2. Какова структура медицинских стандартов, и для какого использования они предназначены.
3. Какова структура порядков, и для какого использования они предназначены.
4. Какова структура клинических рекомендаций, и для какого использования они предназначены.

## Банк профессионально-ориентированных ситуационных задач для экзамена

### 1. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

Больная Л., 42 лет, поступила с жалобами на варикозное расширение вен левой нижней конечности, наличие трофической язвы на левой голени, не заживающей в течение 4-х лет.

Из анамнеза: 10 лет назад пациентка перенесла закрытый многооскольчатый перелом левой голени, который сопровождался выраженным отеком левой конечности после выполненного хирургического вмешательства металлоостеосинтеза. Варикозное расширение вен появилось через два года после операции. Еще через 4 года в нижней трети голени появилась язва.

Объективно: левая голень увеличена в объеме, большая подкожная вена и ее притоки на голени варикозно трансформированы. Отмечается циркулярная гиперпигментация и индурация кожи с подкожной клетчаткой в нижней трети голени. Имеется зажившая трофическая язва размерами 2,5x2 см над внутренней лодыжкой. Отделяемого из язвы нет.

1. Назовите основные нозологические формы заболеваний, входящие в ХЗВ.
2. Поставьте предварительный диагноз и назовите функциональные пробы, позволяющие оценить состояние глубоких вен нижних конечностей.
3. Составьте план инструментального обследования больного.
4. Назовите виды ангиографий, показания к ним (при заболеваниях артерий и вен). Преимущества рентгенконтрастного исследования, триплексного ангиосканирования вен. Какую информацию может дать дистальная флебография у данной больной?
5. Выберите лечебную тактику, укажите принципы консервативного лечения, назначьте конкретные лекарственные средства и определите прогноз заболевания в данном случае. Укажите преимущества эндоваскулярной облитерации перфорантных вен перед операцией Линтона-Фельдера.

### 2. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

Больная 48 лет, поступила в хирургический стационар с жалобами на расширение подкожных вен правой нижней конечности, наличие язвы по медиальной поверхности нижней трети правой голени, отеки правой нижней конечности. Считает себя больной на протяжении 10 лет, когда перенесла перелом правой большеберцовой кости. Была прооперированна – выполнен металлоостеосинтез правой большеберцовой кости. Послеоперационный период сопровождался выраженной отеком правой голени. Расширение вен правой нижней конечности появилось спустя 3 года после операции; трофическая язва – спустя 4 года; не заживает последние 2 года.

Локальный статус: при осмотре кожные покровы правой голени обычной окраски, имеются множественные очаги гиперпигментации и липодерматосклероза. Диаметр правой голени на 3см больше левой. Отмечается варикозное расширение ствола большой подкожной вены и его притоков на бедре и голени, межсафенных анастомозов, ретикулярный варикоз. На медиальной поверхности нижней трети правой голени локализуется трофическая язва 3x2 см со скудным серозным отделяемым. Контрлатеральная конечность не изменена.

1. Представьте ВОЗ классификацию хронической венозной недостаточности.
2. Поставьте предварительный диагноз и назовите функциональные пробы, позволяющие судить о состоянии глубоких вен нижних конечностей (проходимы или непроходимы).
3. Составьте план инструментального обследования больного.
4. Назовите виды ангиографий, показания к ним (при заболеваниях артерий и вен). Преимущества рентгенконтрастного исследования, триплексного ангиосканирования вен. Какую информацию может дать дистальная флебография у данной больной?

5. Выберите лечебную тактику, укажите принципы консервативного лечения, назначьте конкретные лекарственные средства и определите прогноз заболевания в данном случае. Укажите преимущества эндоваскулярной облитерации перфорантных вен перед операцией Линтона-Фельдера.

### 3. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

Больная А., 46 лет, полгода назад радикально прооперирована по поводу рака молочной железы, поступила с жалобами на сильные боли распирающего характера в левой нижней конечности, отек конечности до паховой складки, повышение температуры тела до 38 °С. Больна 3 дня, когда среди полного благополучия появились боли, а на следующий день присоединился отек всей конечности.

Объективно: кожа левой н/к цианотична, напряжена, “лоснится”. Окружность левой голени больше правой на 6 см. рисунок подкожных вен усилен. Движения в суставах возможны, но крайне болезненны. Так же отмечается резкая болезненность при пальпации голени. Положительны симптомы Мозеса, Хоманса, Опитца.

1. Назовите основные причины возникновения венозных тромбозов.
2. Поставьте предварительный диагноз и назовите функциональные пробы, характерные для поражения глубоких вен нижних конечностей.
3. Составьте план инструментального обследования больной.
4. Назовите виды флебографии, показания к ним, преимущества и недостатки рентгенконтрастного исследования и триплексного ангиосканирования вен. Какую информацию может дать илиокаваграфия у данной больной?
5. Выберите лечебную тактику, укажите методы хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии, назначьте конкретные лекарственные средства и определите прогноз заболевания в данном случае.

### 4. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

Больная 28 лет, обратилась к ангиохирургу, с жалобами на наличие расширенных и извитых подкожных вен по внутренней поверхности правого бедра и голени; транзиторные отеки нижней трети голени к концу рабочего дня с обеих сторон, исчезающие после ночного отдыха; периодические боли ноющего характера в области лодыжек правой голени после длительного пребывания на ногах; ночные судороги в икроножных мышцах. Считает себя больной на протяжении 5 лет, когда впервые, после родов, заметила появление расширения подкожных вен по внутренней поверхности правого бедра и голени, спустя несколько лет появились отеки. Больная работает парикмахером. Анамнез отягощен: у матери имеются похожие симптомы.

Объективно: общее состояние удовлетворительное; больная повышенного питания; со стороны внутренних органов без изменений.

Локальный статус: правая н/конечность не увеличена в объеме, кожные покровы не изменены. На бедре и голени определяются расширенные и извитые подкожные вены, больше по медиальной поверхности. Кожа над ними не изменена, пальпация безболезненна. Отека стопы и голени нет. На контрлатеральной конечности имеется ретикулярный варикоз.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Охарактеризуйте степени хронической венозной недостаточности.
3. Составьте план инструментального обследования больной для подтверждения Вашего диагноза.
4. Охарактеризуйте метод флебосцинтиграфии.
5. Определите методы хирургического и послеоперационного лечения данного заболевания.

## 5. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

Больной 40 лет, рыбак, поступил с жалобами на утомляемость нижних конечностей, боли, парестезии в голених и перемежающуюся хромоту. Заболевание началось три года тому назад с тромбофлебита подкожных вен стоп. Затем отмечался тромбофлебит подкожных вен голених. В течение последнего года стали беспокоить утомляемость и парестезии в нижних конечностях, отечность в надлодыжечных областях после ходьбы и стояния. Неделю тому назад появилась перемежающаяся хромота 400-500 метров.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, со стороны внутренних органов патологии нет, на стопах и голених имеются отдельные участки гиперпигментации кожи. Пульсация на бедренных и подколенных артериях удовлетворительная, на артериях стоп пульс не определяется.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Варианты течения данного заболевания?
3. Методы инструментальной диагностики.
4. Схема лечения данного заболевания.

## 6. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

Больная О., 36 лет, поступила с жалобами на отечность правой голени и стопы, боли распирающего характера в мышцах правой голени, особенно после физической нагрузки, повышенную утомляемость нижних конечностей. 12 лет назад после родов больная перенесла илеофemorальный флеботромбоз. После этого беспокоят выше перечисленные жалобы. Объективно: правая голень умеренно дилатирована, варикозного расширения вен нет, в нижней трети голени отмечается индурация подкожной клетчатки и гиперпигментация кожных покровов.

1. Назовите основные причины ХВН.
2. Поставьте предварительный диагноз и назовите пробы, характеризующие проходимость глубоких вен нижних конечностей.
3. Составьте план инструментального обследования больной.
4. Назовите виды флебографии, показания к ним. Какую информацию может дать дистальная флебография у данной больной?
5. Выберите лечебную тактику, укажите принципы консервативного лечения, назначьте конкретные лекарственные средства и определите прогноз заболевания в данном случае.

## 7. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

Больная 37 лет, беременная 24 недели, поступила в стационар с жалобами на интенсивные боли в правой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры тела. Считает себя больной в течение 3 суток. Заболевание началось с появления судорожных сокращений икроножных мышц, на следующие сутки появились выше описанные боли, а еще через сутки – отек голени. Объективно: общее состояние удовлетворительное; со стороны внутренних органов патологии не выявлено, температура тела – 37,4°C. Локальный статус: кожные покровы правой стопы и голени гиперемированы, напряжены, лоснятся. Усилен рисунок подкожных вен. Окружность правой голени больше левой на 5 см. Пальпация резко болезненна, особенно по ходу сосудистого пучка вплоть до подколенной ямки. Активные движения сохранены, но ограничены из-за выраженной болезненности. Контрлатеральная конечность без особенностей.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?

2. Какие специфические симптомы необходимо проверить для его подтверждения?
3. Какой лабораторный тест позволяет исключить тромботический процесс.
4. Составьте план инструментального обследования больной для подтверждения диагноза.
5. Определите метод лечения данного заболевания, обоснуйте назначение режима, диеты и лекарственных препаратов. Назовите преимущества НМГ перед НФГ.
6. Определите показания к тромбоэктомии.

## 8. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

Больная К., 60 лет находится на лечении в терапевтическом отделении с диагнозом: ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, мерцательная аритмия, нормосистолическая форма, НИ. Утром внезапно почувствовала резкую боль в левой ноге, зябкость конечности.

На момент осмотра отмечается: правая нижняя конечность теплая, пульсация определяется на всех артериях. Левая стопа и голень холодные, бледные, чувствительность стопы и голени резко снижена. Активные движения в пальцах стопы и голеностопном суставе отсутствуют, пассивные сохранены. Пульсация сосудов на правой нижней конечности определяется на всех уровнях. На левой нижней конечности пульсация сосудов не определяется. Икроножные мышцы при пальпации мягкие, безболезненные.

1. Какой диагноз Вы считаете наиболее вероятным?
2. Объясните различие в понятиях «тромбоз» и «эмболия».
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
4. Определите метод лечения данного заболевания, укажите группы необходимых лекарственных препаратов и методы лабораторного контроля их эффективности.
5. К какой группе препаратов относятся Фраксипарин, Клексан, Фрагмин, Ривароксабан, Ксарелто, Дабигатран? Укажите их преимущество перед НФГ?

## 9. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

Больной 35 лет, страдающий комбинированным пороком сердца, поступил в клинику с жалобами на острые боли в правой нижней конечности. Последняя мраморно-цианотичной окраски, холодная на ощупь до средней трети бедра. Икроножные мышцы отечны и резко болезненны при пальпации. Стопа отвисает. Активные движения в пальцах и голеностопном суставе отсутствуют, пассивные сохранены. Определяется пульсация на правой бедренной артерии. Контрлатеральная конечность без патологии.

1. Какой диагноз Вы считаете наиболее вероятным?
2. Охарактеризуйте степени ишемии конечности при острой артериальной непроходимости (I А, Б; II А, Б; III А, Б, В по Савельеву В.С.)
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
4. Физический смысл эффекта Доплера. Виды доплеровского исследования.
5. Определите метод лечения данного заболевания и укажите группы необходимых лекарственных препаратов.

## 10. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

У больного 60 лет, заядлого курильщика, 3 месяца назад появилась хромота: через каждые 300-400 метров он был вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Перед госпитализацией это расстояние сократилось до 100 метров, стали возникать боли в голених и стопах в покое, появились боли в I пальце правой стопы, на пальце образовалась глубокая некротическая язва. Голени больного имеют мраморную окраску, дистальные части стоп синюшно-багрового цвета. Ногти сухие, ломкие, волосяной покров отсутствует. Пульсация на подколенных артериях ослаблена, на артериях стопы отсутствует.

1. Какой диагноз Вы считаете наиболее вероятным?
2. Дайте определение понятия «критическая ишемия».
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
4. Определите метод лечения данного заболевания, назовите необходимые группы лекарственных препаратов. Оперативное лечение при периферическом сегменте.
5. Что такое биодеградируемый стент?

### **11. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больной 20 лет, поступил с жалобами на боли в икроножных мышцах, возникающие при прохождении 150-200м, зябкость, онемение конечностей. Заболел 1 год тому назад. За лечебной помощью не обращался.

Объективно: состояние больного удовлетворительное. Изменение со стороны органов брюшной полости нет. Кожные покровы стоп бледной окраски, кончики пальцев стоп багрово-цианотичные. Ногтевые пластинки тусклые. Пульсация отчетливая на бедренных и подколенных артериях, на артериях стоп резко ослабленная. Положительные результаты проб Опеля, Гольдфлама, Ленъель-Левостина.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какова концепция лечения данного заболевания?
4. Каковы факторы риска развития ХАН?

### **12. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больной 52 лет поступил с жалобами на зябкость, парестезии, перемежающуюся хромоту через 150-200м. заболел около 2 лет тому назад. За медицинской помощью не обращался.

Объективно: состояние удовлетворительное; выглядит старше своих лет; сердечные тоны ритмичные, акцент второго тона на аорте; АД 160-90 мм рт.ст.

Кожные покровы нижних конечностей бледноватые, трофических расстройств нет. Пульсация на левой бедренной артерии ослаблена, на правой бедренной артерии удовлетворительная; на подколенных и артериях стоп пульс не определяется. Проба Опеля отрицательная; пробы Ратшова и Гольдфлама дают положительные результаты.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какова классификация стадий нарушения кровообращения в нижних конечностях по А.В. Покровскому?
3. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. При каком проценте редукции просвета стеноз артерии становится гемодинамически значимым?
5. Определите метод лечения данного заболевания.
6. Перечислите нозологические формы ХАН.

### 13. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

Больная 36 лет, поступила с жалобами на слабость, боли и парестезии в правой руке, приступообразные головные боли, сопровождающиеся кратковременной слепотой правого глаза, левосторонним гемипарезом. Считает себя больной 3 года, когда стали отмечаться утомляемость, боли и парестезии в правой руке, а затем присоединились головные боли, ухудшение зрения на правый глаз, слабость левой руки и ноги при этих приступах.

Объективно: пульс на правой лучевой и правой сонной артерии ослаблен, артериальное давление крови на левой руке 140/85, на правой — 90/60 мм рт. ст.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Выберите лечебную тактику у данной больной?
4. Укажите возможности миниинвазивной хирургии в этом клиническом случае.
5. Назовите низкомолекулярные гепарины и их преимущество перед обычными.
6. Перечислите синдромы при болезни Такаясу.

### 14. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

Больная 40 лет, доставлена в приемное отделение хирургической клиники бригадой СМП с жалобами на интенсивные острые боли в левой нижней конечности и отсутствие движения в ней. Считает себя больной 48 часов, когда среди полного благополучия, внезапно появился выше описанный болевой синдром. Больная страдает комбинированным пороком сердца.

Локальный статус: кожные покровы левой нижней конечности мраморно-цианотичной окраски до коленного сустава, холодные; икроножные мышцы напряжены и резко болезненны при пальпации; подкожные вены запустевшие. Стопа отвисает. Активные движения в пальцах и голеностопном суставе отсутствуют. Пульсация определяется только на бедренной артерии. Правая нижняя конечность не изменена.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Охарактеризуйте степени ишемии при острой артериальной непроходимости.
3. Составьте план инструментального обследования больной для подтверждения Вашего диагноза.
4. Причины ТЭ?
5. Определите методы лечения данного заболевания. Выберите методику операции.
6. Перечислите низкомолекулярные гепарины.

### 15. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

Состояние больной, 63 лет, находящейся в отделении по поводу левосторонней нижнедолевой пневмонии, резко ухудшилось, появилась одышка, сильные боли в левой половине грудной клетки, озноб.

Объективно: бледность кожных покровов, акроцианоз, пульс – 110 уд. в мин., число дыхательных движений 28 в мин. Левая половина грудной клетки отстает в дыхании, аускультативно – до IV ребра дыхание не прослушивается, перкуторно – звук тупой по линии Эллиса – Дамуазо – Соколова. На рентгенограмме грудной клетки определяется гомогенное затемнение с уровнем жидкости.

1. Какой диагноз Вы считаете вероятным?
2. Патогенетическая аргументация описанной клинической картины.

3. Диагностический алгоритм при данной патологии?
4. Консервативные способы лечения.
5. Методы малой хирургии в лечении данной патологии.

## **16. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больному Д., 42 лет, была произведена пневмонэктомия по поводу множественных хронических абсцессов правого легкого. В послеоперационном периоде на 14 сутки появилась фебрильная температура тела, слабость. Плевральная полость была дренирована во II и VIII межреберьях с последующим санированием растворами антисептиков. По дренажу отмечалось продувание воздуха при кашле. Лечение на протяжении двух месяцев с незначительным эффектом.

1. Какой диагноз Вы считаете наиболее вероятным?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
3. Определите методы лечения данного заболевания.
4. Приведите классификацию эмпиемы плевры:
  - по локализации;
  - по течению.

## **17. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

У больного Л., 44 лет, после переохлаждения поднялась температура до 39°C, появились боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, появился кашель. Мокрота почти не выделялась. Температура держалась 8 дней, несмотря на интенсивное противовоспалительное 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 выявлено.

1. Какой диагноз Вы считаете наиболее вероятным?
2. Перечислите нагноительные заболевания легких.
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
4. Определите тактику лечения данного заболевания.
5. Назовите современные методы остановки легочного кровотечения.

## **18. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больной Ф., 24 лет. Больного беспокоят кашель в течение 3 месяцев, преимущественно по утрам, стала появляться в небольшом количестве гнойная мокрота. При малейшем охлаждении на 1—2 дня поднималась температура до 37,5 - 38°C.

При осмотре больного отмечено отставание левой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии — укорочение перкуторного звука под левой лопаткой. Аускультативно — ослабленное дыхание в нижних отделах левого легкого сзади. Анализ крови без особенностей. При рентгенологическом исследовании: легочные поля прозрачны, но левое легочное поле сужено, приподнята диафрагма и тень средостения смещена влево.

1. Какой диагноз Вы считаете наиболее вероятным?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
3. Определите метод лечения данного заболевания.
4. Приведите классификацию бронхоэктатической болезни и показания для оперативного лечения.

### **19. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

У больного Т., 40 лет, 2 мес. назад появилась прогрессирующая дисфагия. Он похудел, но аппетит сохраняется хорошим, никаких изменений в анализе крови не обнаружено. При рентгенологическом исследовании в нижней трети пищевода обнаружен довольно большой “дефект наполнения” со стороны левой стенки пищевода, но контуры “дефекта” ровные, хотя перистальтика на этом уровне отсутствует.

1. Какой диагноз Вы считаете наиболее вероятным?
2. Какова длина пищевода?
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
4. Определите метод лечения данного заболевания.
5. Назовите оперативные доступы к отделам пищевода.

### **20. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

У больной В., 52 лет, полгода назад появились жалобы на боли за грудиной во время приема пищи и почти постоянное чувство сильного жжения в пищеводе. Изредка наблюдались явления дисфагии. После рентгенологического исследования было установлено наличие мешковидного выпячивания стенки пищевода в ретрокардиальном отделе размером 3X4 см, располагавшегося тотчас ниже дуги аорты. Больная не лечилась.

1. Какой диагноз Вы считаете наиболее вероятным?
2. Перечислите основные симптомы, характерные для большинства заболеваний пищевода.
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза? по-
4. Определите метод лечения данного заболевания.
5. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
6. Методика проведения R-логического исследования органов шеи по Земцову.

### **21. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больная 30 лет обратилась за медицинской помощью с жалобами на жгучие боли за грудиной, в подложечной области. Боль усиливается в горизонтальном положении, при наклонах туловища вперед, отмечает также периодическое появление изжоги.

На ЭКГ – патологических изменений не выявлено. Во время R- исследования ЖКТ в положении лежа отмечается рефлюкс бариевой взвеси в пищевод, уменьшение газового пузыря желудка, развернут угол Гиса, продолжение складок желудка выше диафрагмы.

1. Какой диагноз Вы считаете вероятным?
2. Напишите диагностико–лечебный алгоритм при данной патологии?
3. Дифференциальная диагностика предполагаемой патологии.

4. Способы оперативного лечения.
5. Что такое внеслизистая эзофагокардиомиотомия.

## **22. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

У больного 53 лет, находящегося на лечении по поводу тяжело протекающей пневмонии в течении 3 недель, неожиданно наступило улучшение после отхождения большого количества мокроты «полным ртом». При этом снизилась температура, лейкоцитоз, улучшился сон и аппетит. При объективном исследовании справа ниже угла лопатки перкуторно определяется зона тимпанического звука аускультативно – аморфическое дыхание. На рентгенограмме грудной клетки в 2–х проекциях справа определяется полость округлой формы с уровнем жидкости в нижней доле легкого.

1. Какой диагноз Вы считаете вероятным?
2. Основные методы рентгенологической диагностики.
3. Назовите диагностико – лечебный алгоритм при данной патологии.
4. Новое в хирургическом лечении легочных деструкций.
5. Опишите клинику стадии легочной инфильтрации.

## **23. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

У больного, 18 лет, считающего себя совершенно здоровым, при профилактическом осмотре на флюорограмме обнаружена округлой формы гомогенная тень с четкими границами в верхней доле правого легкого диаметром 6 см.

1. Какой диагноз Вы считаете вероятным?
2. Дифференциальный диагноз при данной патологии.
3. Диагностико – лечебный алгоритм при данной патологии?
4. Перечислите способы биопсии легочной паренхимы.

## **24. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

В клинику потупил больной 53 лет с жалобами на дисфагию (проходит лишь твердая пища), общую слабость, похудание, периодически срыгивание пищи. Болен 5 лет. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы с землистым оттенком, тургор кожи снижен, живот мягкий, безболезненный. В анализах крови определяется умеренная анемия и гипопропротеинемия. При рентгеноскопии пищевода выявлено сужение в области кардиального жома.

1. Какой предварительный диагноз Вы считаете вероятным?
2. Дифференциальный диагноз при данной патологии.
3. Какие исследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?
4. Какая стадия заболевания имеется у больного?
5. Назовите способы оперативного лечения.

## **25. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больной Н., 40 лет переведен из терапевтического отделения, где он находился в течение 2 недель по поводу пневмонии. Беспокоят сильные боли в правой половине грудной клетки, ознобы с проливными потами, сухой кашель.

Состояние больного ухудшилось 2 дня назад. Температура тела 38С. При перкуссии - притупление перкуторного звука справа ниже угла лопатки; здесь же аускультативно выслушивается бронхиальное дыхание. Лейкоцитоз  $18 \cdot 10^9/\text{л}$  со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

1. Какой предварительный диагноз Вы считаете вероятным?
2. Какие исследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?
3. Укажите тактику консервативного лечения.
4. Назовите способы малой хирургии.

## 26. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

Больной 63 лет, пониженного питания, курильщик со стажем 20 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, похудание, периодически сухой кашель, повышение температуры, боли в правой половине грудной клетки, быструю утомляемость, одышку. Аускультативно в верхних отделах правого легкого умеренно ослабленное везикулярное дыхание, одиночные влажные и сухие хрипы. Перкуторно в этой области притупление легочного звука. На КТ грудной клетки в верхней доле правого легкого определяется округлой формы образование, с нечеткими краями диаметром 5 см.

1. Какой предварительный диагноз Вы считаете вероятным?
2. Какие исследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Что такое позитронно-эмиссионная томография?
5. Назовите виды оперативных вмешательств при данном заболевании.

## 27. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

Больной Т. 45 лет злоупотребляющий алкоголем заболел остро, после переохлаждения беспокоили кашель с мокротой неприятного запаха до 70 мл в сутки, слабость, умеренные боли в грудной клетке справа, повышение температуры тела до 38,6.

Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз. Правая половина грудной клетки отстаёт в дыхании. Аускультативно дыхание ниже угла лопатки ослаблено, прослушивается влажные хрипы и амфорическое дыхание. PS 116 уд. в мин. АД 120/70 мм. рт. ст. ЧД 24 в мин.

При обзорной R – графии грудной клетки в верхней половине правого легкого отмечается полость размерами 6х6х8 см с уровнем жидкости. При пункции образования получен гной.

1. Какой диагноз Вы считаете вероятным?
2. Какие методы диагностики необходимо провести для постановки окончательного диагноза?
3. Какие антибиотики назначаются при нагноительных заболеваниях легких?
4. Укажите методы лечения данного заболевания.

## 28. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

Больной 48 лет жалуется на сухой кашель, слабость, упадок сил, одышку. Считает себя больным около месяца.

Объективно: слева в верхних отделах легкого выслушивается ослабленное дыхание. СОЭ – 45 мм/час. В скудной мокроте слизистого характера много эритроцитов. Рентгенографически в верхней доле левого легкого определяется неравномерной интенсивности затмение без четких

границ. На боковом снимке – ателектаз в средней доле. При бронхографии было выявлено значительное сужение верхнедолевого бронха, изъеденность его контуров.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?
3. Какие данные можно получить при использовании позитронно – эмиссионной томографии.
4. Что такое онкомаркеры?
5. Укажите тактику лечения данного заболевания.

### **29. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больной Я., 44 лет поступил в клинику с жалобами на периодические боли в левом подреберье, чувство тяжести в эпигастриальной области, наличие опухолевидного образования в животе. 6 месяцев тому назад перенес острый панкреатит, по поводу которого проводилась консервативная терапия. Состояние больного улучшилось. Через 2 месяца после выписки из стационара стал отмечать ноющие боли в левом подреберье и наличие неподвижного опухолевидного образования, мягкоэластичной консистенции.

1. Какой предварительный диагноз Вы считаете наиболее вероятным?
2. Какие инструментальные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
3. Укажите тактику лечения у данного больного, основываясь на данные полученные при обследовании?
4. Какие виды оперативного лечения можно применить у данного больного?
5. Что такое «Наemosacus pancreaticus»?

### **30. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больной 45 лет поступил с жалобами на нарастающую слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, сердцебиение.

Страдает язвенной болезнью желудка в течение последних 5 лет. В день поступления возникла рвота жидкостью цвета «кофейной гущи», повторявшаяся дважды, один раз был дегтеобразный стул. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные. Пульс 108 уд. в мин., АД 90/60 мм. рт. ст.. При динамическом наблюдении за состоянием больного выявлено, что показатели гемодинамики, гематокрита, общего анализа крови, а также данные ФГДС не говорят о стабилизации состояния, несмотря на проводимую инфузионную и гемостатическую терапию.

1. Какой ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Какие средства необходимы для проведения консервативной терапии?
4. Назовите виды оперативных вмешательств при данной патологии?
5. Какую роль в осуществлении гемостаза играют эндовазальные методики?

### **31. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больной 56 лет поступил в клинику с жалобами на тупые боли в правом подреберье, желтушность кожи, периодические подъемы температуры до 38-39 С, сопровождающиеся ознобами; кожный зуд; общую слабость.

2 года тому назад перенес операцию холецистэктомии по экстренным показаниям, после чего чувствовал себя вполне удовлетворительно. Заболел остро 3 дня тому назад.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы желтушны, многочисленные следы расчесов; PS – 116 уд. в мин., АД 110/60 мм. рт. ст., живот при пальпации мягкий болезненный в правом подреберье, печень + 3 см.; селезенка не пальпируется; моча бурого цвета, суточный диурез 350 мл, кал обесцвечен.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Инструментальные и лабораторные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
3. Методы декомпрессии желчных путей (эндоскопические, чрезкожные).
4. Возможно ли растворение желчных камней?

### **32. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больной Х., 46 лет, поступил в кардиологическое отделение КОКБ с жалобами на боли за грудиной давящего характера, с иррадиацией в левую лопатку, на перебои в работе сердца, на одышку при физической нагрузке, общую слабость.

Из анамнеза: страдает ИБС в течение 8 лет. 2 года назад проходил стационарное лечение, поставлен диагноз ИБС, стенокардия напряжения, II ФК. Пароксизмальная форма мерцательной аритмии. Гипертоническая болезнь II степени, риск 4. ХСН II А, II ФК. В течение 2 месяцев отмечает увеличение количества, продолжительности и интенсивности приступов стенокардии на фоне приема медикаментов.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное. ЧДД = 23 в минуту. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС = PS = 80 уд/мин. АД = 140/90. Живот мягкий, безболезненный.

Лабораторные показатели: холестерин общий - 6.8 ммоль/л, кардиоспецифичные биомаркеры в пределах нормы. ЭКГ: ЭОС отклонена влево, депрессия ST в отведениях I, II, aVL, V3-V6. Инверсия T в отведениях I, II, aVF.

ЭхоКГ: толщина МЖП (в диастолу) 12 мм, толщина ЗСЛЖ (в диастолу) 14 мм. ФВ - 55 %. ЦВД 130 мм водн ст.

На фоне медикаментозной терапии, проводимой в течение 2 недель с момента текущей госпитализации, положительной динамики не отмечается. Проведена коронарография: обнаружен стеноз передней нисходящей ветви левой коронарной артерии (68%).

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите показания к коронарографии. Обосновано ли проведение коронарографии данному пациенту?
3. Какое хирургическое вмешательство/медикаментозное лечение Вы можете рекомендовать больному?
4. Перечислите показания к аорто-коронарному шунтированию и стентированию коронарных артерий.
5. Опишите особенности биодеградируемых стентов.

### **33. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больная У., 32 года, поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, кожный зуд, периодически возникающую желтуху с ознобами и лихорадкой. Год назад была оперирована по поводу деструктивного холецистита. Течение после операционного периода тяжелое, сформировался наружный желчный свищ. При дальнейшем лечении отделяемое по свищу уменьшалось, а затем и полностью прекратилась. Больную начали беспокоить боли в правом подреберье.

рье, периодические ознобы с лихорадкой, после приступов отмечала потемнение мочи и обесцвеченный кал.

При поступлении состояние больной средней тяжести. Желтухи нет, однако на коже - следы расчесов, периодические подъемы температуры до  $39^{\circ}\text{C}$  с ознобами и проливным потом. На УЗИ желчная гипертензия.

1. Какой предварительный диагноз Вы считаете вероятным.
2. Назовите классы степеней тяжести холангита согласно TG13.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза.
4. Укажите лечебную тактику, основываясь на полученные при дообследовании данные.

#### **34. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больная М., 43-х лет, поступила в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, сопровождающиеся желтухой и повышением температуры.

4 года назад произведена холецистэктомия по поводу желчно – каменной болезни. 2 года назад в связи с рецидивом болей и желтухой наложен холедоходуоденоанастомоз. 1 год назад возобновились приступы болей в правом подреберье с повышением температуры и кратковременной желтухой. При УЗИ признаки желчной гипертензии. Повышение уровня билирубина за счет прямой фракции.

1. Какой предварительный диагноз Вы считаете наиболее вероятным?
2. Какие инструментальные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
3. Диагностические критерии TG13 при остром холангите.
4. Возможные миниинвазивные вмешательства в данной клинической ситуации.

#### **35. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больной Р., 48 лет, предъявляет жалобы на «жгучие боли» в прекардиальной области с иррадиацией в нижнюю челюсть, левое плечо, возникающие при физической нагрузке (прохождение 500 метров или подъем на второй этаж) а также после курения, продолжающиеся более 15 минут и купирующиеся самостоятельно во время отдыха или приемом нитроглицерина, на головокружение, головные боли, одышку.

Из анамнеза заболевания: в течение 2 лет отмечает «жгучие» боли за грудиной при ходьбе на большие расстояния, проходящие через несколько минут при остановке. В течение года отмечает повышение АД до 190/110 мм.рт.ст, обычно бессимптомное, редко – сопровождается головной болью, носовыми кровотечениями, головокружением. Антигипертензивных препаратов регулярно не принимал, до настоящей госпитализации по поводу своего состояния к врачам не обращался. 2 года назад перенес инфаркт миокарда. 2 часа тому назад в покое начались давящие боли за грудиной, не снимающиеся приемом нитроглицерина.

Анамнез жизни: пациент курит в течение 20 лет.

Объективно: повышенного питания (вес 88 кг, рост 168 см). Кожные покровы гиперемированы, чистые, повышенной влажности. Отёков нет. Дыхание жесткое, с обеих сторон в подлопаточных областях большое количество влажных мелкопузырчатых хрипов, ЧД 26 в мин. Верхушечный толчок в V межреберье по левой СКЛ, разлитой, ослаблен. Границы относительной сердечной тупости: правая - 1 см вправо от правого края грудины, верхняя - нижний край хряща III ребра, левая – на 2 см кнаружи от левой СКЛ. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Акцент II тона на аорте, шумов нет. ЧСС 100 уд/мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Нижний край печени определяется на 2 см ниже реберной дуги,

округлый, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12-11-8 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 102 в мин, рубцовые изменения после передне-бокового инфаркта миокарда, элевация сегмента ST, признаки гипертрофии миокарда ЛЖ.

ЦВД 120 мм. водн. ст. Давление в легочной артерии 45 мм. рт. ст.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие исследования следует произвести для уточнения диагноза?
3. Какие хирургические методы лечения показаны данному больному?
4. Назовите показания к АКШ?

### **36. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больная 62 лет поступила в клинику с жалобами на периодические опоясывающие боли в верхней части живота с иррадиацией в спину, неустойчивый стул, периодическую рвоту.

Год тому назад перенесла плановую холецистэктомию, указанная симптоматика имела место до операции, последняя существенного облегчения не принесла. Настоящее ухудшение в течение месяца, консервативное лечение не эффективно.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, пониженного питания, склеры слегка иктеричные, PS -74 уд. в мин., АД 125/70 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии. При УЗИ наличие желчной гипертензии. При МРТ холангиографии конкрементов в протоковой системе не обнаружено. Имеет место расширение общего желчного протока до 12 мм.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Инструментальные и лабораторные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
3. Озвучте Марсельско-Римскую классификацию данного заболевания.
4. Определите лечебную тактику у данного больного с учетом возможностей миниинвазивной хирургии.

### **37. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больная 47 лет поступила в клинику с жалобами на периодические боли в правом подреберье, сопровождающиеся кратковременной желтухой и зудом кожи. 5 лет тому назад перенесла операцию холецистэктомию; вышеуказанная симптоматика появилась через год после операции.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы и склеры умеренно желтушны, PS – 60 уд. в мин., АД 150/90 мм. рт. ст., живот при пальпации мягкий незначительно болезненный в правом подреберье; печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется; моча цвета «пива», кал обесцвечен. При УЗИ наличие желчной гипертензии как признак дистального блока холедоха.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие инструментальные и лабораторные методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза.
3. Хирургические тактики с учетом возможной миниинвазивной хирургии у данной больной.

### **38. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больной Н. 62 лет при поступлении предъявлял жалобы на жгучие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку при ходьбе. Боли не купируются после приема нитроглицерина. Из анамнеза: в течение 8 лет болен ИБС: стабильная стенокардия напряжения II ФК, ХСН IIa. АГ II ст, 2 ст, риск 4. Сахарным диабетом II типа, стадия компенсации. Ухудшение отмечает в течение 2 месяцев, когда приступы стенокардии стали более интенсивными и возникали при меньшей физической нагрузке, а также в покое.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы бледные, наблюдаются отеки стоп и голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 108 в минуту. АД 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размер печени по Курлову 21х15х9 см. Общие анализы крови и мочи без патологии. Глюкоза крови натощак 8,6 ммоль/л. На ЭКГ: ритм синусовый, депрессия сегмента ST на 2 мм, высокие зубцы T в грудных отведениях.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования данного больного.
3. Что могло способствовать прогрессированию ХСН у данного больного?
4. Коронарография: методика, какие сведения могут быть получены у данного больного при ее проведении?
5. План лечения. Показания к хирургическому лечению при нестабильной стенокардии.

### **39. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Пациент 42 лет поступил в клинику с жалобами на слабость, головокружение, головные боли, коликообразные боли в животе, сердцебиение, потливость сразу после приема пищи.

Три года тому назад перенес резекцию желудка по Бильрот-II по поводу язвенной болезни желудка. Указанные симптомы появились сразу после операции, многократное консервативное лечение было мало или вовсе неэффективно.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, пониженного питания, рост-174 см., вес-62 кг., PS-84 уд. в мин.; АД 90/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный.

1. Предварительный диагноз.
2. Заболевания, которые необходимо дифференцировать при установлении клинического диагноза.
3. Инструментальные и лабораторные методы исследования, необходимые для установления клинического диагноза.
4. Лечебная тактика в зависимости от степени тяжести данной патологии.

### **40. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больной К., 38 лет поступил в клинику с жалобами на боль в эпигастральной области после приема пищи, интенсивную, распирающую с иррадиацией в спину, облегчающуюся рвотой. Два года назад больному выполнена резекция желудка по Бильрот-II по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Указанные жалобы появились через 6 месяцев после операции и прогрессировали: рвота стала появляться ежедневно. Лечение у терапевта неэффективно.

Объективно: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, тургор резко снижен, пульс 98 уд. в мин., слабого наполнения и напряжения. АД- 90/60 мм.рт.ст. Дефицит массы тела – 15 кг. При пальпации в эпигастральной области определяется эластическое образование 7х6 см, которое исчезает после рвоты.

1. Какой предварительный диагноз Вы считаете вероятным?

2. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
3. Какие инструментальные методы необходимы для постановки окончательного диагноза?
4. Укажите лечебную тактику основываясь на окончательном диагнозе?

#### **41. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больной 42 лет, госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на боли в эпигастриальной области, отрыжку горечью, рвоту желчью, потерю массы тела на 6 кг за последние 4 месяца из-за ограничения приема пищи, эпизодическое появление умеренно выраженной мелены. Полтора года тому назад больной перенес резекцию желудка по Бильрот-II.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Больной пониженного питания. PS-82 уд. в мин., АД-100/60 мм.рт.ст. Умеренная болезненность при пальпации в эпигастриальной области. ОАК: эритроциты- $2,8 \times 10^9$ ; Hb=90; Ht=30%.

1. Какой предварительный диагноз Вы считаете наиболее вероятным?
2. Какие патологические состояния необходимо дифференцировать у данного больного?
3. Какие дополнительные и специальные методы исследования необходимо выполнить для установления окончательного диагноза?
4. Назовите наиболее оптимальный метод лечения данной патологии?

#### **42. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больная Б., 62 лет поступила в клинику с выраженными болями в верхних отделах живота и за грудиной, тошноту, многократную рвоту с небольшим количеством рвотных масс, дисфагию, положение тела вынужденное лежа на правом боку с приведенными к животу ногами. Кожные покровы бледные, влажные. Живот не вздут, при пальпации напряжение мышц и резкая болезненность в эпигастриальной и верхней мезогастральной областях, симптомы раздражения брюшины сомнительны. Больна в течение суток. Боли появились внезапно, постепенно нарастали.

Из анамнеза жизни известно, что в течение многих лет после переиздания больную беспокоили боли в эпигастриальной области, чувство «тяжести в желудке», изжога, боли за грудиной и в области сердца. Аналогичные ощущения возникали при физических нагрузках, связанных с подъемом тяжести.

1. Какой диагноз Вы считаете наиболее вероятным?
2. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
3. Какие методы обследования необходимы для установления правильного диагноза?
4. Какие показания к проведению эзофагоманометрии?
5. Укажите лечебную тактику данного больного.

#### **43. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больной Д. 55 лет, начальник автоколонны №1236. Обратился с жалобами на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лёжа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна. Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение трёх лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно при наклонах туловища; затем появились боли в собственно эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4

раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. В последний месяц состояние больного значительно ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Для снятия изжоги и болей использовал соду, Алмагель, Маалокс. В последний месяц эти препараты перестали действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако существенного эффекта не было. Наблюдается с гипертонической болезнью с 53 лет, постоянно принимает Кордипин-ретард 20 мг в день. Курит.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела - 106 кг. (ИМТ - 38). Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, частотой 66 в минуту. АД - 130/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 143 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $8,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 37%. Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 38 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза - 5,2 ммоль/л, билирубин общий - 16,3 мкмоль/л; прямой - 3,6 ммоль/л; АЛТ - 21 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови - 16 г/л (12-32 г/л в час). ФЭГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отёчна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей. Rg - графия пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всём протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременна, луковица ДПК без особенностей.

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 месяца рекомендуемой терапии, а также соблюдения диеты, режима труда и отдыха исчезли клинические проявления болезни, и в последние 2 недели никаких проявлений рефлюкса и болевого синдрома не было. При ФЭГДС исчезли гиперемия и отёк слизистой. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор.

#### 44. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

Больной П. 54 лет, слесарь, жалуется на боли в эпигастральной области постоянного характера, усиливающиеся после приёма еды и иррадиирующие в подлопаточное пространство, беспокоит постоянное подташнивание, отрыжка воздухом, снижение аппетита, быстрое насыщение, вздутие живота, после отхождения газов боли уменьшаются на короткое время. В последние полгода периодически стул со склонностью к поносам. Анамнез заболевания: в течение 25 лет часто употребляет алкоголь, за это время перенёс острый панкреатит, сопровождавшийся интенсивными болями, повторной рвотой. При обследовании в хирургическом отделении выявлено увеличение поджелудочной железы в размерах, жидкость в сальниковой сумке. Лечился консервативно в течение месяца, за время болезни похудел на 10 кг. Выписан с рекомендация-

ми, которые больной не соблюдал. Также принимал алкоголь, но в небольших количествах. Боли возникали часто, а в дальнейшем стали постоянными. Стал снижаться аппетит, возникло периодическое подташнивание, отрыжка, быстрое насыщение, вследствие чего больной снизил объём потребляемой пищи. Постепенно стул стал со склонностью к кашицеобразному, плохо смывался со стенок унитаза. Исходную массу тела полностью не набрал. Периодически принимал Мезим, Микразим с частичным эффектом, при усилении боли использовал Но-шпу. Последнее ухудшение 2 недели назад после четырехдневного приема алкоголя (водка 200 грамм ежедневно). Диету не соблюдал. Боль значительно усилилась, появилась отчетливая тошнота, позывы на рвоту, вздутие живота. Госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение.

Объективно: кожа чистая, тургор нормальный. Вес - 73 кг, ИМТ - 18,5. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании, немного подвздут, перитонеальные симптомы отрицательны. При пальпации отмечает значительную болезненность в зоне Шоффара, точке Дежардена; в зоне Губергрица - Скульского, точках Губергрица, передней и задней точках Мейо – Робсона. При пальпации отделов кишечника болезненности, объёмных образований не выявлено. Печень по краю рёберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи, Ортнера) отрицательны. Селезёнка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 157 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты -  $5,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $11,2 \times 10^9/л$ , эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 35%. Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, общий билирубин - 16,4 (прямой - 6,1; свободный - 10,3) ммоль/л, амилаза - 37 ед/л (5-32); глюкоза - 8,5 ммоль/л. мочевина - 4,7 ммоль/л. Копрограмма: объём утренней порции – 400 грамм, консистенция в виде жидкой каши. Нейтральный жир +++, жирные кислоты, мыла жирных кислот ++, мышечные волокна с утраченной поперечной исчерченностью +++, бактерии – большое количество. Фекальная эластаза – 100 мкг/г испражнений. ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая пищевода без изменений. Слизистая желудка в теле розовая, ровная, в антральном отделе с очагами яркой гиперемии. Луковица ДПК обычной формы. Слизистая постбульбарного отдела ДПК несколько отёчна. УЗИ брюшной полости: жидкости брюшной полости нет. Пневматизация кишечника повышена. Печень не увеличена, структура неоднородная, повышенной эхогенности. Желчный пузырь обычной формы, содержимое эхонегативное. ОЖП - 6 мм. Поджелудочная железа: головка - 35 мм (до 30), тело - 32 мм (до 17), хвост - 37 мм (до 20). Структура диффузно неоднородная, пониженной эхогенности. В структуре железы определяются кальцинаты, наиболее крупный из них в проекции головки поджелудочной железы. Вирсунгов проток определяется в области хвоста, размером 3 мм. Селезенка нормальных размеров.

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обозначьте цели патогенетической терапии. Препараты какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Укажите меры профилактики обострения заболевания.

#### 45. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

Больная Т. 35 лет, офис-менеджер, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение городской больницы в связи с внезапно начавшимся приступом одышки смешанного характера, сердцебиением, колющей болью в прекардиальной области, головокружением и общей слабостью. В анамнезе отмечено, что за 5 суток до приступа одышки у больной появились мягкий отёк правой нижней конечности от стопы до паховой складки, незначительный цианоз и умеренная болезненность конечности. В последующем указанные симптомы сохранялись, пыта-

лась лечиться самостоятельно, используя различные мази с антибиотиками и спиртовые компрессы. Настоящий приступ одышки возник впервые в конце продолжительного рабочего дня на фоне полного благополучия. Из анамнеза жизни известно, что пациентка работает в офисе и проводит большую часть времени в положении сидя, ведёт малоподвижный образ жизни, курит, применяет комбинированные оральные контрацептивы.

Объективно: состояние тяжёлое. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, видимая пульсация шейных вен. Отмечается отёк правой нижней конечности, мягкий и тёплый наощупь, распространяющийся от уровня стопы до верхней трети бедра со слабо выраженным цианозом, умеренной болезненностью при пальпации и сохранённой пульсацией на артериях стопы, подколенной и общей бедренной артериях. Суставы без патологии. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания - 25 в минуту. Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, слабого наполнения, 110 в минуту, АД - 90/65 мм рт. ст. Акцент II-тона в точке выслушивания клапана лёгочной артерии. Шумов нет. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень выступает из-под рёберной дуги на 1 см. Симптом поколачивания отрицательный. Индекс массы тела более 31 кг/м<sup>2</sup>. Субфебрилитет. При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты -  $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $5,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 35%, моноциты - 4%; СОЭ - 24 мм/ч. Общий анализ мочи: соломенно-жёлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1010, эпителий - 2-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли не определяются. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,8 мкмоль/л, креатинин - 0,093 ммоль/л, глюкоза - 6,9 ммоль/л, холестерин - 6,2 ммоль/л, калий - 3,7 ммоль/л, общий белок - 75 г/л, фибриноген - 8,2 г/л, СРБ - 25 мг/л. ЭКГ Рентгенография ОГК.

1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Составьте план дополнительных обследований.
5. Назначьте лечение.

#### 46. Профессионально-ориентированная ситуационная задача

Больной М. 72 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли, головокружение, шум в ушах, повышение АД до 210/120 мм рт. ст. Анамнез заболевания: высокие цифры АД появились 2 года назад, принимал Метопролол, Гипотиазид, однако добиться существенного снижения АД не удавалось. В течение полугода отмечает усталость при ходьбе, боли в ногах, которые заставляют останавливаться (при прохождении менее 200 метров). Госпитализирован для уточнения причины и подбора лекарственной терапии.

Объективно: состояние удовлетворительное. Отёков нет. Над всей поверхностью легких перкуторно - лёгочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая - 1 см снаружи от правого края грудины, верхняя - II ребро, левая - 1,5 см снаружи от левой СКЛ в V межреберье. Верхушечный толчок в V межреберье, снаружи от СКЛ, разлитой. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент II тона над аортой, систолический шум на аорте без проведения на сосуды шеи. Пульс - 76 ударов в минуту, ритмичный. Сосудистая стенка вне пульсовой волны плотная. АД - 195/115 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Над брюшной аортой выслушивается систолический шум. Симптом поколачивания отрицательный. Снижена пульсация на артериях тыла обеих стоп. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 145 г/л, эритроциты -  $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $7,9 \times 10^9$ /л, СОЭ - 12 мм/час, цветовой показатель - 1,0. Общий

анализ мочи: удельный вес - 1020, белок - 0033 г/л, лейкоциты – ед. в поле зрения, единичные гиалиновые цилиндры. Биохимический анализ крови: сахар - 5,2 ммоль/л (3,5-6,1), холестерин - 7,2 ммоль/л (4,0), мочевины - 9,0 ммоль/л (2,4-8,3), креатинин - 0,13 мкмоль/л (0,014-0,44), калий - 5,4 ммоль/л (3,4-5,3), натрий - 135 ммоль/л (130-156). Изотопная ренография: умеренное снижение секреторной и экскреторной функции правой почки. Осмотр глазного дна: ангиопатия сосудов сетчатки. ЭХО-КГ: ПЖ - 2,1 см (норма - 2,3), МЖП - 1,25 см (норма - 1,0 см), ЗСЛЖ - 1,25 см (норма - 1,0 см), КДРЛЖ - 5,8 см (норма - 5,5), КСРЛЖ - 3,7 см (норма - 3,5). Фракция выброса - 54% (норма - 60-80%). Кальциноз митрального, аортального клапанов. ЭКГ.

1. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
3. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
4. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
5. Составьте план лечения.

#### **47. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Больная С. 47 лет на приёме терапевта по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, поху-дание. В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешно-стей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При примене-нии спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначи-тельно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м<sup>2</sup> ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=80 уд/мин, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпига-стрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15х13х11 см. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту.
4. Определите тактику лечения больного.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз при хрониче-ском панкреатите.

#### **48. Профессионально-ориентированная ситуационная задача**

Мужчина 46 лет, водитель. Поступил в приёмное отделение стационара самостоятельно. Жа-лобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегче-ния, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра. Начало

заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – прием острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приёма жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налётом. В лёгких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты -  $9,6 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ – 16 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счёт гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался.

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. План лечения.

**База типовых тестовых заданий для экзамена  
(полная база тестовых заданий хранится на кафедре и в центре тестирования)**

1. укажите правильный ответ

Неприятный, зловонный запах от гнойной мокроты у больного с легочной деструкцией обусловлен:

- аэробной грамм(-) микрофлорой
- аэробной грам(+) микрофлорой
- грибковой микрофлорой
- анаэробной микрофлорой
- вирусной инфекцией

2. укажите правильный ответ

Клапан губарева - это складка слизистой пищевода в области

- шеи
- бифуркационного сужения
- абдоминального сужения
- кардиальной вырезки
- глоточного сужения

3. укажите правильный ответ

Боль в области нижней трети грудины, облегчающаяся при переходе больного из горизонтального положения в вертикальное, свидетельствует об

- грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- тромбозу легочной артерии
- базальном плеврите
- пролапсе митрального клапана
- остром инфаркте миокарда

4. укажите правильный ответ

Фаза прорыва абсцесса в трахеобронхиальное дерево клинически проявляется

- появлением резких болей в грудной клетке с нарастанием признаков дыхательной недостаточности
- отхаркиванием большого объема гнойной мокроты с улучшением состояния больного
- тахикардией и артериальной гипотензией
- появлением болей за грудиной
- усилением сухого кашля с нарастанием интоксикации

5. укажите правильный ответ

Фаза прорыва абсцесса в плевральную полость клинически проявляется

- отхаркиванием большого объема гнойной мокроты с улучшением состояния больного
- появлением резких болей в грудной клетке с нарастанием признаков дыхательной недостаточности и интоксикации
- тахикардией и артериальной гипотензией
- появлением болей за грудиной
- усилением сухого кашля с нарастанием интоксикации

6. укажите правильный ответ

г-логическая картина у больного с заблокированным абсцессом легкого характеризуется

- ( ) смещением средостения в больную сторону
- ( ) высоким стоянием купола диафрагмы на пораженной стороне
- ( ) наличием гидроторакса
- ( ) наличием инфильтрации легочной ткани без полости и горизонтального уровня жидкости
- ( ) наличием внутрилегочной полости деструкции с горизонтальным уровнем жидкости

7. укажите правильный ответ

«Открытый» метод санации полости эмпиемы плевры это

- ( ) торакотомия, резекция легочной ткани
- ( ) торакотомия с иссечением эмпиемного мешка
- ( ) торакоабсцессостомия
- ( ) торакостомия
- ( ) дренирование полости эмпиемы по бюлау

8. укажите правильные ответы

Признаками неадекватности постурального дренажа абсцесса легкого у больного является

- [ ] внутрилегочная «сухая» полость деструкции
- [ ] сохраняющаяся боль в грудной клетке
- [ ] нарастание дыхательной недостаточности
- [ ] появление примеси крови в мокроте
- [ ] сохраняющаяся интоксикация
- [ ] появление болей за грудиной
- [ ] высокое стояние купола диафрагмы на пораженной стороне
- [ ] кашель со зловонной мокротой

9. укажите правильный ответ

Больному с острым абсцессом легкого центральной локализации с неадекватным постуральным дренажом показано

- ( ) выполнение торакоабсцессостомии
- ( ) выполнение резекции легочной ткани
- ( ) трансторакальное дренирование полости абсцесса
- ( ) транстрахеобронхиальное дренирование полости абсцесса
- ( ) выполнение торакостомии

10. укажите правильный ответ

Больному с острым абсцессом легкого периферической локализации с неадекватным постуральным дренажом показано

- ( ) транстрахеобронхиальное дренирование полости абсцесса
- ( ) выполнение торакоабсцессостомии
- ( ) трансторакальное дренирование полости абсцесса
- ( ) выполнение торакостомии
- ( ) выполнение резекции легочной ткани

1. выберите правильный ответ

Хронизация эмпиемы плевры наступает при длительности течения заболевания более \_\_\_\_\_

12. выберите правильный ответ

Хронизация абсцесса легкого наступает при давности существования абсцесса более \_\_\_\_\_

13. укажите правильный ответ

У больного с хроническим абсцессом легкого одним из показаний к хирургическому лечению будут «частые» осложнения гнойно-воспалительного процесса. частота обострений, уже являющаяся показанием к резекции

- 2 раза в год
- 8 раз в год
- 4 раза в год
- 6 раз в год
- 1 раз в год

14. укажите правильные ответы

Клинико-рентгенологическими признаками гангрены легкого являются

- сохраняющийся кашель с гнойной мокротой без запаха
- наличие пиопневмоторакса
- наличие внутрилегочной полости деструкции с «низким» горизонтальным уровнем жидкости
- наличие секвестров в полости деструкции
- улучшение состояния на фоне антибактериальной терапии
- сохраняющийся кашель со слизисто-гнойной мокротой без запаха
- отсутствие улучшения состояния после прорыва в трахеобронхиальное дерево
- полисегментарная инфильтрация легочной ткани

15. укажите правильный ответ

«Закрытый» метод санации полости эмпиемы плевры это

- торакотомия с иссечением эмпиемного мешка
- дренирование полости эмпиемы по бюлау
- торакостомия
- торакотомия с резекцией легочной ткани
- торакоабсцессостомия

16. укажите правильный ответ

При длительности существования эмпиемы плевры в течение 4 месяцев оперативное лечение показано в объеме

- дополнительного дренирования полости эмпиемы с проточной санацией
- торакотомии, иссечении эмпиемного мешка
- торакостомии

- торакотомии, резекции легочной ткани
- торакопластики

17. укажите правильный ответ

Дыхательная недостаточность у больных с эмпиемой плевры обусловлена

- почечной недостаточностью
- стенозом трахеобронхиального дерева
- сердечной недостаточностью
- компрессией легочной ткани гноем
- наличием интоксикации

18. укажите правильный ответ

При длительности существования эмпиемы плевры от 4 до 12 месяцев оперативное лечение больному показано в объеме

- торакопластики
- торакотомии, иссечении эмпиемного мешка
- торакостомии
- дополнительного дренирования полости эмпиемы по бюлау
- торакостомии

19. укажите правильный ответ

Развитие полиорганной недостаточности у больных с хронической эмпиемой плевры обусловлено

- амилоидозом внутренних органов
- дисбактериозом на фоне длительной антибактериальной терапии
- хроническим легочным сердцем
- нарушениями свертывающей системы крови
- дыхательной недостаточностью

20. укажите правильный ответ

Внутриплевральная торакопластика с тампонадой остаточной плевральной полости перемещенным мышечным лоскутом на «питающей ножке» это метод

- бьорка
- шеде
- эстландера
- геллера
- кенига-абражанова

21. укажите правильный ответ

Внутриплевральная торакопластика с иссечением ребер, межреберных мышц и стенки эмпиемного мешка называется метод

- геллера
- бьорка
- эстландера
- кенига-абражанова

шеде

22. укажите правильный ответ

Угол Гиса образован стенкой пищевода и

- большой кривизной желудка
- трахеей
- дном желудка
- малой кривизной желудка
- правым бронхом

23. укажите правильный ответ

Клапан Губарева играет роль в механизме

- расслабления нижнего пищеводного сфинктера
- открытия входа в пищевод
- предотвращения попадания пищи в трахею
- закрытия входа в пищевод
- закрытия кардии

24. укажите правильный ответ

Параэзофагеальная грыжа опасна появлением

- ущемления желудка
- гастро-эзофагального рефлюкса
- разрыва желудка
- прекардиальных болей
- малигнизации желудка

25. укажите правильные ответы

показаниями для хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы являются

- эффективность консервативного лечения
- редкие кровотечения пищевода
- частые кровотечения пищевода
- неэффективность консервативного лечения
- врожденный короткий пищевод
- скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- развитие воспалительных стриктур пищевода
- частая рвота

26. укажите правильный ответ

Проявлением скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является

- потеря веса
- мелена
- дисфагия
- частая рвота
- частая изжога

27. укажите правильный ответ

Через пищеводное отверстие диафрагмы проходят пищевод и

- нижняя полая вена
- левый блуждающий нерв
- правый и левый блуждающие нервы
- диафрагмальная артерия
- правый блуждающий нерв

28. укажите правильный ответ

Главной функцией диафрагмы является

- ограничение плевральной и абдоминальной полости
- повышение перистальтики желудка
- способствование оттоку венозной крови в нижнюю полой вене
- повышение гемодинамики
- осуществление дыхательной вентиляции легких

29. укажите правильный ответ

Истинная диафрагмальная грыжа обусловлена

- наличием в грыжевом мешке тонкой кишки
- наличием грыжевого мешка
- отсутствием органов в грыжевом мешке
- наличием в грыжевом мешке желудка
- отсутствием грыжевого мешка

30. укажите правильный ответ

Оптимальным оперативным доступом при ущемленных диафрагмальных грыжах является

- переднебоковая правосторонняя торакотомия в v-м межреберье
- стернотомия
- лапаротомия
- переднебоковая левосторонняя торакотомия в vi i - м межреберье
- торакотомия в vii - viii- м межреберье