

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мухарямова Лайсан Музиповна
Должность: и.о. первого проректора
Дата подписания: 12.03.2026 18:04:43
Уникальный программный ключ:
b57b965075114076315d34127554

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Первый проректор
Л.М. Мухарямова
04 2023 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

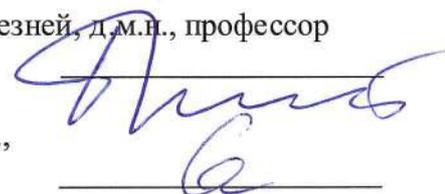
Наименование практики: Производственная (клиническая) практика по хирургии
Код и наименование специальности: 31.08.67- хирургия
Квалификация: врач – хирург
Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры
Форма обучения: очная
Кафедра: хирургических болезней
Курс: 1,2
Самостоятельная работа: 2268 ч.
Зачет 1-4 семестр
Всего: 2268 ч., зачетных единиц трудоемкости (ЗЕТ) - 63

Рабочая программа «Производственная (клиническая) практика по хирургии» составлена с учётом требований Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённым приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 26.08.2014 N 1110

Авторы:

Красильников Д.М., заведующий кафедрой хирургических болезней, д.м.н., профессор

Можанов Е.В., доцент кафедры хирургических болезней, к.м.н.,



Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры хирургических болезней «12» января 2023г., протокол № 6.

Заведующий кафедрой Красильников Д.М.



1. Цели практики – подготовка квалифицированного врача-ординатора по хирургии, готового для самостоятельной профессиональной деятельности путем приобретения им практических навыков и профессиональных компетенций врача-специалиста, а также опыта самостоятельной профессиональной деятельности.

2. Задачами производственной практики являются:

1. Знать теоретические основы организации и проведения мероприятий по охране здоровья граждан.
2. Владеть методами современного клинического обследования и комплексного лечения больных с хирургическими заболеваниями.
3. Осуществлять курацию больных под руководством доцентов, профессоров кафедры или заведующего отделением.
4. Участвовать в обследовании больных в объеме курации.
5. Проводить амбулаторный прием больных в соответствии с установленным временем с оформлением статистического талона.
6. Участвовать в дежурствах в хирургических отделениях стационара.
7. Развивать необходимые по специальности практические навыки.
8. Посещать лекции, участвовать в обходах профессоров, а также в теоретических семинарах и общеклинических разборах пациентов с хирургическими заболеваниями;
9. Посещать научные конференции университета, заседания научного общества хирургического профиля;
10. Систематически читать современные монографии и периодическую литературу о заболеваниях курируемых пациентов.
11. Регулярно проводить санитарно-просветительскую работу среди пациентов.
12. Принимать участие в предупреждении возникновения заболеваний хирургического профиля среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.
13. Проводить сбор и медико-статистический анализ информации о показателях заболеваемости различных возрастно-половых групп и ее влияния на состояние их здоровья;
14. Проводить экспертизу временной нетрудоспособности и принимать участие в иных видах медицинской экспертизы;
15. Принимать участие в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;
16. Формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.
17. Вести учетно-отчетную документацию в медицинских организациях и ее структурных подразделениях.
18. Соблюдать основные требования информационной безопасности.
19. Присутствие на патологоанатомических вскрытиях (аутопсиях)
20. Приобретение навыков по формулировке и шифровке, формированию заключительных диагнозов и заключений медицинского свидетельства о смерти
21. Участие в комиссиях по изучению летальных исходов (КИЛИ).

3. Перечень компетенций, осваиваемых в процессе освоения дисциплины.

В результате прохождения данной практики обучающийся должен приобрести следующие практические навыки, умения, универсальные и профессиональные компетенции:

3.1 Универсальные компетенции:

1. *готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);*

Знать: основные категории и понятия в медицине; основы взаимоотношений физиологического и патологического в медико-биологических процессах; основы количественных и качественных закономерностей медико-биологических процессов.

Уметь: применять методы количественного и качественного анализа закономерностей медико-биологических процессов.

Владеть: навыками применения методов количественного и качественного анализа.

2. *готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);*

Знать: нормы поведения при осмотре пациента, врачебную этику, деонтологию при общении с больным и его родственниками.

Уметь: соблюдать правила поведения при работе с коллективом; толерантно воспринимать иное мировоззрение, образ жизни, поведение и обычаи.

Владеть: правилами этики и деонтологии, сохранять врачебную тайну; коммуникативными навыками в общении с пациентами, их родственниками и сотрудниками.

3. *готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном Федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3);*

Знать: требования ФГОС к целям, содержанию, формам обучения и результатам подготовки различных медицинских специальностей, предмет, задачи, функции медицинской педагогики; основные современные подходы к моделированию педагогической деятельности в повседневной работе врача с пациентами и членами их семей; особенности педагогического проектирования образовательного процесса; основы педагогического мастерства, психологической и коммуникативной культуры врача, цели и задачи медицинского образования.

Уметь: использовать в учебном процессе знание фундаментальных основ, современных достижений, тенденций развития педагогической науки; её взаимосвязей с другими науками; применять профессиональные компетенции врача в области профилактической и просветительской работы с населением; организовывать педагогическую деятельность по программам среднего и высшего медицинского образования

Владеть: основными навыками организации профессионально-педагогической деятельности на нормативно-правовой основе; профессиональными компетенциями в осуществлении педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, способами анализа собственной деятельности.

3.2 Профессиональные (ПК):

профилактическая деятельность:

1. *готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);*

Знать: - распространенность, основные факторы риска, механизмы развития и клинические признаки социально-значимых хирургических болезней, их вклад в смертность и инвалидизацию населения; методы ранней диагностики хирургической патологии, основные принципы профилактики заболеваний, основные нормативные документы, используемые при организации здравоохранения, принципы медико-социальной экспертизы, правила соблюдения санитарно-эпидемиологического режима при осуществлении медицинской помощи.

Уметь: выявлять и оценивать выраженность факторов риска развития и прогрессирования хирургических заболеваний, выявлять ранние симптомы заболеваний, соблюдать нормы санитарно-эпидемиологического режима, проводить санитарно-просветительскую работу по вопросам формирования здорового образа жизни у населения, профилактики хирургических заболеваний;

Владеть: навыками оценки суммарного риска развития и прогрессирования заболеваний, методами формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих; способами первичной и вторичной профилактики хирургических заболеваний

2. *готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);*

Знать: общие понятия о профилактике хирургических заболеваний, цели и значимость профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, принципы осуществления диспансерного наблюдения за пациентами с хирургической патологией; порядок взаимодействия с представителями других специальностей; основы медико-социальной экспертизы

Уметь: получать информацию о заболеваниях; знать особенности сбора анамнеза и осмотра при различных хирургических заболеваниях; назначать необходимые диагностические процедуры при диспансеризации больных; выявлять группы риска; организовать профилактические мероприятия, направленные на укрепление здоровья населения

Владеть: навыками составления плана и программы реабилитационных мероприятий; методами анализа основных показателей здоровья населения по данным заболеваемости, инвалидности, показателям физического развития, состояния, навыками организации и проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации населения

3. *готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);*

Знать: физические принципы взаимодействия излучений на внутренние органы, основы радиационной биологии и радиационной защиты, клинической дозиметрии, действующие нормы радиационной безопасности персонала и пациентов; основные клинические проявления особо опасных инфекций, принципы организации помощи пациентам с

хирургическими заболеваниями в очагах особо опасных инфекций, при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.

Уметь: проводить противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очагов особо опасных инфекций в отделениях хирургического профиля; обеспечивать безопасность пациентов при проведении лучевых исследований, предоставлять пациентам в установленном порядке информацию о радиационном и другом воздействии вследствие предлагаемого или проведенного лучевого исследования; обеспечивать организацию защиты пациентов хирургического профиля во время стихийных бедствий и иных чрезвычайных ситуаций.

Владеть: навыками оказания первой помощи при возникновении радиационных аварий, в очагах особо опасных инфекций, во время стихийных бедствий и иных чрезвычайных ситуаций.

4. *готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);*

Знать: основы организации здравоохранения, медицинской статистики и научной информатики в пределах практического применения методов диагностики; методику анализа работы хирургических отделений стационаров, кабинетов хирурга в поликлиниках и ведением отчетности о их работе в соответствии с установленными требованиями.

Уметь: контролировать ведение текущей учетной и отчетной документации хирургических отделений стационаров, кабинетов хирурга в поликлиниках по установленным формам

Владеть: анализом работы хирургических отделений стационаров, кабинетов хирурга в поликлиниках и ведением отчетности о их работе в соответствии с установленными требованиями.

диагностическая деятельность:

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

Знать: этиологию, патогенез, ведущие проявления и исходы хирургических заболеваний, международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, клинические классификации заболеваний нервной системы, современные методы диагностики хирургических заболеваний, лечения и лекарственного обеспечения больных, угрожающие жизни состояния при хирургической патологии, методики их немедленного устранения, противошоковые мероприятия.

Уметь: оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость специальных методов исследования; интерпретировать полученные результаты, сформулировать диагноз хирургического заболевания в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; выявлять угрожающие жизни состояния при хирургической патологии, осуществлять методики их немедленного устранения, проводить противошоковые мероприятия

Владеть: методикой хирургического осмотра и его интерпретацией; оценкой данных хирургического обследования, расшифровкой и клинической интерпретацией лучевых,

эндоскопических и ультразвуковых методов исследования, навыками формулировки диагноза в соответствии с МКБ и клиническими классификациями

лечебная деятельность:

6. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);

Знать: теоретические основы хирургической патологии;

принципы этиологического, патогенетического, симптоматического лечения основных хирургических заболеваний, вопросы первичной и вторичной профилактики, основы медико-социальной экспертизы, организацию работы отделения хирургического профиля, учетно-отчетную документацию

Уметь: получить информацию о заболевании; выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; установить диагноз; оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры для выведения его из этого состояния, назначить лечение, в том числе определить необходимость реанимационных мероприятий

Владеть: методикой ведения медицинской документации; методикой хирургического осмотра и его интерпретацией; методикой назначения патогенетической терапии с учетом этиологии заболевания; методикой самостоятельного проведения лечебных мероприятий (плевральных пункций и др.).

7. готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

Знать: патофизиологию, клиническую картину и методы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и неотложных состояниях (острые травмы, кровопотери, шок, коагулопатии, гипотермии, болевые синдромы, острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность и др.).

Уметь: оказать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, принять участие в организации медицинской эвакуации.

Владеть: навыками оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе, медицинской эвакуации.

реабилитационная деятельность:

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

Знать: основы санаторно-курортного лечения, лекарственной и немедикаментозной помощи населению; принципы применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении; основы трудового законодательства

Уметь: определить программу реабилитационных мероприятий; назначить патогенетическую терапию с учетом этиологии заболевания с применением природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении; решить вопрос о трудоспособности больного и прогнозе заболевания

Владеть: методикой составления программы реабилитационных мероприятий, с учетом индивидуальных особенностей пациента и течения патологического процесса; методикой экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности

психолого-педагогическая деятельность:

9. готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей

мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

Знать: принципы диагностики, методы и средства комплексного лечения, а также принципы первичной и вторичной профилактики заболеваний нервной системы, принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

Уметь: формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

Владеть: методами формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, способами и методами консультирования пациентов и членов их семей

организационно-управленческая деятельность:

10. готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

Знать: основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в условиях оказания медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями; работу профильных учреждений, организацию работы скорой и медицинской помощи взрослому и детскому населению.

Уметь: организовать медицинскую помощь пациентам с хирургическими заболеваниями разных возрастных групп в условиях профильных стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений.

Владеть: алгоритмом организации хирургической помощи отдельным группам населения.

11. готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

Знать: системы законодательства и нормативно-правовых актов в сфере охраны здоровья и здравоохранения; правовые основы медицинского страхования граждан в РФ, организацию первичной медико-санитарной помощи населению, порядок диспансеризации различных контингентов населения, организацию специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, методики анализа деятельности хирургической службы, методы оценки качества медицинской помощи в хирургическом отделении, вопросы организации экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности

Уметь: оценивать результаты деятельности и качество оказания медицинской помощи в хирургическом отделении с использованием основных медико-статистических показателей

Владеть: методами оценки качества медицинской помощи, навыками принятия решения по результатам данных контроля качества и эффективности работы медицинских организаций хирургического профиля.

12. готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12)

Знать: принципы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, основы сортировки пострадавших; организацию службы интенсивной терапии и реанимации, оборудование палат интенсивной терапии и реанимации.

Уметь: оценить тяжесть состояния пострадавшего, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий; оказать медицинскую помощь при

чрезвычайных ситуациях, принять участие в организации медицинской эвакуации.

Владеть: Навыками оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе, медицинской эвакуации.

4. Вид практики: производственная (клиническая).

5. Практика может проводиться: непрерывно или дискретно в зависимости от учебного плана.

6. Структура и содержание практики.

Продолжительность производственной (клинической) практики – 63 зач. единицы (2268 часов)

Способы проведения практики: стационарная.

Место проведения практики –

1. ГАУЗ РКБ МЗ РТ Отделение хирургии №1 (Казань, Оренбургский тракт 138, корпус А)
2. ГАУЗ РКБ МЗ РТ Отделение хирургии №2 (Казань, Оренбургский тракт 138, корпус А)
3. ГАУЗ РКБ МЗ РТ Отделение колопроктологии (Казань, Оренбургский тракт 138, корпус А)
4. ГАУЗ РКБ МЗ РТ Отделение гнойной хирургии (Казань, Оренбургский тракт 138, корпус А)
5. ГАУЗ РКБ МЗ РТ Отделение торакальной хирургии (Казань, Оренбургский тракт 138, корпус А)
6. ГАУЗ РКБ МЗ РТ Отделение ожоговой хирургии (Казань, Оренбургский тракт 138, корпус А)
7. ГАУЗ РКБ МЗ РТ Отделение сосудистой хирургии (Казань, Оренбургский тракт 138, корпус А)
8. ГАУЗ ГКБ №18, Отделение хирургии (Казань, Хусаина Мавлютова, 2)
9. ГАУЗ ГКБ №12 отделение неотложной хирургии (Казань, Лечебная 7)
10. Хирургический корпус им. Крупина ГАУЗ КМУ отделение колопроктологии и хирургии (Казань, Шарифа Камала 12)
11. Хирургический корпус им. Крупина ГАУЗ КМУ отделение гнойной хирургии (Казань, Шарифа Камала 12)
12. Центр аккредитации специалистов Казань, 420015, ул. Толстого, 6/30, 1 этаж
13. ГАУЗ РКБ МЗ РТ Патологоанатомический корпус (Казань, Оренбургский тракт 138,)

№	Наименование раздела практики	Место прохождения практики	Продолжительность		Формируемые компетенции	Виды работ на практике	Формы контроля
			недели	Акад. часы			
Первый год обучения							
Первый семестр							
1	Производственная	Отделение	7,3	396	УК-1, ПК-1,	Прием больных	Отчет

	практика по хирургии	хирургии №1 и №2 ГАУЗ РКБ МЗ РТ, Отделение хирургии ГАУЗ ГКБ №18, Отделение хирургии ГАУЗ ГКБ №12, Отделение колопроктологии и хирургии ГАУЗ КМУ			ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11	по неотложной хирургии, курация больных в отделении, курация больных в ОРИТ, перевязка больных, ассистирование и самостоятельное выполнение плановых и экстренных операций	
2	Производственная практика по хирургии	Патологоанатомическое отделение ГАУЗ РКБ МЗ РТ	0,7	36	УК-1, ПК-5, ПК-11	Присутствие на патологоанатомических вскрытиях (аутопсиях), приобретение навыков по формулировке и шифровке заключительных диагнозов и заключений медицинского свидетельства о смерти. Участие в комиссиях по изучению летальных исходов (КИЛИ)	Отчет
Второй семестр							
1	Производственная практика по хирургии	Отделение хирургии №1 и №2 ГАУЗ РКБ МЗ РТ, Отделение хирургии ГАУЗ ГКБ №18, Отделение хирургии ГАУЗ ГКБ №12, Отделение колопроктологии и хирургии ГАУЗ	3,3	180	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11	Прием больных по неотложной хирургии, курация больных в отделении, курация больных в ОРИТ, перевязка больных, ассистирование и самостоятельное выполнение плановых и	Отчет

		КМУ				экстренных операций	
2	Производственная практика по торокальной хирургия	Отделения торокальной хирургии ГАУЗ РКБ МЗ РТ	4	216	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11	Курация больных в отделении, курация больных в ОРИТ, перевязка больных, ассистирование и самостоятельное выполнение плановых и экстренных операций	Отчет
3	Производственная практика по колопроктологии	Отделение колопроктологии ГАУЗ РКБ МЗ РТ, отделение колопроктологии и хирургии ГАУЗ КМУ	4	216	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11	Курация больных в отделении, курация больных в ОРИТ, перевязка больных, ассистирование и самостоятельное выполнение плановых и экстренных операций	Отчет
4	Производственная практика по хирургии	Патологоанатомическое отделение ГАУЗ РКБ МЗ РТ	0,7	36	УК-1, ПК-5, ПК-11	Присутствие на патологоанатомических вскрытиях (аутопсиях), приобретение навыков по формулировке и шифровке заключительных диагнозов и заключений медицинского свидетельства о смерти. Участие в комиссиях по изучению летальных исходов (КИЛИ)	Отчет

Второй год обучения							
Третий семестр							
1	Производственная практика по хирургии	Отделение хирургии №1 и №2 ГАУЗ РКБ МЗ РТ, Отделение хирургии ГАУЗ ГКБ №18, Отделение хирургии ГАУЗ ГКБ №12, Отделение колопроктологии и хирургии ГАУЗ КМУ	3,3	180	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11	Прием больных по неотложной хирургии, курация больных в отделении, курация больных в ОРИТ, перевязка больных, ассистирование и самостоятельное выполнение плановых и экстренных операций	Отчет
2	Производственная практика по сосудистой хирургии	Отделение сосудистой хирургии ГАУЗ РКБ МЗ РТ	4	216	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11	Курация больных в отделении, курация больных в ОРИТ, перевязка больных, ассистирование и самостоятельное выполнение плановых и экстренных операций	Отчет
3	Производственная практика по гнойной и ожоговой хирургии	Отделения гнойной хирургии и ожоговой хирургии ГАУЗ РКБ МЗ РТ, Отделение гнойной хирургии ГАУЗ КМУ	4	216	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11	Курация больных в отделении, курация больных в ОРИТ, перевязка больных, ассистирование и самостоятельное выполнение плановых и экстренных операций	Отчет
4	Производственная практика по	Патологоанатомичес	0,7	36	УК-1, ПК-5,	Присутствие на	Отчет

	хирургии	кое отделение ГАУЗ РКБ МЗ РТ			ПК-11	патологоанатоми ческих вскрытиях (аутопсиях), приобретение навыков по формулировке и шифровке закличительных диагнозов и закличений медицинского свидетельства о смерти. Участие в комиссиях по изучению летальных исходов (КИЛИ)	
Четвертый семестр							
1	Производственная практика по хирургии	Отделение хирургии №1 и №2 ГАУЗ РКБ МЗ РТ, Отделение хирургии ГАУЗ ГКБ №18, Отделение хирургии ГАУЗ ГКБ №12, Отделение колопрокт ологии и хирургии ГАУЗ КМУ	9	480	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11	Прием больных по неотложной хирургии, курация больных в отделении, курация больных в ОРИТ, перевязка больных, ассистирование и самостоятельное выполнение плановых и экстренных операций	Отчет
2	Производственная практика по хирургии	Центр аккреди тации специал истов Казань, 420015, ул. Толстог о, 6/30, 1 этаж	0,3	24	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11	Освоение общепрофессион альных и специализирован ных навыков, в том числе с использованием симуляционных технологий	Отчет
3	Производственная практика по хирургии	Патологоа натомичес кое отделение ГАУЗ РКБ	0,7	36	УК-1, ПК-5, ПК-11	Присутствие на патологоанатоми ческих вскрытиях (аутопсиях),	Отчет

		МЗ РТ				приобретение навыков по формулировке и шифровке заключительных диагнозов и заключений медицинского свидетельства о смерти. Участие в комиссиях по изучению летальных исходов (КИЛИ)	
--	--	-------	--	--	--	---	--

7. Формы отчетности по практике

Формой отчетности о прохождении производственной (клинической) практики является отчет (приложение 1), который сдается в конце каждого семестра.

Форма аттестации по результатам практической подготовки – зачет по результатам оценки практических навыков и умений.

8. Фонды оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по практике

Собеседование. Оцениваются знания по основным разделам специальности на основании ответов на контрольные вопросы и ситуационные задачи. Результаты собеседования оцениваются по пятибалльной системе.

Контрольные вопросы для ординаторов по разделам:

Раздел №1. Хирургия

1. Причины образования грыж живота.
2. Классификация грыж живота.
3. Клиника ущемленной грыжи.
4. Хирургическое лечение грыж живота.
5. Осложнения острого аппендицита.
6. Тактика при аппендикулярном инфильтрате.
7. Классификация перитонита.
8. Осложнения язвенной болезни желудка.
9. Тактика при гастродуоденальных кровотечениях.
10. Виды эндоскопического гемостаза.
11. Болезни оперированного желудка.
12. Отличие проникающего ранения от непроникающего.
13. Тактика при закрытых травмах живота.

14. Клиника травмы паренхиматозных органов брюшной полости.
15. Методы обследования желчных путей.
16. Этиология острого панкреатита.
17. Тактика при остром панкреатите.
18. Классификация кишечной непроходимости.
19. Диагностика кишечной непроходимости.
20. Операции на щитовидной железе.

Раздел №2. Сосудистая хирургия

1. Степени острого расстройства артериального кровообращения.
2. Определение степени ишемии.
3. Стадии ишемии при хронической артериальной недостаточности.
4. Симптоматика тромбозов.
5. Оперативное лечение посттромботического синдрома.
6. Диагностика варикозной болезни.
7. Лечение трофических язв.

Раздел №3. Гнойная и ожоговая хирургия

1. Септический шок.
2. Диагностика сепсиса.
3. Клиническая картина синдрома диабетической стопы.
4. Операции при диабетической стопе.
5. Операции при гнойном мастите.
6. Прививки для профилактики столбняка.
7. Классификация ожогов по глубине поражения.
8. Определение площади ожога.
9. Виды кожной пластики.

Раздел №4. Колопроктология

1. Симптоматика острого геморроя.
2. Операции при хроническом геморрое.
3. Этиология острого парапроктита.
4. Этиология хронических свищей прямой кишки.
5. Операции при хронических свищах прямой кишки.
6. Лечение выпадения прямой кишки.
7. Клиника анальных трещин.
8. Диагностика ВЗК.
9. Хирургия ВЗК.
10. Консервативная терапия запора.
11. Повреждения прямой кишки.

Ситуационные задачи для ординаторов:

Тема №1. «Общая и частная герниология»

1. Больной М, 36 лет, поступил в клинику с жалобами на опухолевидное образование в эпигастральной области. Опухолевидное образование возникло 3 года

назад, постепенно увеличивается в размерах. Объективно: в эпигастральной области определяется опухолевидное образование 8х6 см, эластической консистенции, безболезненное, вправляющееся в брюшную полость. Там же имеется дефект в апоневрозе диаметром до 3 см. Другой патологии нет. Диагноз и тактика.

2. Больная П., 36 лет, поступила в клинику с жалобами на опухолевидное образование в левой паховой области. Больна 5 лет, образование постепенно увеличивается в диаметре. Объективно: слева, чуть ниже пупартовой связки имеется опухолевидное образование размером 5х3 см, вправляющееся в брюшную полость. Диагноз и тактика.

3. Больная М, 46 лет, поступила в клинику с жалобами на наличие опухолевидного образования в области операционного рубца по средней линии живота. 3 года назад перенесла операцию по поводу деструктивного холецистита, перитонита. Рана заживала вторичным натяжением. Объективно: по средней линии живота от мечевидного отростка до пупка имеется операционный рубец, в центре которого опухолевидное образование диаметром до 15 см, эластической консистенции вправляющееся свободно в брюшную полость. Диагноз и тактика.

4. Больной К., 35 лет, жалуется на наличие опухолевидного образования в правой паховой области, которое имеет тенденцию к увеличению при натуживании, физической нагрузке и опускается в мошонку, что вызывает боли и снижение трудоспособности. Диагноз и тактика.

5. Больной Ш., 48 лет, предъявляет жалобы на резкие боли в области опухолевидного образования в левой паховой области. Грыженосительство 5 лет. Боли появились после подъема тяжести 8 часов назад, после чего появилась тошнота, имела место рвота до 6 раз. Мочеиспускание не нарушено. Температура тела 37,2°C. Диагноз и тактика.

6. Больной К., 64 года предъявляет жалобы на наличие опухолевидного образования в левой паховой области, повышение температуры до 38,40 С, рвоту, задержку стула, газов. Из анамнеза: грыженосительство 5 лет. Двое суток назад после физической нагрузки почувствовал боли в области грыжевого выпячивания, грыжа перестала вправляться. Объективно: в левой паховой области опухолевидное образование 6×4×4 см, плотно-эластической консистенции, резко болезненное, кожа над ним ярко гиперемирована. Имеется положительный симптом Щеткина-Блюмберга в нижних отделах живота. В анализе крови – лейкоцитоз 14,5×10⁹/л, палочко-ядерный сдвиг влево. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости определяются чаши Клойбера. Диагноз и тактика.

7. Больной А., 40 л., прооперирован через 13 часов после ущемления косой паховой грыжи. В грыжевом мешке оказалось 2 петли толстой кишки. После рассечения ущемляющего кольца цвет кишечных петель стал нормальным, они перистальтировали, пульсация сосудов брыжейки была хорошей. Обе петли были погружены в брюшную полость, выполнена пластика пахового канала. Через сутки у больного клиника разлитого перитонита. В чем ошибка хирурга?

Тема №2. «Аппендицит»

8. Больной К., 40 лет, жалуется на боли в правой подвздошной области. Заболел около 8 часов назад, когда появились боли в эпигастрии, а затем они сместились в правую подвздошную область. Стул был, кал обычного цвета, оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Температура тела 37,2°C. Диагноз и тактика.

9. Больной М., 62 лет поступил в хирургическое отделение спустя 4 суток после начала заболевания с жалобами на умеренные боли в правой подвздошной области, повышение температуры тела до 37,6 °С. Из анамнеза: 4 дня назад был приступ болей в правой подвздошной области. Объективно: язык влажный, живот участвует в акте

дыхания, мягкий. При пальпации в правой подвздошной области определяется округлой формы образование. Диагноз и тактика.

10. У больного, оперированного по поводу острого флегмонозного аппендицита 7 дней назад, поднялась температура. Она носит гектический характер. Болей в области операционной раны больной не отмечает. Жалуется на болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Язык сухой. Пульс 110 в минуту. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий при пальпации, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. В общем анализе крови лейкоцитоз – $18,0 \cdot 10^9/\text{л}$. В области раны воспалительной реакции нет.

11. Больной С., 46 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Из анамнеза: считает себя больным около 4 дней. Объективно у больного дыхательных и гемодинамических нарушений нет. В правой подвздошной области пальпируется инфильтрат. Больному проводилась консервативная терапия, однако, через 4 дня с момента поступления в стационар у него внизу живота появились боли, температура приняла гектический характер с размахами до полутора градусов. При осмотре: язык влажный, пульс 92 в минуту; живот мягкий, безболезненный, за исключением правой подвздошной области, где определяется резкая болезненность. При пальцевом ректальном исследовании нависания передней стенки прямой кишки не обнаружено. Ваш диагноз.

12. Больной 19 лет, поступил через 2-е суток от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота, тошноту, рвоту, сухость во рту, вздутие живота. Заболевание началось с болей в эпигастрии. Боли сместились в правую подвздошную область. К врачу не обращался. Боли распространились на нижнюю половину живота, усилились. Заподозрен острый аппендицит, осложнившийся распространенным перитонитом. Ваш диагноз.

Тема № 3. «Перитонит»

13. В хирургическое отделение поступила больная Н., 40 лет, через 3 суток от начала заболевания. При поступлении больная предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, над лоном, левой подвздошной области. Из анамнеза известно, что боли начались в эпигастрии и через несколько часов мигрировали в правую подвздошную область. Около 12 часов боли распространились на все нижние отделы живота. При осмотре общее состояние больной тяжелое, в сознании, кожные покровы пониженной влажности, язык сухой. Пульс 92 в минуту, АД 110/80 мм рт ст. Живот умеренно вздут и напряжен в нижних отделах. Из-за напряжения мышц передней брюшной стенки исследование затруднено, пальпация в нижних отделах резко болезненна, определяются положительные симптомы раздражения брюшины. Ваш диагноз.

14. В хирургическом отделении находится больная К., 30 лет, которой 8 дней назад произведена операция - аппендэктомия по поводу гангренного перфоративного аппендицита, диффузного перитонита. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. На 3-4 сутки удалены дренажи из брюшной полости. Однако на 5 сутки появились тупые боли внизу живота. К 8 суткам послеоперационного периода температура тела повысилась до 38,5, появилось вздутие живота, периодически урчание, газы отходят, стул был. В мезогастррии нечетко пальпируется объемное образование, мягко-эластической консистенции, болезненное, размерами 8х6см. Симптомов раздражения брюшины нет. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии нет. Заподозрен межкишечный абсцесс. Ваша тактика.

15. В хирургическом отделении находится на лечении больная Б., 18 лет, которой 5 дней назад была произведена операция - аппендэктомия - по поводу гангренного аппендицита, тифлита, местного перитонита. Брюшная полость была ушита наглухо, хотя культю отростка надежно погрузить не удалось в связи с явлениями тифлита. После операции температура тела была субфебрильная, в последние 2 дня стала повышаться, к вечеру до 38-39,5. Появились боли внизу живота, тенезмы. Тошноты рвоты нет,

аппетит несколько снижен. При исследовании per rectum определяется: зияние ануса, нависание и болезненность передней стенки прямой кишки. При исследовании per vaginam: нависание заднего свода влагалища, резкая болезненность при смещении матки. Ваш диагноз и тактика.

16. Больной Н. 40 лет поступил в приемное отделение хирургического стационара спустя 10 ч момента начала заболевания, жалуется на наличие интенсивных болей в эпигастрии, которые начались внезапно, как от удара кинжалом. Из анамнеза известно, что пациент в течение 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Объективно язык сухой (как щетка), пульс 100 в минуту, АД 90/60 мм рт ст со склонностью к гипотонии, живот напряжен в верхних отделах, при пальпации резко болезненный в верхних отделах и по ходу правого бокового канала, положительные симптомы раздражения брюшины в верхних отделах живота и по ходу правого бокового канала. Исследование per rectum – без особенностей. Диагноз и тактика.

17. В приемное отделение доставлен больной 45 лет через 3 суток от начала заболевания с жалобами на разлитые, постоянные боли во всех отделах живота, многократную рвоту, вздутие живота, отсутствие стула в течение 2-х последних суток, отсутствие отхождения газов, повышение температуры тела до 39 градусов, резкую слабость. Заболевание началось с интенсивных болей в эпигастрии (как от удара кинжалом). За медицинской помощью не обращался. Общее состояние крайне тяжелое. Больной заторможен. Черты лица заострены. Кожные покровы бледные, сухие. Т тела 38,5. В легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах. Тахипноэ до 24 в минуту, дыхание поверхностное. Тоны сердца ритмичные, глухие, ЧСС 120 в минуту. АД 90/50 мм рт ст. Живот равномерно вздут и напряжен во всех отделах. При поверхностной пальпации определяются симптомы раздражения брюшины во всех отделах. Перкуторно: притупление звука в отлогих местах живота, отмечается уменьшение размеров печеночной тупости. Отмечается олигурия. Ваша тактика и диагноз.

18. Больному 42 лет в плановом порядке по поводу язвы желудка была выполнена резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру. На 3-е сутки после операции состояние больного резко ухудшилось. Появились резкие боли в эпигастральной области, которые распространились по всему животу. Дыхание поверхностное, икота. Ps - 120 уд. в мин. Живот вздут, болезненный в эпигастральной области, правом подреберье, напряжен. Перистальтика не прослушивается. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Ваш диагноз.

19. В хирургическое отделение поступила больная Н., 40 лет, через 3 суток от начала заболевания. При поступлении больная предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, над лоном, левой подвздошной области. Из анамнеза известно, что боли начались в эпигастрии и через несколько часов мигрировали в правую подвздошную область. Около 12 часов боли распространились на все нижние отделы живота. При осмотре общее состояние больной тяжелое, в сознании, кожные покровы пониженной влажности, язык сухой. Пульс 92 в минуту, АД 110/80 мм рт ст. Живот умеренно вздут и напряжен в нижних отделах. Из-за напряжения мышц передней брюшной стенки исследование затруднено, пальпация в нижних отделах резко болезненна, определяются положительные симптомы раздражения брюшины. Ваш диагноз и тактика.

Тема №4. «Заболевания желудка и 12 п.к.»

1. У больного, 45 лет, не имевшего каких - либо жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта, внезапно возникла интенсивная боль (по типу кинжальной) в эпигастральной области. Наблюдалась тошнота и однократная рвота. Больной бледен, покрыт холодным липким потом и занимает вынужденное положение на правом боку с приведенными к животу бедрами. Изменение положения тела пациента приводит к усилению болей. Пальпация живота болезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга

положительный. Температура тела 37,20С. Пульс замедлен до 50-60 уд. в мин. Каковы Ваш диагноз и действия?

2. У больного, 36 лет, страдавшего в течение последних 5 лет язвенной болезнью 12-перстной кишки, внезапно появилась резкая боль в правом подреберье. В момент ее возникновения пациент покрылся холодным липким потом и занял вынужденное положение на правом боку с приведенными к животу ногами. Однако через 30-60 мин после начала болевого приступа интенсивность боли уменьшилась. Больной смог самостоятельно передвигаться. Каковы Ваш диагноз и действия?

3. Больной 26 лет. В течение 2,5 недель находится на стационарном лечении по поводу язвы 12-перстной кишки размером до 1,8 см. В процессе лечения боли прошли полностью, однако в последние дни стала беспокоить тяжесть в эпигастральной области к концу дня. При контрольном эндоскопическом и рентгенологическом исследовании установлено, что язва зарубцевалась, однако бариевая взвесь задерживается в желудке на 14 часов. Диагноз?

4. У больного, 65 лет, страдающего язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение последних 10 лет и имеющего тяжелую сопутствующую патологию, наступила перфорация язвы. От предлагаемого хирургического лечения он категорически отказался. Как следует поступить с больным?

5. 55-летний мужчина в течение 5 лет страдает язвой антрального отдела желудка с ежегодными обострениями. Последний год периодичность болей исчезла, они стали менее острыми, не постоянными. Снижился аппетит. Пациент стал заметно терять в весе, появилась слабость. При рентгенологическом исследовании на малой кривизне антрального отдела желудка определяется ниша диаметром 2,5 см с инфильтративным валом. При фиброгастроскопии обнаружена каллезная язва диаметром около 3 см. В полигастробиопсийном материале, взятом с края язвы, обнаружены атипичные клетки. Ваш диагноз и тактика?

6. 60-летний мужчина жалуется на боли в эпигастральной области с иррадиацией в спину, усиливающиеся вскоре после еды. Болеет 1,5 года. Поступил в стационар впервые. Во время двух предыдущих обострений лечился амбулаторно по поводу гастрита. Общее состояние пациента удовлетворительное. При пальпации отмечается небольшая болезненность в эпигастрии. Имеется нормацидный тип желудочной секреции. Во время рентгенологического исследования в средней трети малой кривизны желудка обнаружена ниша диаметром 1 см с конвергенцией складок с воспалительным валом глубиной около 25 1,5 см. При фиброгастродуоденоскопии найдена каллезная язва. В биоптатах из краев язвы атипичных клеток не найдено. Ваш диагноз и тактика?

7. 36-летний больной жалуется на резкие боли в эпигастрии, усиливающиеся после еды, изжогу. Болен в течение 6 лет с сезонными обострениями весной и осенью. Несколько раз лечился стационарно, после чего наступало временное улучшение. При фиброгастроскопии установлено наличие двух язв тела желудка и луковицы 12-перстной кишки. Ваша тактика? Если показана операция, то какая?

Тема №6. «Травмы живота»

1. Больная С, 62 лет, доставлена машиной скорой помощи в приемное отделение. На улице внезапно появилась резкая боль в левом подреберье, кратковременно потеряла сознание. АД 90/60 мм. рт.ст. Пульс 100 уд. мин., слабого наполнения. Живот мягкий, умеренно болезненный по левому боковому каналу, там же притупление перкуторного звука и сомнительные симптомы раздражения брюшины. Дополнительно пациентка сообщила, что около 2 недель назад получила травму, ударилась левым боком о кресло в трамвае, после чего отмечала умеренные боли в левом подреберье. Диагноз и тактика.

2. Больной Е., 20 лет, доставлен бригадой «Скорой помощи» с жалобами на боли в левой половине грудной клетки и живота, слабость, которые появились после падения с борта машины на левый бок. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс 88 уд. в мин., артериальное давление 130 на 80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, незначительно болезнен в эпигастральной области и в области 8-10 ребер слева по срединно-подмышечной линии. Симптомов раздражения брюшины нет. Анализ крови: Эритроциты – $4,1 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $12,8 \cdot 10^9/л$, Нв – 120 г/л, гематокрит – 44%. Ваш диагноз?

3. Вы курируете больного С, 36 лет, с переломом 10 и 11 ребер слева. На 4 день после травмы в стационаре у него появились боли в левом подреберье, слабость, головокружение. Из объективных симптомов обращают на себя внимание бледность кожных покровов, эпицентр пальпаторной боли в левом подреберье, здесь же вы выявили слабо выраженные симптомы раздражения брюшины. Ваш предварительный диагноз?

4. Больной И., 24 лет, госпитализирован через 3 часа после автомобильной аварии. Его беспокоят боли внизу живота, постоянные позывы на мочеиспускание, моча выделяется при натуживании в виде нескольких капель. Признаки перитонита выражены слабо. Ваш предварительный диагноз? Ваша программа дообследования?

5. Больной К., 27 лет доставлен с закрытой травмой живота через 2 часа с момента травмы. Состояние больного крайне тяжелое. Пульс 120 уд. мин, плохого наполнения, А/Д 90/60 мм рт. ст. На УЗИ – свободная жидкость в брюшной полости, при лапароцентезе получена кровь. Больной оперирован в экстренном порядке. При лапаротомии в брюшной полости обнаружена жидкая кровь около 2 л. Диагностирован разрыв селезенки, выполнена спленэктомия. При ревизии брюшной полости других повреждений не обнаружено. Какой из методов гемотрансфузии наиболее оптимален для данного больного?

6. Больной Д., 42 лет, поступил в хирургическое отделение, через 12 часов с момента травмы (в 12 часов ночи на заводе больной упал и ушиб верхнюю часть живота о станок). Всю ночь лежал в медпункте завода. Отмечал небольшие боли в правом подреберье, которые уменьшались после введения баралгина. При осмотре в приемном отделении выявлено, что живот втянут, брюшная стенка в дыхании не участвует. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Больной срочно взят на операцию, где обнаружено небольшое количество желчи в брюшной полости, имбибиция желчью корня брыжейки поперечно-ободочной кишки; желчь просвечивает через брюшину около двенадцатиперстной кишки. Ваш диагноз и тактика?

7. Больная К., 21 года поступила в больницу, через 24 часа с момента драки (в драке получил удар ножом в поясничную область слева). При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы бледные, тошнота, рвота, язык сухой, живот не участвует в акте дыхания, при пальпации дефанс, положительный симптом Щеткина-Блюмберга во всех отделах. Перистальтика выслушивается, газы отходят, стула не было. А/Д 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 110. Нв 140г/л. Нт 47%. Status localis: в поясничной области слева имеется колото-резанная рана 2,5x1,5 см. При ПХО раневой канал идет сзади наперед и снизу вверх, пальпаторно концы его не достигаем. Диагноз и тактика?

8. Больная П., 18 лет, поступила через 24 часа после травмы (упала на бордюрный камень левым боком при пробежке на физкультуре). Доставлялась в медпункт института и была отпущена с диагнозом Ушиб левой реберной дуги. УЗИ и рентгенография не выполнялись. В течении суток беспокоили тупые боли в левом подреберье. Около 1 часа назад появились резкие боли в левой половине живота, слабость, головокружение, затруднение в дыхании при горизонтальном положении. Общее состояние тяжелое, кожные покровы бледные. А/Д 90/50 мм рт.ст. ЧСС 100 в 1 мин. Нв 78г/л. Нт 26%. Живот напряженный, болезненный в левых отделах, симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. Диагноз?

9. Больной У., 43 лет, поступил в приёмное отделение через 2 часа после удара ножом в живот. Общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледно-розовые. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области, где имеется колото-резанная рана 3,5x2,0 см с эвентрированной прядью боль-шого сальника. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. АД 120/80 мм.рт.ст. ЧСС 90 в 1 мин. Диагноз и тактика?

Тема №7. «Желчекаменная болезнь и ее осложнения»

1. У мужчины 40 лет появился ахоличный стул и темная моча, а через несколько дней – желтушное окрашивание кожи и склер. Из анамнеза известно, что шесть месяцев назад пациенту произведен остеосинтез в связи с переломом бедра. Объективно: живот обычной формы, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья, печень увеличена на 3-4 см ниже реберной дуги. Симптом Ортнера слабо положительный, симптом Щёткина-Блюмберга, Курвуазье отрицательные. Отмечается желтушное окрашивание кожи и склер. Лабораторные показатели: общий билирубин 68,4 мкмоль/л; прямой билирубин 51,3 мкмоль/л; АлТ 75 МЕ/л; амилаза крови 32 МЕ/л; АТ к НБС-Аготрицательный. УЗИ: холедох расширен до 1 см, умеренное растяжение желчного пузыря, содержащего осадок. Печень увеличена, с явлениями гепатоза, незначительно расширенными внутрпеченочными протоками. Головка поджелудочной железы обычных размеров. Ваш предварительный диагноз?

2. Больная 59 лет поступила в клинику с умеренно выраженными болями в области правого подреберья. Из анамнеза известно, что заболела 3 дня назад, когда внезапно появились сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, тошнота, рвота. Приступ болей продолжался около 3 часов, его удалось купировать введением спазмолитиков. После приступа сохранялись ноющие боли в области правого подреберья. Ранее у больной отмечались подобные приступы болей, но они были менее продолжительными. Объективно: кожа и склеры глаз обычной окраски, температура тела 36,70С, пульс 76 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 150/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, напряжения брюшной стенки не отмечается, в области правого подреберья определяется умеренно болезненное опухолевидное образование размерами 11x5 см с четкими контурами, эластичной консистенции, смещаемость его ограничена. Симптомы Ортнера, Мерфи выражены слабо, симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Анализы крови и мочи без отклонений от нормы. УЗИ: печень не увеличена, желчный пузырь размерами 12x5 см, контуры его четкие, толщина стенки 4 мм, полость гомогенная, в области шейки определяется акустическая тень (конкремент) 0,8x0,9 см. Какие причины могут привести к появлению опухолевидного образования в правом подреберье? Ваш предполагаемый диагноз? План лечения?

3. Больной 78 лет поступил в клинику на 6 сутки от начала заболевания с жалобами на боли в области правого подреберья, рвоту, общую слабость. Заболевание началось с приступа сильных болей в области правого подреберья, затем появились тошнота, рвота. Через несколько часов интенсивность болей уменьшилась, появилась общая слабость, повышение температуры тела до 38,0С. Из анамнеза известно, что больной страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом. Объективно: общее состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура тела 38,00С. Пульс 90 в мин. удовлетворительных качеств. АД 180/100 мм рт. ст. Язык суховат, обложен сероватым налетом. Живот обычной формы, при пальпации выраженная болезненность в области правого подреберья, здесь же напряжение брюшной стенки. В области правого подреберья пальпаторно определяется болезненное опухолевидное образование 6x5 см, плотной консистенции, с четкими контурами. Симптомы Ортнера, Мерфи, Щёткина-Блюмберга положительные. Анализ крови: лейкоцитов 14,5x10⁹/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 30 мм/ч. УЗИ: печень

не увеличена, желчный пузырь размерами 12x5 см, толщина его стенки 8 мм, в просвете его множественные конкременты размерами от 0,5x0,7 см до 0,2x0,2 см. Ваш диагноз?

4. У больной, 65 лет, страдающей в течение последних 7 лет от приступов желчекаменной болезни, очередной приступ окончательно не купировался. На протяжении последующих 2 мес. больная продолжала отмечать постоянные ноющие боли в правом подреберье. При пальпации в правой подреберной области определялось значительных размеров плотноэластическое малоблезненное образование, с гладкой поверхностью. Симптомы раздражения брюшины не выявлялись. Температура тела у больной нормальная. Лейкоцитов в крови 5,6x10⁹/л. Ваш диагноз и тактика лечения больной?

5. Больная, 55 лет, срочно оперирована через 7 суток от начала заболевания по поводу тяжело протекающего острого холецистита. Во время операции обнаружено, что желчный пузырь перфорирован. Имеется разлитой желчный перитонит. Удалить желчный пузырь не представляется возможным из-за технических трудностей и крайне тяжелого состояния больной. Наложить надежную холецистостому тоже невозможно, так как стенка пузыря в области шейки некротизирована. 31 В чем будет заключаться оперативная помощь в данном случае?

6. У больной, 48 лет, во время операции по поводу острого холецистита обнаружен больших размеров напряженный флегмонозно измененный желчный пузырь. Он удален. Общий желчный проток расширен до 3 см в диаметре. При холедохотомии удалены 2 камня 1x1 см и большое количество темной замазкообразной массы с наличием множества мелких камней и песка. Каким образом хирург должен закончить операцию?

Тема №8. «Механическая желтуха»

1. Больная 55 лет поступила в клинику с жалобами на желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд, чувство тяжести в правом подреберье и подложечной области, общую слабость, потемнение мочи. Заболела 3 дня назад, когда впервые внезапно появились сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие в правое надплечье. Приступ продолжался около 2 часов, купировался после внутривенного введения спазмолитиков. Подобный приступ повторился сутки назад. Отмечались тошнота, рвота, повышение температуры тела до 38,0С. Приступ продолжался около 8 часов. На следующий день появилось желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд; был обесцвеченный кал. Объективно: кожа и склеры глаз желтушной окраски. Пульс 78 в минуту удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень и желчный пузырь не пальпируются. Симптомы Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Лабораторные показатели: общий билирубин 149 мкмоль/л, прямой билирубин 97 мкмоль/л, непрямой билирубин 52 мкмоль/л; АлАТ 415,3 ед. акт./л, АсАТ 162,2 ед. акт./л; щелочная фосфатаза 109,6 ед. акт./л. УЗИ: малоинформативно. Предполагаемая причина желтухи? Дифференциальная диагностика? Как уточнить диагноз?

2. Больная, 65 лет. Предъявляет жалобы на желтушность кожных покровов, которая появилась около 2 нед назад и прогрессирующе нарастает. За последние 2 мес похудела на 5 кг. При УЗИ внутрипеченочные протоки расширены (II-III степени), холедох - 18 мм, в области головки ПЖ объемное образование диаметром 35 мм, проток ПЖ расширен до 5 мм, других патологических изменений не выявлено. В срочном порядке выполнено дренирование желчного пузыря. Ежесуточные потери желчи составляют 1000 мл. Предварительный диагноз и тактика?

3. У больного, 48 лет, 3 недели назад появились зуд кожных покровов, ахоличный стул, темная моча, желтушность склер. Пациенту шесть месяцев назад была выполнена операция - остеосинтез в связи с переломом бедра. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлено расширение общего желчного протока до 12 мм,

умеренное растяжение желчного пузыря (конкрементов нет), печень увеличена, гепатоз, расширены внутриспеченочные желчные протоки. По данным дуоденоскопии на месте расположения большого дуоденального сосочка выявлено опухолевидное образование в виде “цветной капусты“ (2x2x2 см). Лабораторные показатели : общий белок 68 г/л, общий билирубин 178,4 ммоль/л; прямой билирубин 161,3 ммоль/л; АЛТ 175 МЕ/л; щелочная фосфатаза 2225 ед/л, амилаза мочи 16 ед по Вольгельмуту; имеются антитела к Hbs-Ag. Ваш диагноз?

4. Больной М., 64 лет, оперирован по поводу острого гангренозного калькулезного холецистита. При выделении острым путем в воротах печени желчного пузыря из своего ложа был обнаружен неизвестный проток, который был перевязан. В послеоперационном периоде отмечено ухудшение общего состояния больного, с 1-х суток – нарастание билирубинемии до 52 ммоль/л, появились симптомы интоксикации. Ваш диагноз и тактика?

Тема №9. «Портальная гипертензия»

1. Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупноузлового цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Per rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритроц. $2,7 \times 10^{12}$, Hb 88 г/л, Ht 0,29. Фиброгастродуоденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билирубин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, непрямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%). Ваш диагноз?

2. Больной 41 год поступил в клинику с жалобами на рвоту неизменной кровью, головокружение, слабость, перенес малярию 10 лет назад. В последние 3 года – периодические боли в правом подреберье. Объективно: состояние средней тяжести. Бледность кожи и слизистых. Небольшая желтушность склер, сосудистые звездочки на коже. Пульс 110 уд/мин. ритмичный. АД 90/50 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен коричневым налетом. Живот увеличен в размерах, распластан. Печень выступает из-под реберной дуги, плотная с заостренным краем. Селезенка выступает на 8 см. Перкуторно определяется асцит. В общем анализе крови: эритроциты $2,3 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин 72 г/л, гематокрит 0,29.

3. Больной 38 лет доставлен в хирургическое отделение с жалобами на рвоту алой кровью, слабость, головокружение. Из анамнеза установлено – около 7 лет назад перенёс острый панкреатит. При осмотре кожа и видимые слизистые бледные. Дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены. Пульс 112 уд. в мин, ритмичный. АД 110/60 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, пальпируется селезёнка, выступающая за край ребёрной дуги на 6 см. При УЗИ определяется спленомегалия. Печень не увеличена, её ткань без особенностей. Воротная вена в пределах нормы. Определяется фиброз поджелудочной железы, кальцификаты в её ткани, селезеночная вена четко не визуализируется. В клиническом анализе крови: Эр. $2,8 \cdot 10^{12}$ /л., гемоглобин 78 г/л, гематокрит 0,32.

4. Больной К., 42 года в экстренном порядке поступил в стационар. Кровавая рвота возникла внезапно. Перенес болезнь Боткина около 12 лет назад. При осмотре – заметная венозная сеть на животе. Пальпируется увеличенная селезенка у края левой реберной дуги

и плотный край печени у реберной дуги. Пульс 105 уд. в мин, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. В общем анализе крови: эритроцитов $2,7 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 78 г/л, гематокрит 0,31.

Тема №10. «Доброкачественные опухоли печени. Эхинококкоз печени»

1. За медицинской помощью обратился больной 36 лет с жалобами на тяжесть в правом подреберье, периодически появляются тупые боли в правом подреберье и эпигастрии. Бывают эпизоды кожного зуда, крапивницы. Занимается пастбищным животноводством. бъективно: общее состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые обычного цвета. Над легочными полями дыхание везикулярное, тоны сердца чистые. Пульс 84 уд. в мин, ритмичный. АД 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, определяется увеличенная, умеренно болезненная печень. В проекции левой доли пальпируется опухолевидное образование. Изложенное позволило врачу общей практики поставить предварительный диагноз – очаговое образование печени. В процессе клинико-инструментального исследования с использованием УЗИ и иммунологических методов диагностики эхинококкоза поставлен диагноз – эхинококковая киста левой доли печени. Ваша тактика?

2. Больная 42 л, обратилась к врачу общей практики по поводу простудного заболевания. При пальпации живота было обнаружено увеличение печени больше за счет левой доли, которая мягкоэластичной консистенции, контур не ровный. Заподозрена гемангиома левой доли печени. Ваша тактика?

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

Тема №11. «Заболевания поджелудочной железы»

1. Больная 39 лет поступила с жалобами на боли в эпигастрии, правом подреберье, тошноту. Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад выполнена холецистэктомия по поводу ЖКБ. При осмотре кожа и видимые слизистые иктеричны, температура тела 36,8. В легких дыхание везикулярное. PS 82 уд. в мин., АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий болезненный в правом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные. При УЗИ имеется умеренное расширение ОЖП, подозрение на конкремент в их просвете. С целью уточнения патологии ОЖП выполнена ЭРПХГ. Контрастированы частично ГППЖ и ОЖП, в просветекоторого определяется конкремент. Выполнена ЭПТ с литоэкстракцией. К вечеру у больной появились резкие опоясывающие боли, вздутие живота, многократная рвота, показатели амилазы крови- 72г/л, мочи- 240г/л. Ваша лечебная тактика?

2. Больная 76 лет поступила с жалобами на резкие, опоясывающие боли в верхней половине живота. Боли появились внезапно после употребления жирной пищи. Боли нестерпимые, беспокоит многократная рвота, не дающая облегчения, слабость, обильное потоотделение. Страдает много лет ЖКБ, ИБС, ГБ. Температура тела 37,2. При осмотре состояние тяжелое, склеры иктеричны, акроцианоз, кожа покрыта холодным потом, пульс 125 уд. в мин. аритмичный, АД 140/90 мл.рт.ст. Дыхание везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно вздут, мягкий, печеночная тупость сохранена. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Амилаза мочи 840 г/л. При УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь увеличен, напряжен, стенка 1-2 мл. толщиной, в просвете мелкие конкременты, внепеченочные желчные протоки

расширены в просвете мелкие конкременты. Поджелудочная железа увеличена, экзогенность снижена, контуры смазанные. Диагноз и тактика.

3. Больной 38 лет доставлен в хирургическое отделение в тяжелом состоянии с жалобами на боли по всему животу, слабость, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Боли в животе появились две недели назад. К врачу не обращался, так как в течении месяца в запое, длительное время злоупотребляет алкоголем. Состояние больного тяжелое, положительные симптомы Мондора, Куллена, Грея-Турнера. В легких дыхание жесткое. Пульс 124 уд. в мин., АД 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен грязным налетом. Живот вздут. Перистальтика кишечника не выслушивается. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Мочи мало. В клиническом анализе крови выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, анемия, высокая СОЭ, токсическая зернистость. При УЗИ в брюшной полости определяется свободная жидкость, содержащая эховзвесь, расширенные петли кишечника, содержащие свободную жидкость. Структура поджелудочной железы неоднородная, визуализируются полости деструкции в ткани железы, секвестры. В забрюшинной клетчатке слева также определяются очаги деструкций. При лапароскопии в брюшной полости мутный выпот, множество бляшек стеатонекроза. Ваш диагноз и тактика.

4. Больной 51 года уже в течении 17 дней находится на стационарном лечении в хирургическом отделении по поводу острого алиментарного панкреонекроза. Поступил в первые сутки от начала заболевания. По клиническим и УЗИ данным был диагностирован стерильный панкреонекроз. Проводилась консервативная терапия. Образовался парапанкреатический инфильтрат. Температура была на субфебрильных цифрах. С третьей недели заболевания на фоне антибактериальной терапии температура тела начала подниматься до 39,8 с падением на два градуса и более. В клиническом анализе крови нарастает лейкоцитоз. При УЗИ в сальниковой сумке визуализируется жидкостное образование, содержащие мелкие секвестры, объемом до 200 мл. Ваш диагноз и тактика.

5. Больной 45 лет, жалуется на боли в эпигастральной области и левом подреберье, иррадиирующие в спину. Боли периодически носят опоясывающий характер. Кроме того больного беспокоит тошнота, рвота. Рвота неоднократная, не приносит облегчения. Положение тела вынужденное, больной находится на спине в полусогнутом состоянии. Температура нормальная. Боли появились после приема алкоголя и обильной еды. В жизни алкоголем не злоупотребляет. Диагноз и тактика.

6. Больная Б., 42 года поступила в хирургическое отделение с жалобами на: интенсивные боли в эпигастрии, правом подреберье, периодически опоясывающего характера, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Считает себя больной в течении 3 часов, когда после приема жирной пищи появились выше описанные жалобы. Из анамнеза известно, что больная в течении 5 лет страдает ЖКБ. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, кожа и видимые слизистые субиктеричны. Температура тела 38,2, пульс 92 уд. в мин., АД 140/90 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации определяется мышечная защита в эпигастрии и правом подреберье. Имеют место слабopоложительные перитонеальные симптомы в эпигастрии. Перистальтика, выслушивается. Газы отходят. Диурез сохранен. Амилаза крови 60 г/л, амилаза мочи 220 г/л. Ваш диагноз и тактика.

Тема №12. «Хронический панкреатит и кисты поджелудочной железы»

1. Больной 46 лет, год назад перенесший острое воспаление поджелудочной железы, жалуется на наличие опухолевидного образования в эпигастральной области, которое постепенно увеличивается в размере, на умеренные боли в животе после приема пищи. При осмотре больного в эпигастральной области и в правом подреберье пальпируется опухолевидное образование размером 18x15x10 см. По данным рентгеноскопии желудка его задняя стенка оттеснена кпереди. При ультразвуковом

исследовании в поджелудочной железе имеется объемное анэхогенное образование размером 150x100x80 мм. Ваш диагноз?

2. Больной 48 лет жалуется на постоянные боли в эпигастральной области, не связанные с приемом пищи. Боли часто сопровождаются тошнотой, рвотой. Страдает злоупотреблением алкоголя. При осмотре больной истощен, отмечается умеренная желтушность кожных покровов, в эпигастральной области пальпируется плотное, поперечно расположенное образование. О каком заболевании следует думать?

3. Больная 56 лет, длительно страдавшая хроническим калькулезным холециститом и 2 года назад перенесшая холецистэктомию, во время которой было проведено обследование желчных протоков, не выявившее в них патологии, жалуется на периодически возникающие боли в верхней половине живота, иррадиирующие в поясничную область. Иногда после приступа болей появляется желтушность склер. Боли удается купировать приемом анальгетиков. Для какого заболевания характерен такой анамнез?

4. Больной 56 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на общее недомогание, желтушность кожи, постоянные боли в эпигастральной области. Из анамнеза установлено, что больной злоупотреблял алкоголем, боли в животе на протяжении года с небольшими перерывами. При осмотре больного выявлена желтушность кожи и склер, болезненность во время пальпации эпигастральной области и атрофия мышц верхней половины живота. При гастродуоденоскопии обнаружен хронический гастрит. Ваш предварительный диагноз и какие методы исследования следует использовать для его уточнения?

5. Больная 50 лет жалуется на боли в правом подреберье, возникающие после приема жирной пищи. После приступа болей появляется кратковременная желтушность кожных покровов. Больна около 7 лет. При УЗИ обнаружены камни в просвете желчного пузыря и умеренное расширение желчного протока без наличия в нем конкрементов. Во время осмотра больной болей нет, никаких патологических симптомов со стороны органов брюшной полости не выявлено. Какое осложнение хронического калькулезного холецистита наиболее вероятно?

6. У больного, страдающего хроническим рецидивирующим панкреатитом, при УЗИ обнаружено уплотнение ткани железы на все протяжении, расширение просвета главного панкреатического протока до 2,5 мм и наличие в нем конкрементов. Эндоскопическая панкреатикография подтвердила данные УЗИ и выявила симптом «цепи озер». Какова лечебная тактика?

7. Больной 48 лет длительное время страдает болями в эпигастральной области, иррадиирующими в правую поясничную область. В анамнезе лечение по поводу острого отечного панкреатита. При УЗИ выявлено выраженное уплотнение ткани тела и хвоста поджелудочной железы. Главный панкреатический проток не расширен. Изменений со стороны органов желчевыводящей системы не обнаружено. Диагностирован индуративный панкреатит с локализацией патологического процесса в области тела и хвоста поджелудочной железы. Какова лечебная тактика?

8. Больной 46 лет, год назад перенесший острое воспаление поджелудочной железы, жалуется на наличие опухолевидного образования в эпигастральной области, постепенно увеличивающегося в размере, на умеренные боли в животе после приема пищи. При обследовании диагностирована киста тела поджелудочной железы. Признаков острого воспаления нет. Нарушения проходимости желчевыводящих протоков нет. Какова лечебная тактика?

Тема №14. «Кишечная непроходимость»

1. Больной С. 49 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, рвоту с «каловым» запахом. Заболел остро 3 дня назад. Боли вначале носили схваткообразный характер, затем стали постоянными. В анамнезе операция по поводу

закрытой травмы брюшной полости. Объективно: общее состояние тяжелое, пульс 120 в мин. АД 80/60 мм. рт. ст. Дыхание в легких ослаблено. Язык сухой как «щетка», живот в акте дыхания не участвует, вздут, напряжен, резко болезненен. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный во всех отделах. Газы не отходят, стула нет. Per rectum: ампула прямой кишки пустая, раздута, сфинктер зияет. Диагноз и тактика.

2. Больной П. 39 лет 2 дня назад была выполнена холецистэктомия по поводу острого флегмонозного холецистита. Предъявляет жалобы на вздутие, боли в животе. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, пульс 100, АД 90/70 мм. рт. ст. Живот вздут, болезненный при пальпации, перитонеальные симптомы отрицательные. Перкуторно определяется тимпанит. Перистальтика отсутствует. Газы не отходят, стула нет. Ваша тактика.

3. Больной 53 года 3 часа назад почувствовал резкую боль в животе при физической нагрузке, многократную рвоту. Поступил в приемное отделение с классической картиной болевого шока (кожные покровы бледные, в отлогах местах цианотичные, частота дыхательных движений – 32/мин). Объективно: общее состояние тяжелое. При осмотре живота: видимая перистальтика в мезогастрии, живот вздут, асимметричен. При аускультации: шум плеска. Ваш диагноз и тактика.

4. Больная П., 43 лет поступила в х/о с подозрением на кишечную непроходимость, с жалобами на резкие схваткообразные боли в эпигастрии, тошноту, многократную рвоту съеденной пищей. Газы отходят, был стул. После рвоты наступает облегчение. Считает себя больной в течение 4х часов, когда после приема пищи появились вышеуказанные жалобы. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. PS 90, АД 100/70 мм.рт.ст., язык сухой, живот не вздут, болезненный в эпигастрии. Отмечается п/о рубец от верхней-срединной лапаротомии. Перистальтика прослушивается. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При обзорной рентгенографии чаши Клойбера не определяются, в желудке имеется жидкость, увеличен газовый пузырь желудка. Диагноз?

5. Больной Г. 43 лет поступил с жалобами на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, задержку стула и газов. Указанные жалобы появились за 6 часов до поступления после приема пищи. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, пульс 100 в мин, АД 80/60 мм. рт. ст. Живот вздут, болезненный при пальпации. Имеется п/о рубец от мечевидного отростка до пупка. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика усилена. Per rectum: ампула прямой кишки заполнена каловыми массами. В анамнезе: оперирован 1 год назад по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, перитонита. Диагноз и тактика.

6. Больной К., 72 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, неотхождение газов и кала. Считает себя больным около 1 года, когда появились незначительные боли в левой половине живота. Состояние постоянно ухудшалось: нарастала общая слабость, пропал аппетит, потом начал отмечать урчание в животе, периодически затрудненное отхождение газов и кала. Сутки назад появились схваткообразные боли, газы и кал перестали отходить. Была 2 раза обильная рвота желудочным и кишечным содержимым. Состояние средней тяжести, кожные покровы с сероватым оттенком. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 110 в мин., ритмичный, мягкий. Тоны сердца приглушены. АД 140/90 мм рт ст, язык обложен темным налетом, живот вздут в акте дыхания не участвует, перкуторно – тимпанит, перистальтика вялая, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Предварительный диагноз и тактика.

7. Больная Ж. 37 лет поступила в приемное отделение с жалобами на резкие, схваткообразные боли в правой подвздошной области, которые появились 6 часов назад после приема слабительного, рвоту. Отмечает укорочение интервалов между схватками – боли становятся постоянными. При объективном осмотре: общее состояние средней

степени тяжести, PS-106', АД 90/70 мм. рт. ст. Язык сухой с серым налетом, живот вздут, при перкуссии тимпанит. При пальпации в правой подвздошной области болезненное, плотное, подвижное, изогнутое, колбасовидное образование. Per rectum: кровянистое содержимое. Ваш диагноз.

8. Больному В., 46 лет, выполнена операция Резекция желудка по поводу тяжелой пенетрирующей язвы, 4 сутки после операции беспокоит вздутие живота. Перестальтика не прослушивается, газы не отходят. Состояние средней степени тяжести, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное. Пульс 80 в мин., ритмичный, полный, АД 130/90 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены. Язык суховат. Живот равномерно вздут, болезненный в области раны. Симптом Щеткина отрицательный. По назогастральному зонду 400 мл желудочного отделяемого. Со стороны мочевыделительной системы без особенностей. Диагноз?

Тема №16. «Заболевания щитовидной железы»

1. За медицинской помощью обратился больной К., 37 лет с жалобами на неприятные ощущения в области шеи. Сам на передненаружной поверхности шеи слева пропальпировал опухолевидное образование. Других жалоб не предъявляет. Из семейного анамнез установлено, что по материнской линии были онкологические заболевания. При осмотре в левой доле щитовидной железы пальпируется узел размерами 3x4 см плотноватый. Лимфоузлы на шее не определяются. При УЗИ исследовании получены данные за узловой зоб. Выполнена ТАБ – пролиферирующий зоб. Ваша тактика?

2. Больная К., 64 лет обратилась с жалобами на беспричинный кашель, чувство давления в области шеи справа. При обследовании в зоне правой доли щитовидной железы определяется узел плотно-эластической консистенции в диаметре до 3 см.. Лимфоузлы шеи не увеличены. Ваш диагноз и тактика?

3. Больная 36 лет обратилась к врачу в связи с тем, что появились неприятные ощущения в области шеи справа и здесь же прощупала опухолевидное образование. Других жалоб не предъявляет. При осмотре справа в проекции правой доли щитовидной железы пальпируется округлой формы тугоэластическое опухолевидное образование в диаметре до 5 мм. Лимфоузлы шеи не увеличены. Заподозрена киста щитовидной железы. Какие исследования необходимо провести? Лечебная тактика?

4. У больной 42 лет при диспансерном обследовании обнаружили увеличение щитовидной железы 1 степени по классификации ВОЗ (2001). Выполнено УЗИ, при котором обнаружены изменения, характерные для хронического аутоиммунного тиреоидита Хашимото (железа увеличена с чередованием участков сниженной, средней и повышенной эхогенности), а также на его фоне узел в левой доле железы диаметром до 8 мм. Из анамнеза установлено, что по материнской линии были онкологические заболевания. Ваш диагноз и тактика?

5. Больная 51 года страдает тиреотоксикозом на протяжении 2 лет. Проводимое консервативное лечение не дает стойкой ремиссии. Полгода назад после пережитых неприятностей заболевание обострилось. В настоящий момент тиреотоксикоз средней степени тяжести. Врачом-эндокринологом больная направлена для хирургического лечения. Ваша лечебная тактика?

6. У больного В., 51 года, 5 лет назад был диагностирован узловой эутиреоидный зоб размерами 1,3x2 см в левой доле щитовидной железы. Все годы образование не причиняло ему беспокойства. За последние 3 месяца образование увеличилось вдвое. Больной отмечает ухудшение общего состояния: слабость, быстрая утомляемость. При пальпации поверхность образования неровная, консистенция плотная. Диагноз и тактика?

7. У больной, оперированной по поводу диффузного зоба с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести, на следующий день после операции появились парестезии в области кончиков пальцев рук, губ, языка, чувство ползания мурашек. Затем

появился симптом "руки акушера", боли в мышцах предплечий. О каком осложнении следует думать?

8. Больная Н., 39 лет заметила увеличение шеи 6 лет назад. Окружность шеи увеличивается. Появилась одышка. Проживала на Урале. Подобным заболеванием страдали многие жители. Объективно: удовлетворительного питания, пульс 76 уд/мин, ритмичный. Щитовидная железа определяется на глаз и при пальпации в обеих долях - образования плотноватой консистенции с гладкой поверхностью, изменяющие форму шеи. Диагноз и тактика?

9. Больная К., 34 лет жалуется на боли в области сердца, сердцебиение, одышку, появляющиеся при ускоренной ходьбе, физ. нагрузке, утолщение шеи (появилось в последние 6 месяцев), раздражительность, плаксивость. Отмечает потерю веса до 10 кг. Считает себя больной 7 лет. Лечилась по поводу заболевания сердца и невралгии. Объективно: больная пониженного питания с выражением "застывшего испуга" на лице. Пульс 120 уд/мин, АД 130/70 мм рт. ст. Экзофтальм. Щитовидная железа увеличена равномерно с гладкой поверхностью, мягко-эластической консистенции, безболезненная, смещается при глотании. Диагноз и тактика?

10. Больная С, 42 лет в течение 4 лет страдает тиреотоксическим диффузным зобом. Щитовидная железа значительно увеличена, имеются симптомы сдавления органов шеи. Больная раздражительна, плаксива. Отмечает потерю веса (6 кг за 6 мес.) пульс 132 уд/мин. Направлена эндокринологом в клинику на операцию. Ваша тактика?

*Тема №17. «Острый живот. Острые желудочно-кишечные кровотечения.
Дифференциальная диагностика»*

1. Больной, 49 лет, госпитализирован в хирургическое отделение клиники в 4-ый раз по поводу кишечного кровотечения из язвы луковицы 12- перстной кишки. Длительность язвенного анамнеза больного составляет 8 лет. Кишечное кровотечение возникло во 2-ой раз и остановилось в результате проведенного комплексного консервативного лечения и эндоскопического гемостаза. Следует ли больному предлагать операцию?

2. У больного, 54 лет, после многократной, не приносящей облегчения рвоты, обусловленной приемом алкоголя, возникло желудочное кровотечение. В рвотных массах отмечалась жидкость цвета кофейной гущи с примесью алой крови. При фиброгастроскопии в пищеводно-кардиальной зоне найден линейный разрыв слизистой длиной 1,5 см и глубиной 0,3 см с незначительным подтеканием из него крови. Что произошло с больным? Как следует поступить с пациентом?

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

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

Тема №18. «Острая и хроническая артериальная недостаточность»

1. Больная И., 36 лет, срочно переведена из терапевтического отделения, где лечилась по поводу ревматического митрального порока сердца. 2 часа назад у нее внезапно появилась резкая боль в правой ноге. Вслед за этим наступило ее онемение и прекратились движения в стопе: по словам больной, нижняя конечность стала как бы «чужой». При осмотре: правая нога бледная, от пальцев стоп до средней трети бедра

холодная, движения в голеностопном суставе и пальцах стопы отсутствуют. Пульс на артериях стопы, в подколенной ямке не определяется, усилена пульсация на общей бедренной артерии. На здоровой ноге пульс определяется отчетливо. Что произошло с больной? Как Вы поступите?

2. Больной, 54 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в левой нижней конечности, зябкость, парестезии, перемежающую хромоту через 100 м. Болен 2 года. Лечился консервативно с незначительным улучшением. Объективно: левая нижняя конечность холоднее правой, ее кожа бледного цвета. Пульс на левой общей бедренной артерии определяется, в подколенной ямке и над артериями стопы не определяется. Реовазография свидетельствует о резком снижении реографического индекса слева. Выполнена чрескожная бедренная ангиография слева. На ангиограмме обнаружена сегментарная окклюзия левой поверхностной бедренной артерии в нижней трети. 58 Какое лечение необходимо провести больному?

3. У больного, 58 лет, стали возникать боли в левой икроножной мышце после прохождения 40-50 м, нога стала мерзнуть даже в летнее время и уставать после непродолжительного стояния. При осмотре стопа и нижняя треть голени слева бледнее, чем справа, на ощупь холоднее. Пульс на левой нижней конечности определяется лишь на общей бедренной артерии. Общее состояние больного удовлетворительное. Какой диагноз следует поставить? Как лечить больного?

4. У больной, 28 лет, периодически после психо-эмоционального напряжения возникает симметричный кратковременный спазм концевых фаланг пальцев кистей и стоп. Это сопровождается появлением в них чувства холода и снижением чувствительности. В момент приступа пальцы приобретают 59 бледную окраску. Однако через несколько минут спазм сменяется активной гиперемией кожных покровов пальцев. В межприступном периоде кожа пальцев не изменена. Какое заболевание имеется у больной? Какова Ваша тактика?

5. Больной, 35 лет, обратился в хирургическую клинику с жалобами на боли в обеих икроножных мышцах при ходьбе. Дистанция без болевой ходьбы 100 м. Болеет 2 года. В анамнезе - значительное кратковременное перехлаждение нижних конечностей. Обострение заболеваний происходит в осенне-весеннее время. Стопы и нижние трети голени бледные, рисунок подкожных вен ослаблен. Кожная температура дистальных сегментов нижних конечностей снижена. Пульсация определяется на общей бедренной и подколенных артериях. Чем страдает больной? Какова должна быть тактика его ведения?

Тема №19. «Острая и хроническая венозная недостаточность»

1. Больной 40 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные боли и выраженный отек правой нижней конечности. Заболел 3 дня назад, когда появились распирающие боли в правой нижней конечности, развился отек всей конечности, повысилась температура тела до 38°C. В течение последних суток состояние больного ухудшилось: температура 38,9°C, боли в конечности усилились, появилась общая слабость. Объективно: пульс 105 в мин. удовлетворительных качеств. А/Д 110/70 мм рт. ст. Правая нижняя конечность резко отечна, прохладная на ощупь, в дистальных отделах кожа напряжена. Цианоз кожных покровов распространяется на правую ягодичную область. Пульсация подколенной и задней берцовой артерии справа не определяется. На коже стопы кожная чувствительность снижена. Отмечается боль в правой голени при тыльном сгибании стопы. При пальпации - распространение боли по внутренней поверхности правого бедра и голени. Ваш предварительный диагноз?

2. Больной 50 лет, поступил в клинику с жалобами на перемежающуюся хромоту, похолодание стоп. Считает себя больным в течение 5 лет, когда впервые появились боли в левой голени при ходьбе. После отдыха боль проходила. Затем появилась зябкость левой стопы. Последнее время появились боли при ходьбе и в правой нижней конечности. В течение нескольких лет страдает импотенцией. Объективно: АД 170/100 мм рт. ст.

Кожные покровы обеих нижних конечностей прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме. Пульсация артерий на всем протяжении нижних конечностей не определяется. Ваш предполагаемый диагноз?

3. Больная 43 лет, поступила в клинику с жалобами на чувство тяжести, боли, усталость в ногах при ходьбе, отек голени к концу рабочего дня, варикозное расширение вен. Больна с 23 лет, когда во время беременности заметила появление расширенных вен на правой голени. Заболевание постепенно прогрессировало, появилось расширение вен левой голени, отечность голени и стоп, появляющаяся к концу дня, и исчезающая после пребывания в горизонтальном положении в течение 8 часов. Объективно: в вертикальном положении больной на внутренней поверхности голени и бедер видны варикозно расширенные вены в виде узлов различной величины, кожа над ними не изменена, пальпация безболезненна. Проба Броди-Троянова-Тренделенбурга – быстрое заполнение вены сверху в низ при снятии жгута справа и слева. Проба Дельбе-Пертеса сомнительная с обеих сторон. Флебодиагностика дистальная – выраженный варикоз подкожных вен, главным образом, средней верхней трети правой голени, контуры глубоких вен четкие, коммуникантные вены расширены. Ваш диагноз?

4. Больной 52 лет, поступил в клинику с жалобами на боль и уплотнение верхней трети правого бедра. Из анамнеза известно, что заболел 3 дня назад, когда появились боль и уплотнение верхней трети правого бедра по ходу поверхностной вены. Длительное время страдает варикозной болезнью. Объективно: отека и цианоза правой нижней конечности нет. На внутренней поверхности правого бедра в верхней трети по ходу расширенной подкожной вены пальпируется плотный, болезненный тяж, над которым определяется гиперемия кожи. Пульсация артерий на всем протяжении конечностей сохранена. Сформулируйте клинический диагноз?

5. Больная 59 лет, поступила в клинику с жалобами на наличие трофической язвы на внутренней поверхности правой голени, чувство тяжести и появление отека к концу дня в области правой голени. Варикозным расширением поверхностных вен правой нижней конечности страдает 11 лет. 2 года назад на внутренней поверхности правой голени в нижней ее трети появилась язва, которая не закрывается до настоящего времени. К концу рабочего дня появляется чувство тяжести, отек правой стопы и голени. Объективно: пульс 72 в мин. удовлетворительных качеств. АД 150/80 мм рт. ст. На внутренней поверхности правого бедра и голени имеются варикозно расширенные вены, на голени варикозные узлы спаяны с кожей. В области внутренней лодыжки имеется трофическая язва размерами 8x8 см, чистая, по краям видны вялые грануляции. Проба Прата выявлена несостоятельность коммуникантных вен в нижней трети правой голени. Проба Броди-Троянова-Тренделенбурга – несостоятельность остиальных клапанов. Проба Дельбе-Пертеса – быстрое опорожнение вен правой голени при ходьбе. Сформулируйте клинический диагноз.

Тема №24. «Хирургический сепсис»

1. Больной Г., 51 года, находится в стационаре 30 суток. Поступил с диагнозом закрытая травма живота, внутрибрюшное кровотечение. При выполненной экстренной лапаротомии выявлен разрыв селезенки, которая удалена. Брюшная полость ушита наглухо, без дренажа. Через 14 суток после лапаротомии появилась температура до 37,5 градусов. Рана без нагноения. Больной стал отмечать боли в левом подреберье, озноб, головные боли, тахикардию, повышение температуры тела до 39-40 градусов. При УЗИ правого подреберья выявлен абсцесс, который вскрыт и дренирован. В анализах крови появилась анемия, лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, высокое СОЭ, снижение количества лимфоцитов. Отмечено появление геморрагической сыпи на коже. Был эпизод желудочного кровотечения из эрозий слизистой желудка. Ваш диагноз?

2. У больного, оперированного по поводу разлитого гнойного перитонита, развившегося в связи с перфорацией сигмы, из крови высеяны кишечная палочка и

протей. Состояние больного тяжелое. При рентгенографии легких выявлены признаки пневматических изменений. Ваш диагноз?

3. Больной П. 36 лет длительное время отмечает повышение температуры, слабость, в течение последних 8 месяцев больному выполнено 3 операции по поводу гнойников различной локализации (два межпетельных абсцесса брюшной полости, гнойный гонит). Поступил в хирургическое отделение с абсцессом легкого. Каковы причины данного состояния больного?

4. В хирургическом отделении находится больной, оперированный по поводу гнойного аппендицита, диффузного перитонита. После операции прошло 3 недели. Однако у больного продолжает оставаться температура до 39,9С с разницей вечерней и утренней температуры в 2-3С. Повышение температуры сопровождается ознобами, снижение – проливным потом. Послеоперационная рана покрыта серой фибриновой пленкой, грануляции скудные, бледные, вялые, из раны гнойное отделяемое. У больного отмечается потеря массы тела, наличие гнойничковых высыпаний на коже, снижение тургора кожи, безразличное отношение к окружающим, иногда эйфория. Чем обусловлено состояние больного? Что необходимо делать?

Тема №25. «Синдром диабетической стопы»

1. У больной 67 лет, страдающей сахарным диабетом, появились боли, отечность и покраснение I пальца левой стопы с переходом на тыл стопы, гнойная рана 1,0 на 1,5 см на одном пальце. Температура тела 37,2. Пульсация на бедренных, подколенных артериях сохранена, на тыле стопы -резко ослаблена. Глюкоза крови 18,2 ммоль/л. Глюкозурия, ацетон в моче. Диагноз?

2. Больной А., 60 лет страдает сахарным диабетом 2-го типа в течение 10 лет. Поступил с жалобами на изменение цвета I пальца правой стопы, боли в правой стопе. При осмотре I палец правой стопы черного цвета, имеется его патологическая подвижность. 33 Тыльная и подошвенная поверхность стопы отечны, по медиальному краю подошвенной поверхности стопы участок гиперемии с флюктуацией. Пульсация артерий стопы снижена. Температура тела 37,4° С. Рентгенологически определяется остеомиелит фаланг I пальца правой стопы. Гликемия 18 ммоль/л, больной принимает пероральные сахароснижающие препараты (манинил). Ваш диагноз? Какова тактика лечения?

3. Больной Б., 65 лет страдает сахарным диабетом 2-го типа в течение 20 лет. Поступил с жалобами на боли в левой стопе и голени, интенсивные не купирующиеся анальгетиками. Больной спит 1-2 часа в сутки, свешивая ногу с кровати с целью уменьшить боль. При осмотре пальцы стопы черного цвета, стопа отечна, холодная на ощупь. Пульсация на бедренной артерии удовлетворительная, на подколенной артерии и артериях стопы не определяется. Активные движения стопой не возможны, пассивные – ограничены. Температура тела 37,5° С. Рентгенологически определяется остеомиелит плюсневых костей и фаланг пальцев. Гликемия 12 ммоль/л. Ваш диагноз? Какова тактика лечения?

4. Больной В., 55 лет страдает сахарным диабетом 2-го типа в течение 10 лет. Поступил с жалобами на боли в правой стопе, интенсивного характера, нарушающие сон, длительно не купирующиеся. Пальцы правой стопы черного цвета, стопа отечна, 34 гиперемирована, инфильтрирована с флюктуацией в среднем медиальном фасциальном канале подошвенной поверхности. Пульсация бедренных и подколенных артерий сохранена, пульсация артерий стопы не определяется. Активные движения в голеностопном суставе сохранены, болезненны. Рентгенологически определяется остеомиелит фаланг пальцев левой стопы. Гликемия 16 ммоль/л. Ваш диагноз? Какова тактика лечения?

5. Больной Г., 60 лет страдает сахарным диабетом 2-го типа в течение 20 лет. Поступил с жалобами на парестезии, жгучие боли в стопе, нарушение чувствительности

правой стопы. Имеется --- деформация 1-го пальца стопы и молоткообразная деформация 2-го пальца. Стопа теплая на ощупь, вены заполнены, напряжены, на подошвенной поверхности в области головок 2 и 3 плюсневых костей трофическая язва 2х3 см с плотными валикообразными краями. Поперечный и продольный своды стопы отсутствуют. Пульсация артерий удовлетворительная, во всех сегментах. Гликемия 9 ммоль/л. Ваш диагноз? Какова тактика лечения?

Тема №26. «Острый мастит»

1. Больная 22 лет, доставлена в клинику с жалобами на боли, припухлость в правой молочной железе, повышение температуры тела до 39оС, общую слабость. Из анамнеза известно, что у больной 2 недели назад были роды. 10 часов назад внезапно повысилась температура тела до 39оС, появились сильные боли в правой молочной железе, общая слабость. Объективно: правая молочная железа увеличена в размерах, в нижне-внутреннем ее квадранте определяется болезненный инфильтрат с нечеткими границами, кожа над ним не изменена. В подмышечной области болезненные лимфоузлы. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Женщина 28 лет обратилась к врачу в поликлинике с жалобами на опухолевидное образование в левой подмышечной области. Больная в течение нескольких лет отмечает наличие опухолевидного образования в левой подмышечной области, которое перед менструацией набухает, увеличивается в размерах, становится болезненным. Объективно: в левой подмышечной области имеется опухолевидное образование 4х4см, мягко-эластической консистенции, дольчатого строения, безболезненное при пальпации. Левая молочная железа не изменена. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Ваш предполагаемый диагноз?

3. Больная 23 лет, поступила в клинику с жалобами на боли, припухлость в левой молочной железе, повышение температуры тела до 40оС, озноб, головную боль. Из анамнеза известно, что у больной 20 дней назад были роды. 28 часов назад появились сильные боли в левой молочной железе, припухлость, одновременно повысилась температура до 40оС, озноб. Объективно: левая молочная железа увеличена в размерах, в верхне-наружном квадранте отмечается припухлость, краснота, здесь же при пальпации определяется болезненное опухолевидное образование размерами 5х5см, плотной консистенции, с размягчением в центре. В подмышечной области слева определяются болезненные лимфоузлы. Анализ крови: лейкоцитов 9,5х10⁹/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 30 мм/час. Ваш предполагаемый диагноз?

4. В женскую консультацию обратилась кормящая мать с жалобами на боли в левой молочной железе, повышение температуры тела до 38С, озноб, головную боль. В верхнем наружном квадранте молочной железы определяется резко болезненное уплотнение с нечеткими границами. Кожа над уплотнением гиперемирована. Флюктуации нет. Какое лечение вы назначите? Какую манипуляцию необходимо выполнить для поиска гнойной полости?

Тема №27. «Остеомиелит. Воспалительные заболевания кисти»

1. Больной Р. получил на работе ушибленную рану мягких тканей 2-го пальца правой кисти, обратился в травмпункт. Произведена хирургическая обработка раны с наложением глухого шва. Через 3 дня появился отек и дергающие боли в ране. Проводили местно физиотерапию, повязки со спиртом. Несмотря на это боли и отек увеличивались, температура до 38,5. На 5 день после операции сняты швы, разведены края раны, отмечается некроз мягких тканей. Проводилось местное лечение раны с наложением маевых повязок, физиотерапия. Гнойно-некротический процесс распространился почти на всю ногтевую фалангу, оставалась температура до 38,0 градусов, ночные дергающие боли. Через две с половиной недели на рентгенограмме выявлены деструктивные изменения всей ногтевой фаланги. Ваш диагноз?

2. Больной К. 75 лет, страдающий облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, получил во время работы на даче ушибленные раны I и II пальцев правой стопы, Промыл раны H₂O₂, обработал раствором йода, Через 2-3 дня развилось гнойное воспаление мягких тканей I и II п. правой стопы. Лечился амбулаторно в поликлинике в течение 1,5 месяцев. Воспалительные явления в области ран оставались. Грануляции практически отсутствовали. На рентгенограмме правой стопы выявлены деструктивные изменения концевой фаланги I п. и деструктивные изменения головок костей образующих межфаланговый сустав TI п. пр. стопы. Диагноз?

3. Больной К. 28 лет поступил в отделение с жалобами на боли и отек III п. правой кисти, затруднение движения в пальце, высокую температуру. Заболел 3 дня назад, когда на производстве получил колотую рану дистальной фаланги III пальца правой кисти на ладонной поверхности. В медпункте произведена обработка раны йодом, наложена асептическая повязка. При поступлении в стационар состояние удовлетворительное. PЗ-98 уд в мин, t-38 градусов, слабость, недомогание. L-12,8. III палец утолщен, напряжен и резко болезненный в дистальной фаланге. Умеренная гиперемия в этой зоне. Диагноз?

4. Больной Л. 18 лет после маникюра появились боли во II пальце правой кисти, повысилась температура до 38,5 градусов. При осмотре в стационаре имеется отек и гиперемия ногтевого валика, красная продольная полоса на предплечье. Ваш диагноз?

5. При осмотре второго пальца левой кисти выявлено, что он резко увеличен в объеме, отечен, имеет неправильную форму, движения в нем отсутствуют. Имеются множественные свищи, через которые выделяется гной, костные секвестры, кусочки омертвевшего сухожилия, кожа некротизирована. На рентгенограмме второго пальца левой кисти определяются деструктивные изменения фаланг пальца. Какое заболевание у больного? Какое лечение вы назначите?

Тема №28. «Анаэробная инфекция»

1. Больной Б., 28 лет доставлен в больницу через сутки после огнестрельного ранения мягких тканей правой голени. При осмотре - состояние больного тяжелое. PС - 116 уд. в мин. АД 100-70 мм.рт.ст. Выражены симптомы интоксикации. Голень резко отечна, отмечается крепитация. Из раны - пенистое зловонное геморрагическое отделяемое. PС на тыле стопы сохранен. Диагноз?

2. Больной Б., 38 лет, работая на садовом участке, получил ушибленную рану правой голени, загрязненную землей. Рану промыл перекисью водорода, наложил сухую повязку. К врачу не обращался. Через 10 дней у больного повысилась температура тела до 39, головная боль, слабость, обильное потоотделение, судороги. Состояние тяжелое. Ваш диагноз?

3. У раненого С. 52 лет обнаружено распространение газовой гангрены с правой голени до средней трети бедра. Какое оперативное вмешательство показано больному? Какое специфическое лечение необходимо провести? Применима ли в этих случаях оксигенобаротерапия?

4. У раненого Н. 25 лет при хирургической обработке огнестрельной раны упало давление. Хирург прекратил дальнейшую ревизию раны и наложил редкие швы. Состояние больного улучшилось. Однако через двое суток у него появились распирающие боли в области операционной раны, крепитация вокруг нее, пульс 120 ударов в минуту. Температура тела 37,8С. О каком осложнении идет речь? Какой объем лечебных мероприятий необходимо провести больному?

Тема №30. «Ожоги и ожоговая болезнь»

1. В хирургическое отделение доставлен больной, получивший ожог правого бедра и голени кипятком. При осмотре обнаружено, что в зоне поражения ярко выраженная гиперемия кожи, разорвавшиеся и целые пузыри с серозным отделяемым. Какая степень

ожога у больного? Какая площадь ожоговой поверхности? Какие способы определения площади ожога вам известны?

2. В приемный покой доставлен больной, получивший термический ожог левой верхней конечности, лица, передней поверхности туловища. Больной заторможен, в контакт почти не вступает. АД 80/60 мм.рт.ст. Пульс – 120 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Кожные покровы бледные. Ожоговая поверхность покрыта пузырями, содержащими геморрагическую жидкость, местами лопнувшими, под которыми имеется плотный струп бело-серого и желтовато-коричневого цвета. Какая фаза ожоговой болезни? Можно ли сразу определить глубину ожога? Когда можно начать обработку ожоговой поверхности?

3. В перевязочную доставлен больной с обширной гранулирующей раной левого бедра, возникшей после термического ожога. Какая степень ожога была у больного? Какой метод лечения показан в настоящее время? В чем его суть? Укажите наиболее часто используемые донорские области.

4. В хирургическое отделение доставлен больной 36 лет с обширными ожогами туловища, лица и конечностей вольтовой дугой. Пульс нитевидный, до 120 ударов в минуту. АД 100/60 мм.рт.ст., дыхание поверхностное. Больной заторможен. Какая фаза ожоговой болезни у больного? С чего надо начать лечение больного? Укажите наиболее эффективный гемодинамический препарат.

5. В приемник хирургического отделения доставлен больной с обширным ожогом туловища. Пострадавший без сознания, бледен, на коже холодный пот, пульс нитевидный. АД – 80/50 мм.рт.ст. Какая фаза ожоговой болезни? Какую инфузионную терапию вы назначите больному? Назовите препараты.

6. У больного с ожогом всей спины III степени на четвертые сутки имеется выраженный интоксикация. В анализе крови $5,8 \times 10^{12}$ /л эритроцитов, сдвиг формулы крови влево до палочкоядерных форм. Какая фаза ожоговой болезни? Какие трансфузионные препараты вы назначите? Укажите примерную площадь ожога.

7. У больного после длительного пребывания на морозе (-20С) произошло отморожение ушных раковин. После отогревания обе ушные раковины синюшные, с наличием эпидермальных пузырей с серозно-геморрагическим содержимым. Какая степень отморожения у больного? Какое лечение необходимо провести?

8. В хирургический стационар доставлен больной 36 лет в заторможенном состоянии, с обширными ожогами туловища, лица и конечностей вследствие попадания в Вольтову дугу на электровозе. Пульс нитевидный до 120 ударов в минуту, АД 90/60 мм.рт.ст., дыхание учащенное, поверхностное. Что с больным? Какова фаза ожоговой болезни? Какова тактика врача?

9. В хирургический стационар поступил мужчина 46 лет после длительного пребывания на морозе - 12С в алкогольном опьянении. Правая стопа находилась в обуви, промоченной водой. При осмотре правая стопа бледная, плотная при пальпации и обледеневшая. Какая степень отморожения предполагается? Какие методы экстренной помощи и лечения необходимы?

Тема №31. «Острый и хронический геморрой»

1. Больной, 43 лет, в течение нескольких лет страдает наружным геморроем. В последние два дня отмечает интенсивные боли в области заднего прохода, боли усиливаются при акте дефекации. Из-за болей пациент не может сидеть и передвигаться. Температура тела 37,80С. В области ануса пальпируются плотные, болезненные, округлой формы образования. Какое осложнение геморроя наступило у больного? Как лечить больного?

2. Больной, 15 лет, страдает геморроем. В последнее время узлы 46 выпадают при малейшей физической нагрузке и кашле. Какова Ваша тактика?

3. У больного обнаружены болезненные набухшие внутренние геморроидальные узлы. Каковы Ваши диагноз и тактика?
4. Через месяц после инъекционной терапии внутренних геморроидальных узлов у больного во время дефекации стала появляться алая кровь. Каковы Ваши диагноз и тактика?

Тема №32. «Острый и хронический парапроктит»

1. В течение 2-х лет больной отмечал резкие боли в области заднего прохода, которые появлялись во время акта дефекации и продолжались 1-2 часа после него. Два дня тому назад боли приняли постоянный характер. Из-за болей пациент не может сесть. Температура тела 39°C. Лейкоциты крови – 18×10^9 /л. Ваш диагноз? Лечение?
2. У больного имеются сильные пульсирующие боли в области заднего прохода. Отмечается высокая температура тела, отек и гиперемия промежности и ягодичных областей. Ваш диагноз и тактика?
3. У больного, 37 лет, в области заднего прохода, на коже имеется свищ, который под влиянием консервативной терапии закрывается на короткое время, а при обострении процесса вновь открывается. Диагноз и тактика хирурга?
4. К Вам обратился больной, 45 лет, который за последние 2 года трижды оперирован по поводу острого парапроктита. После последней операции в области заднего прохода образовалось свищевое отверстие не заживающее в течение 6-и месяцев. Из раны отмечается постоянное, не обильное слизистое отделяемое, временами с примесью кала. О каком заболевании Вы думаете?
5. После перенесенного острого парапроктита у больного 46 лет сформировался свищ, из которого выделяется каловое содержимое. Каковы Ваши диагноз и тактика?
6. У больного, 42 лет, страдающего на протяжении последних 4-ех лет хроническим парапроктитом, на основании обследования диагностирован полный интрасфинктерный свищ прямой кишки. Какой вариант хирургического вмешательства необходимо использовать?

Тема №33. «Выпадение прямой кишки. Анальная трещина, эпителиально-копчиковый ход»

1. У больного, 44 лет, длительно занимавшегося тяжелым физическим трудом в течение последних 2-ух лет наблюдается выход прямой кишки за пределы заднего прохода при физической нагрузке, а также недержание газов и жидкого кала. Самостоятельно кишка не вправляется. Ваш диагноз и тактика?
2. У больного, 52 лет, кузнеца, отмечается выход прямой кишки за пределы заднего прохода при дефекации с последующим быстрым самостоятельным ее вправлением. Покрывающая кишку слизистая багрового цвета, с эрозиями и изъязвлениями, кровоточащей слизистой. Ваш диагноз? Какова тактика хирурга?
3. На прием к хирургу впервые обратился пациент, 22 лет, с жалобами на наличие пульсирующей боли несколько выше заднего прохода. Болеет 3 дня. При объективном осмотре выше заднего прохода на 6-7 см, по средней линии, ближе к копчику у больного обнаружена припухлость, гиперемия кожи. Образование резко болезненное при пальпации. Каковы Ваши диагноз и тактика?
4. К вам обратилась больная, 36 лет, с жалобами на резкие боли в области заднего прохода. Боли появляются во время акта дефекации и продолжаются 1,5-2 час после нее. В кале – прожилки крови. Какое заболевание Вы предполагаете? Какое исследование нужно произвести для подтверждения диагноза?

Тема №34. «Воспалительные заболевания толстой кишки»

1. Больной 50 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в правой половине живота, недомогание поносы. Считает себя больным в течение 7 дней, когда появились боли в правой половине живота, субфебрильная температура, недомогание, частый

жидкий стул до 8 раз в сутки. Объективно: пульс 84 в мин., ритмичный удовлетворительных качеств. АД 150/90 мм рт. ст. Язык влажный чистый. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий болезненный в правой подвздошной области, здесь же пальпируется плотное болезненное, малоподвижное опухолевидное образование 5x4см. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптомы Ровзинга, Бартомье-Михельсона, Образцова отрицательные. При колоноскопии выявлены язвы в виде продольных щелей, глубокие, слизистая между ними выглядит как «булыжная мостовая» с очагами гранулематозного воспаления. В анализе крови: анемия, диспротеинемия. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Больной 44 лет, поступил в клинику с жалобами на частый стул до 20 раз в сутки, с примесью крови, температура 38оС, боли в левой подвздошной области. Заболел остро 5 дней назад, когда появились ноющие боли в животе, затем боли усилились, стали в основном локализоваться в левой половине живота, появились тенезмы, жидкий стул с примесью крови до 20 раз в сутки, температура повысилась до 38оС. Появились общая слабость, недомогание. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледноваты, пульс 90 в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен серовато-белым налетом. Живот при пальпации мягкий болезненный по ходу ободочной кишки, кишечная перистальтика прослушивается. Ректороманоскопия: тонус сфинктера снижен, слизистая оболочка резко гиперенирована, отечная, слизь, имеются поверхностные разных размеров кровоточащие язвы. При рентгенографии: складки слизистой оболочки утолщены, умеренное диффузное расширение ободочной кишки, на фоне которой возникают циркулярные спастические сокращения. Анализ крови: Нв 110 г/л, лейкоцитов 15,0x10⁹/л, сдвиг формулы влево, СОЭ 30 мм/час. Бактериологическое исследование кала – дизентерийных бактерий, амеб не выявлено. Ваш предполагаемый диагноз?

Тема №35. «Хронический колостаз»

1. Больной 65 лет поступил в хирургическое отделение на 2 день от момента заболевания. Жалобы на умеренные боли в нижних отделах живота схваткообразного характера, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Страдает запорами, отмечает, что подобные состояния наблюдались несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы. Общее состояние средней степени тяжести. Р — 78 В 1 мин. Живот ассиметричен — резко вздута правая половина. При пальпации мягкий, равномерно болезненный. Правую половину живота занимает большое образование мягко — эластической консистенции. Перистальтика над ним не выслушивается, определяется «шум плеска». Перкуторно над образованием высокий тимпанит. Ректально: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке выполнить клизму, жидкость изливается обратно после введения 300,0 мл. Диагноз и тактика?

2. Больная 63 лет длительно страдает запорами, беспокоит вздутие живота, потеря веса. Какие методы исследования толстой кишки необходимо назначить?

Тема №36. «Травмы толстой кишки»

1. У больного во время ректороманоскопии перфорирован ампулярный отдел прямой кишки. Каковы действия хирурга?

2. После колоноскопии у больного с язвенным колитом возникли резкие боли в животе, появились перитонеальные явления. Каковы диагноз и тактика хирурга?

Критерии оценки:

«Отлично» – ответ верен, научно аргументирован, со ссылками на пройденные темы.

«Хорошо» – ответ верен, научно аргументирован, но без ссылок на пройденные темы.

«Удовлетворительно» – ответ верен, но не аргументирован научно, либо ответ неверен, но представлена попытка обосновать его с альтернативных научных позиций, пройденных в курсе.

«Неудовлетворительно» – ответ неверен и не аргументирован научно.

Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно. При оценке неудовлетворительно - практические навыки не зачитываются.

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как:

- "зачтено" (ординатор правильно (в основном правильно) выполняет все предложенные навыки, правильно интерпретирует их и самостоятельно может исправить ошибки, выявленные преподавателем)

или

- "не зачтено" (обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием).

9. Учебно-методическое и информационное обеспечение практики

9.1.Основная учебная литература

№ п/п	Наименование согласно библиографическим требованиям	Количество экземпляров	
		На кафедре	В библиотеке
1.	Абдоминальная хирургия [Электронный ресурс] : Национальное руководство: краткое издание / под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, В.А. Кубышкина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436301.html		ЭБС «Консультант врача»
2.	"Клиническая хирургия. В 3 т. Том 2 [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - (Серия "Национальные руководства")." - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425725.html		ЭМБ «Консультант врача»
3.	"Клиническая хирургия. В 3 т. Том 2 [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - (Серия "Национальные руководства")." - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425725.html		ЭМБ «Консультант врача»
4.	Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html		ЭМБ «Консультант врача»

5.	Эндоскопическая абдоминальная хирургия [Электронный ресурс] : руководство: руководство / Сажин В.П., Федоров А.В., Сажин А.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - (Серия "Библиотека врача-специалиста")." - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970414880.html		ЭМБ «Консультант врача»
----	---	--	-------------------------------

9.2. Дополнительная учебная литература

№	Наименование согласно библиографическим требованиям	Количество экземпляров	
		На кафедре	В библиотеке
1.	"Панкреатит [Электронный ресурс] / "Н. В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, В. Ф. Цхай и др. ; под ред. Н. В. Мерзликина" - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014." - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428474.html		ЭМБ «Консультант врача»
2.	Гастроэнтерология [Электронный ресурс] / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970406755.html		ЭМБ «Консультант врача»
3.	"Эндоскопия. Базовый курс лекций [Электронный ресурс] : учебное пособие / Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - (Серия "Библиотека врача-специалиста")." - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423301.html		ЭМБ «Консультант врача»
4.	"Эндоскопия желудка-кишечного тракта [Электронный ресурс] : руководство / Под ред. С.А. Блащенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - (Серия "Библиотека врача-специалиста")." - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970410363.html		ЭМБ «Консультант врача»
5.	"Эндокринная хирургия [Электронный ресурс] / под ред. И. И. Дедова, Н. С. Кузнецова, Г. А. Мельниченко - М. : Литтерра, 2014. - (Серия "Практические руководства")." - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501044.html		ЭМБ «Консультант врача»
6.	Эндокринная хирургия [Электронный ресурс] / Харнас С.С., Ипполитов Л.И., Васильев И.А. и др. / Под ред. С.С. Харнаса - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. -		ЭМБ «Консультант врача»

	http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970415528.html		
7.	Патология системы гемостаза [Электронный ресурс] / Дементьева И.И., Чарная М.А., Морозов Ю.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970424773.html		ЭМБ «Консультант врача»
8.	Пожилой хирургический больной [Электронный ресурс] / Под ред. А.С. Бронштейна, О.Э. Луцевича, В.Л. Ривкина, А.В. Зеленина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970420027.html		ЭМБ «Консультант врача»
9.	Урология. Российские клинические рекомендации [Электронный ресурс] / под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431269.html		ЭМБ «Консультант врача»
10.	Дорожно-транспортные травмы [Электронный ресурс] / Соколов В.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970412695.html		ЭМБ «Консультант врача»

9.3. Периодическая печать

№	Наименование согласно библиографическим требованиям
1	Ангиология и сосудистая хирургия
2	Анналы хирургии: научно-практический журнал
3	Анналы хирургической гепатологии: научно-практический журнал
4	Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова
5	Эндоскопическая хирургия
6	Вестник хирургии имени И. И. Грекова
7	Инфекции в хирургии
8	Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии
9	Колопроктология

9.4. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Электронные образовательные ресурсы, используемые в процессе преподавания дисциплины:

1. Электронный каталог научной библиотеки КГМУ. Собственный ресурс.

http://library.kazangmu.ru/jirbis2/index.php?option=com_irbis&view=irbis&Itemid=108

2. Электронно-библиотечная система КГМУ Правообладатель: научная библиотека

КГМУ (ФС по интеллектуальной собственности № 2012620798, дата регистрации 17.08.2012 г.) <http://old.kazangmu.ru/lib/>

3. Электронная библиотечная система «Консультант студента». Правообладатель: ООО «Консультант студента». <http://www.studentlibrary.ru>
4. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека. Правообладатель: ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением – Комплексный медицинский консалтинг». <http://www.rosmedlib.ru>
5. Научная электронная библиотека elibrary.ru. Правообладатель: НЭБ (ООО). <http://elibrary.ru>
6. Электронные ресурсы издательства SpringerNature <https://link.springer.com/>
Правообладатель: компания Springer Nature.
7. Сеть «КонсультантПлюс». Правообладатель: ООО «ИнфоЦентр Консультант».
8. Архив научных журналов зарубежных издательств. Эксклюзивный дистрибьютор зарубежных издательств – НП «НЭИКОН» <http://arch.neicon.ru/xmlui/>

Ответственное лицо

библиотеки Университета



Семенычева Светлана Александровна

9.5. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по практике, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

Для достижения целей педагогического образования применяются следующие информационные технологии:

1. Образовательный портал дистанционного обучения Казанского ГМУ. Дистанционный курс в составе образовательного портала создан в системе MOODLE и содержит в себе лекции, презентации, задания, гиперссылки на первоисточники учебного материала, тесты / задания для самоконтроля, контрольные и итоговые тесты по курсу.
2. Операционная система WINDOWS.

3. Пакет прикладных программ MS OFFICE Prof в составе: текстовый редактор WORD, электронная таблица EXEL, система подготовки презентаций POWER POINT, база данных ACCESS.

Все программное обеспечение имеет лицензию и ежегодно и/или своевременно обновляется.

11. Материально-техническое обеспечение практики

Кафедра хирургических болезней №1 располагает материально-технической базой для обеспечения практической подготовки, предусмотренной учебным планом ординатуры, что способствует подготовке квалифицированного специалиста.

Наименование дисциплины в соответствии с учебным планом	Наименование оборудованных учебных кабинетов, объектов для проведения практических занятий с перечнем основного оборудования	Фактический адрес учебных кабинетов и объектов
Хирургия	<p><u>Учебная аудитория:</u> Плазменная панель, ученическая доска (маркерная), персональный компьютер с возможностью подключения к сети "Интернет", учебные слайды, тестовые вопросы и задачи.</p> <p><u>Палаты отделений (общие):</u> функциональные кровати (3-х секционные), передвижные прикроватный столики, кресло-каталки.</p> <p><u>Операционные:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Негатоскоп -Отсасыватель медицинский OM-05 -Светильник хирургический Drager -Стол операционный хирургический -Электрокоагулятор биполярный, монополярный Covidien, Швейцария -Наркозный аппарат Drager Primus -Эндоскопическая стойка Carl Storz 	ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», Казань, Оренбургский тракт, 138

	Ламинарные потоки стерильного воздуха	
	<p><u>Учебная аудитория:</u> Плазменная панель, ученическая доска (маркерная), персональный компьютер с возможностью подключения к сети "Интернет", учебные слайды, тестовые вопросы и задачи.</p> <p><u>Палаты отделений (общие):</u> функциональные кровати (3-х секционные), передвижные прикроватный столики, кресло-каталки.</p> <p><u>Операционные:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Негатоскоп -Отсасыватель медицинский ОМ-05 -Светильник хирургический Drager -Стол операционный хирургический -Электрокоагулятор биполярный, монополярный Covidien, Швейцария -Наркозный аппарат Drager Primus -Эндоскопическая стойка Carl Storz <p>Ламинарные потоки стерильного воздуха</p>	ГКБ №18, Казань, Мавлютова, 2
	<p><u>Учебная аудитория:</u> Плазменная панель, ученическая доска (маркерная), персональный компьютер с возможностью подключения к сети "Интернет", учебные слайды, тестовые вопросы и задачи.</p> <p><u>Палаты отделений (общие):</u> функциональные кровати (3-х секционные), передвижные прикроватный столики, кресло-каталки.</p>	ГАУЗ Клиника медицинского университета, Казань, ул. Шарифа Камала, 12

	<p><u>Операционные:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Негатоскоп -Отсасыватель медицинский ОМ-05 -Светильник хирургический Drager -Стол операционный хирургический -Электрокоагулятор биполярный, монополярный Covidien, Швейцария -Наркозный аппарат Drager Primus -Эндоскопическая стойка Olimpus <p>Ламинарные потоки стерильного воздуха</p>	
	<p><u>Учебная аудитория:</u></p> <p>Плазменная панель, ученическая доска (маркерная), персональный компьютер с возможностью подключения к сети "Интернет", учебные слайды, тестовые вопросы и задачи.</p> <p><u>Палаты отделений (общие):</u></p> <p>функциональные кровати (3-х секционные), передвижные прикроватный столики, кресло-каталки.</p> <p><u>Операционные:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Негатоскоп -Отсасыватель медицинский ОМ-05 -Светильник хирургический Drager -Стол операционный хирургический -Электрокоагулятор биполярный, монополярный Covidien, Швейцария -Наркозный аппарат Drager Primus - Ламинарные потоки 	<p>ГАУЗ 12 ГБ Казань Лечебная 7</p>

	стерильного воздуха	
ГАУЗ РКБ МЗ РТ Патологоанатомический корпус	<u>Секционная</u> – Секционные столы – Осветитель – Набор инструментов для секции	Казань, Оренбургский тракт 138,
Центр аккредитации специалистов	Кабинет 1-1 (рабочее помещение, станция). <u>Оснащение:</u> Кресло врача, тумба выкатная, кушетка смотровая, стол лабораторный, табурет. «Анатомаж» - стол анатомический. Система трехмерной визуализации анатомии человека с сенсорным экраном Anatomage. Система наблюдения и контроля.	Казань, 420015, ул. Толстого, 6/30, 1 этаж
	Кабинет 1-2 (рабочее помещение, станция). <u>Оснащение:</u> Кресло врача, стол палатный, табурет. Ангиоментор-тренажер для отработки навыков эндоваскулярной хирургии Simbonix. Система наблюдения и контроля.	Адрес: Казань, 420015, ул. Толстого, 6/30 1 этаж
	Кабинет 2-2 (компьютерный класс) <u>Оснащение:</u> Стол, стулья для обучающихся; компьютеры с выходом в интернет, принтер (19 рабочих мест, рабочее место преподавателя). Система наблюдения и контроля.	Адрес: Казань, 420015, ул. Толстого, 6/30 2 этаж
	Кабинет 3-1 (рабочее помещение, станция). <u>Оснащение:</u> Стол откидной настенной, тумба выкатная, кушетка смотровая, стол лабораторный, стол палатный, табурет, тележка медицинская, шкаф медицинский для хранения медикаментов, стол на металлокаркасе. Система наблюдения и контроля.	Адрес: Казань, 420015, ул. Толстого, 6/30 3 этаж
	Кабинет 3-2 (рабочее помещение, станция). <u>Оснащение:</u>	Адрес: Казань, 420015, ул. Толстого, 6/30 3 этаж

	<p>Стол откидной настенной, шкаф медицинский для хранения медикаментов. Система наблюдения и контроля.</p>	
	<p>Кабинет 3-3 (рабочее помещение, станция). <u>Оснащение:</u> Стол откидной настенной, тумба выкатная, кушетка смотровая, стол палатный, тележка медицинская, шкаф медицинский для хранения медикаментов, табурет. Система наблюдения и контроля.</p>	<p>Адрес: Казань, 420015, ул. Толстого, 6/30 3 этаж</p>
	<p>Кабинет 1-2 (рабочее помещение, станция). <u>Оснащение:</u> Кресло врача, стол палатный, табурет. Ангиоментор-тренажер для отработки навыков эндоваскулярной хирургии Simbonix. Система наблюдения и контроля.</p>	<p>Адрес: Казань, 420015, ул. Толстого, 6/30 1 этаж</p>
	<p>Оборудование</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Манекен для отработки СЛР «Resusci Anne Advanced skill Trainer». 2. Манекен- тренажер Подросток. 3. Манекен- тренажер Ребенок. 4. Манекен торса для отработки дренирования и пункцию ОГК 5. Маникен головы спищеводом и желудком 	<p>Адрес: Казань, 420015, ул. Толстого, 6/30 3 этаж</p>

Заведующий кафедрой

 / Красильников Д.М.