

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Лиховид Андрей Александрович
Должность: Декан медико-биологического факультета
Дата подписания: 19.06.2026 15:00:46
Уникальный программный ключ:
9be8323dc47507015597e4341b0e820c

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УТВЕРЖДАЮ:

Декан медико-биологического факультета
д-р геогр. наук проф. А.А. Лиховид

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Хирургические болезни»

Специальность	31.05.03 Стоматология
Форма обучения	очная
Год начала обучения	2026
Реализуется в семестре	7,8

Введение

1. Предназначен для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине «Хирургические болезни» у студентов специальности 31.05.03 Стоматология.

2. ФОС является приложением к программе дисциплины «Хирургические болезни»

Разработчик к.м.н. доц. Кубанов С.И., доцент кафедры хирургии, ортопедии и травматологии

3. Проведена экспертиза ФОС.

Члены экспертной группы:

Председатель: к.б.н. Пахомова Т.А., председатель УМК МБФ

Члены комиссии: к.б.н. доц. Денисова Е.В., и.о.зам.декана по учебной работе МБФ;

к.м.н. Ивченко А.А., и.о. зав.кафедрой терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии;

к.м.н. Ивченко Г.С., и.о. зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней

Представитель организации-работодателя:

генеральный директор ООО «Дента-Л» Латиган А.И.

Экспертное заключение:

ФОС позволяет оценить уровень сформированности компетенций, рекомендуется к использованию в учебном процессе

5. Срок действия ФОС определяется сроком реализации образовательной программы.

1. Описание критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Компетенция (ии), индикатор (ы)	Уровни сформированности компетенци(ий)			
	Минимальный уровень не достигнут (Неудовлетвор ительно) 2 балла	Минимальный уровень (удовлетворитель но) 3 балла	Средний уровень (хорошо) 4 балла	Высокий уровень (отлично) 5 баллов
<i>Компетенция:</i> ПК-5. Способен к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.				
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Формирование клинического мышления <i>Индикатор:</i> ИД-1 ПК-5 Знаком с клинической картиной, методами диагностики, классификацией заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у пациентов.	Не знаком с клинической картиной, методами диагностики, классификацией заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у пациентов.	Слабо знаком с клинической картиной, методами диагностики, классификацией заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у пациентов.	Частично знаком с клинической картиной, методами диагностики, классификацией заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у пациентов.	Знаком с клинической картиной, методами диагностики, классификацией заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у пациентов.
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Формирование клинического мышления <i>Индикатор:</i> ИД-2 ПК-5 Знаком с клинической картиной, методами диагностики, классификацией заболеваний костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-нижнечелюстного	Не знаком с клинической картиной, методами диагностики, классификацией заболеваний костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-нижнечелюстного сустава у пациентов.	Слабо знаком с клинической картиной, методами диагностики, классификацией заболеваний костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-нижнечелюстного сустава у пациентов.	Частично знаком с клинической картиной, методами диагностики, классификацией заболеваний костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-нижнечелюстного сустава у	Знаком с клинической картиной, методами диагностики, классификацией заболеваний костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-нижнечелюстного сустава у

сустава у пациентов.			пациентов.	пациентов.
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Формирование клинического мышления <i>Индикатор:</i> ИД-3 ПК-5 Знаком с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	Не знаком с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	Слабо знаком с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	Частично знаком с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	Знаком с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Формирование клинического мышления <i>Индикатор:</i> ИД-4 ПК-5 Способен формулировать окончательный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	Не способен формулировать окончательный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	Слабо способен формулировать окончательный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	Способен частично формулировать окончательный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	Способен формулировать окончательный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Формирование клинического мышления <i>Индикатор:</i> ИД-5 ПК-5 Имеет практический опыт интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов (включая рентгенологические	Не имеет практический опыт интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов (включая рентгенологические	Имеет слабый практический опыт интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов (включая рентгенологические	Имеет частичный практический опыт интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов (включая	Имеет практический опыт интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов (включая рентгенологические

пациентов (включая рентгенологические методы).	ские методы).		рентгенологические методы).	ческие методы).
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Формирование клинического мышления <i>Индикатор:</i> ИД-6 ПК-5 Имеет практический опыт постановки предварительного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	Не имеет практический опыт постановки предварительного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	Имеет слабый практический опыт постановки предварительного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	Имеет частичный практический опыт постановки предварительного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	Имеет практический опыт постановки предварительного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Формирование клинического мышления <i>Индикатор:</i> ИД-7 ПК-5 Имеет практический опыт проведения дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний.	Не имеет практический опыт проведения дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний.	Имеет слабый практический опыт проведения дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний.	Имеет частичный практический опыт проведения дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний.	Имеет практический опыт проведения дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний.
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Формирование клинического мышления <i>Индикатор:</i> ИД-8 ПК-5 Имеет практический опыт постановки окончательного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	Не имеет практический опыт постановки окончательного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со	Имеет слабый практический опыт постановки окончательного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	Имеет частичный практический опыт постановки окончательного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем,	Имеет практический опыт постановки окончательного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и

статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	здоровьем (МКБ).		связанных со здоровьем (МКБ).	проблем, связанных со здоровьем (МКБ).
<i>Компетенция:</i> ПК-9. Готов к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации.				
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Готовность действовать в нестандартных ситуациях, выбирать способы защиты в чрезвычайных ситуациях. <i>Индикатор:</i> ИД-1 ПК-9 Знаком с особенностями оказания медицинской помощи в неотложных формах при стоматологических заболеваниях.	Не знаком с особенностями оказания медицинской помощи в неотложных формах при стоматологических заболеваниях.	Слабо знаком с особенностями оказания медицинской помощи в неотложных формах при стоматологических заболеваниях.	Частично знаком с особенностями оказания медицинской помощи в неотложных формах при стоматологических заболеваниях.	Знаком с особенностями оказания медицинской помощи в неотложных формах при стоматологических заболеваниях.
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Готовность действовать в нестандартных ситуациях, выбирать способы защиты в чрезвычайных ситуациях. <i>Индикатор:</i> ИД-2 ПК-9 Знаком с принципами и методами оказания медицинской помощи пациентам в экстренной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с	Не знаком с принципами и методами оказания медицинской помощи пациентам в экстренной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.	Слабо знаком с принципами и методами оказания медицинской помощи пациентам в экстренной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.	Частично знаком с принципами и методами оказания медицинской помощи пациентам в экстренной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.	Знаком с принципами и методами оказания медицинской помощи пациентам в экстренной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

учетом стандартов медицинской помощи.				
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Готовность действовать в нестандартных ситуациях, выбирать способы защиты в чрезвычайных ситуациях. <i>Индикатор:</i> ИД-3 ПК-9 Знаком с клиническими признаками внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, правилами проведения базовой сердечно-легочной реанимации.	Не знаком с клиническими признаками внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, правилами проведения базовой сердечно-легочной реанимации.	Слабо знаком с клиническими признаками внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, правилами проведения базовой сердечно-легочной реанимации.	Частично знаком с клиническими признаками внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, правилами проведения базовой сердечно-легочной реанимации.	Знаком с клиническими признаками внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, правилами проведения базовой сердечно-легочной реанимации.
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Готовность действовать в нестандартных ситуациях, выбирать способы защиты в чрезвычайных ситуациях. <i>Индикатор:</i> ИД-4 ПК-9 Способен распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания,	Не способен распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме.	Слабо способен распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме.	Способен частично распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме.	Способен распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме.

требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме.				
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Готовность действовать в нестандартных ситуациях, выбирать способы защиты в чрезвычайных ситуациях. <i>Индикатор:</i> ИД-5 ПК-9 Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)).	Не способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)).	Слабо способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)).	Способен частично оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)).	Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)).
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Готовность действовать в нестандартных ситуациях, выбирать способы защиты в чрезвычайных ситуациях. <i>Индикатор:</i> ИД-6 ПК-9 Способен применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме.	Не способен применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме.	Слабо способен применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме.	Способен частично применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме.	Способен применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме.
Результаты обучения	Не способен	Слабо способен	Способен	Способен

по дисциплине (модулю): Готовность действовать в нестандартных ситуациях, выбирать способы защиты в чрезвычайных ситуациях. <i>Индикатор:</i> ИД-7 ПК-9 Способен выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации.	выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации.	выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации.	частично выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации.	выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации.
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Готовность действовать в нестандартных ситуациях, выбирать способы защиты в чрезвычайных ситуациях. <i>Индикатор:</i> ИД-8 ПК-9 Имеет практический опыт оценки состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.	Не имеет практический опыт оценки состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.	Имеет слабый практический опыт оценки состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.	Имеет частичный практический опыт оценки состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.	Имеет практический опыт оценки состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Готовность действовать в нестандартных ситуациях, выбирать способы защиты в чрезвычайных ситуациях. <i>Индикатор:</i> ИД-9 ПК-9 Имеет практический опыт распознавания состояний, представляющих угрозу жизни,	Не имеет практический опыт распознавания состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма	Имеет слабый практический опыт распознавания состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма (кровообращения и (или) дыхания),	Имеет частичный практический опыт распознавания состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций	Имеет практический опыт распознавания состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма

включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.	человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.	требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.	организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.	человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Готовность действовать в нестандартных ситуациях, выбирать способы защиты в чрезвычайных ситуациях. <i>Индикатор:</i> ИД-10 ПК-9 Имеет практический опыт оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)).	Не имеет практический опыт оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)).	Имеет слабый практический опыт оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)).	Имеет частичный практический опыт оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)).	Имеет практический опыт оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)).
Результаты обучения по дисциплине (модулю): Готовность действовать в нестандартных ситуациях, выбирать способы защиты в чрезвычайных ситуациях. <i>Индикатор:</i>	Не имеет практический опыт применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в	Имеет слабый практический опыт применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной	Имеет частичный практический опыт применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской	Имеет практический опыт применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской

ИД-11 ПК-9 Имеет практический опыт применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме.	экстренной форме.	форме.	помощи в экстренной форме.	помощи в экстренной форме.
---	-------------------	--------	----------------------------	----------------------------

Оценивание уровня сформированности компетенции по дисциплине осуществляется на основе «Положения о проведении текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры - в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Северо-Кавказский федеральный университет» в актуальной редакции.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

Номер задания	Правильный ответ	Содержание вопроса	Компетенция
Семестр 7			
1.	Современные методы асептики: Механический метод. Включает в себя различные виды уборки и предварительную обработку инструментов. Физические методы стерилизации: Стерилизация паром под давлением (автоклавирование). Стерилизация горячим воздухом (сухожаровой шкаф). Лучевая стерилизация. Химические методы стерилизации: Газовая стерилизация. Стерилизация растворами химических антисептиков. Классификация антисептиков: Класс А — для обработки кожи операционного и инъекционного полей пациентов. Класс Б — для обработки рук хирургов и других медицинских работников, участвующих в выполнении оперативных и иных инвазивных вмешательств. Класс В — для гигиенической обработки кожных покровов. ВИЧ-инфекция, пути передачи: Естественные: Искусственный (парентеральный). Профилактика ВИЧ-инфекции: защищённые половые контакты; использование стерильных инструментов для проведения различных	Современные методы асептики и антисептики. Классификация. ВИЧ-инфекция, пути передачи и профилактика.	ПК-5, ПК-9

	манипуляций, сопровождающихся нарушением целостности слизистых и кожных покровов; тестирование на ВИЧ всего населения не реже 1 раза в год; обязательное обследование на ВИЧ при планировании беременности, постановке на учёт в связи с беременностью, а также во время беременности и перед родами; обязательный приём препаратов всем ВИЧ-инфицированным женщинам во время беременности; приём препаратов всем ВИЧ-инфицированным для снижения вероятности передачи вируса.		
2.	Диагностика вывиха бедра включает: Первичный осмотр и сбор анамнеза. Рентгенографию. Компьютерную томографию (КТ). Магнитно-резонансную томографию (МРТ). Лечение вывиха бедра включает несколько этапов: Репозицию (вправление) сустава. Иммобилизацию. Применение противовоспалительных средств. Реабилитацию. Методы вправления вывиха бедра: Вправление по Кохеру. Используется только при надлонных вывихах. Во время манипуляции пациент лежит на спине. Помощник хирурга крепко фиксирует руками таз больного. Сам врач сгибает ногу в колене и бедре, затем тянет её вверх, одновременно разворачивая вовнутрь. Появление характерного щелчка говорит об успешном вправлении. Вправление по Джанелидзе. Применяется во всех остальных случаях. Пациента укладывают на живот, больная нога свисает вниз. Ассистент руками придерживает таз больного. Врач сгибает свисающую ногу и ставит на подколенную ямку своё колено. Надавливая, он одновременно поворачивает ногу человека наружу. Травматолог	Диагностика и лечение вывиха бедра. Методы вправления.	ПК-5, ПК-9

	завершает действия сразу же после щелчка.		
3.	Клиника закрытых повреждений мягких тканей зависит от вида повреждения: Ушибы: покраснение, отёк или припухлость, кровоизлияние (гематома) или синяк, сильная или ноющая боль. В зависимости от тяжести выделяются следующие степени повреждений: 1 степень — лёгкие ушибы, сопровождающиеся появлением небольших ссадин и ран; 2 степень — ушибы средней тяжести, характеризующиеся появлением отёков и гематом; 3 степень — повреждение мышц и сухожилий, вероятность вывиха. Растяжение связок: боль при движении в суставе, боль при надавливании на область растянутых связок и места их прикрепления к костям, отёк сустава, гематома (синяк), покраснение и повышение температуры кожи в районе травмы. Разрыв связок: болевой синдром (как при движении, так и в покое), ограничение двигательной функции сустава, нестабильность сустава, отёк, ощущение щелчков, хруста в суставе. Диагностика: При ушибах: травматолог выполняет визуальный осмотр, выявляет локализацию и степень тяжести ушиба, расспрашивает пациента об обстоятельствах травмы, общем самочувствии, сопутствующих заболеваниях. Чтобы исключить более тяжёлые повреждения, врач назначит дополнительные исследования: цифровой рентген, компьютерную томографию, УЗИ, МРТ. При растяжениях: в большинстве случаев для постановки диагноза достаточно собрать жалобы больного и провести его осмотр. В некоторых случаях с целью дифференциальной диагностики возможно проведение рентгенологического обследования, ультразвукового исследования сустава и магнитно-резонансной томографии.	Закрытые повреждения мягких тканей (ушибы, растяжения, разрывы). Клиника, диагностика.	ПК-5, ПК-9
4.	По локализации: холецистолитиаз (образование камней происходит в полости желчного пузыря);	Классификация и современные подходы к лечению желчнокаменной болезни.	ПК-5, ПК-9

	холедохолитиаз (конкременты формируются в общем желчном протоке); внутрипечёночный холелитиаз (камни локализованы во внутрипечёночных протоках). По количеству конкрементов: единичные; множественные. По составу: холестериновые; пигментные; смешанные. По клиническому течению: латентное (бессимптомное камненосительство); с наличием клинических симптомов: болевая форма с типичными желчными коликами, диспепсическая форма, под маской других заболеваний. Современные подходы к лечению ЖКБ включают: Диетотерапию. Консервативное лечение. Малоинвазивное лечение.		
5.	Международная классификация по системе TNM основана на принципе анатомического распространения опухолевого процесса. Она включает в себя три категории: Т (опухоль) — указывает на размер опухоли и в соответствии с критериями, принятыми для различных опухолей, может иметь значение от 1 до 4. N (узел) — отражает состояние регионарных лимфатических узлов, может иметь значение от 1 до 3. М (метастаз) — говорит о наличии или отсутствии отдалённых метастазов, может иметь значения M1 или M0 соответственно. Диагностика злокачественных опухолей включает сбор анамнеза и физикальное обследование, лучевую диагностику (рентгенологические	Классификация, диагностика и принципы лечения злокачественных опухолей.	ПК-5, ПК-9

	исследования, компьютерная и магнитно-резонансная томография), эндоскопические исследования, онкомаркеры и морфологические методы исследования. Принципы лечения злокачественных опухолей включают: Радикальное лечение. Предполагает полное удаление всех выявленных онкологических очагов (первичная опухоль или её метастазы). Паллиативное (вспомогательное) лечение. Направлено на максимально возможное ограничение роста и стабилизацию онкологического процесса. К нему прибегают в случаях, когда радикальные методики не могут быть применены из-за выявления рака на запущенной стадии. Симптоматическое лечение. Направлено не на опухолевый процесс, а на устранение проявлений заболевания. Оно позволяет повысить качество жизни пациента и избавиться от тягостных симптомов онкопатологии.		
6.	Классификация отморожений в России основана на глубине поражения тканей: I степень. Поражение в пределах эпидермиса, расстройство местного кровообращения без некротических изменений тканей. II степень. Некроз всех слоёв эпителия, изменения распространяются до сосочкового слоя дермы с парциальным сохранением дериватов кожи. III степень. Некроз всех слоёв кожи, зона некроза располагается в подкожной клетчатке до поверхностной фасции. IV степень. Некроз захватывает все ткани поражённого участка, включая костную (субфасциальное поражение) Лечение отморожений включает три этапа: Первая помощь. Следует устранить воздействие холода, согреть отмороженные части тела, переодеть человека в тёплую и сухую одежду, затем дать тёплое питьё.	Классификация, клиника и лечение отморожений	ПК-5, ПК-9

	Лечение в дореактивном периоде. В первые часы после травмы возможны незначительные боли, покалывание, нарушение чувствительности. Кожа в области отморожения холодная, бледная. Лечение в реактивном периоде. Его объём и тактика зависят от площади, глубины поражения тканей и осложнений. Если работа основных жизненно важных органов нарушена, то проводится симптоматическое лечение, иногда вплоть до интенсивной терапии и реанимационных мероприятий. Также при отморожениях необходима профилактика столбняка (введение противостолбнячной сыворотки и столбнячного анатоксина).		
7.	Классификация острого аппендицита: Катаральный аппендицит (простой, поверхностный) — затрагивает только слизистую оболочку аппендикса. Флегмонозный аппендицит — затрагивает все слои, на серозной оболочке появляется белок фибрин. Гангренозный аппендицит — омертвление всех слоёв аппендикса. Перфоративный аппендицит — прорыв стенки аппендикса. Эмпиема червеобразного отростка — разновидность флегмонозного воспаления, при котором в результате рубцового процесса или закупорки каловым камнем в просвете отростка образуется замкнутая полость, заполненная гноем. Диагностика острого аппендицита: Дифференциальная диагностика: острый аппендицит необходимо дифференцировать почти от всех заболеваний брюшной полости и забрюшинного пространства, а также от заболеваний органов малого таза. Лабораторная диагностика: общий и биохимический анализ крови для оценки показателей воспаления, общий анализ мочи, чтобы исключить острую инфекцию мочевыделительной системы. Инструментальная диагностика: УЗИ червеобразного отростка проводят для уточнения и подтверждения диагноза у большинства пациентов, компьютерная томография — наиболее чувствительный	Классификация, клиника, диагностика и лечение острого аппендицита	ПК-5, ПК-9

	метод инструментальной диагностики, МРТ проводят пациентам с неклассической клинической картиной с подозрением на атипичное расположение червеобразного отростка. Лечение острого аппендицита: операция по удалению аппендикса — основной метод лечения. Перед хирургическим вмешательством проводят внутривенную антибиотикотерапию.		
8.	Классификация острого аппендицита: Катаральный (простой, поверхностный) — затрагивает только слизистую оболочку аппендикса. Флегмонозный — затрагивает все слои, на серозной оболочке появляется белок фибрин. Гангренозный — омертвление всех слоёв аппендикса. Перфоративный — прорыв стенки аппендикса. Эмпиема червеобразного отростка — разновидность флегмонозного воспаления, при котором в результате рубцового процесса или закупорки каловым камнем в просвете отростка образуется замкнутая полость, заполненная гноем. Клиника острого аппендицита: симптомы появляются внезапно и стремительно прогрессируют. Основной симптом — боль. Сначала боль появляется в верхней части живота, а уже через несколько часов «спускается» в правый нижний бок, где и находится аппендикс. К симптомам также относятся тошнота и рвота, запор или понос, лихорадка, сниженный аппетит, вздутие живота. Диагностика острого аппендицита: При подозрении на аппендицит хирург проводит опрос, чтобы выяснить хронологию развития симптомов и факторы риска. Следующим этапом хирург выполняет тщательный физикальный осмотр с определением характерных для острого аппендицита симптомов. Лабораторная диагностика: общий и биохимический анализ крови для оценки показателей воспаления, общий анализ мочи, чтобы исключить острую инфекцию мочевыделительной системы.	Классификация, клиника, диагностика и лечение острого аппендицита. Профилактика осложнений острого аппендицита.	ПК-5, ПК-9

	Инструментальная диагностика: УЗИ червеобразного отростка проводят для уточнения и подтверждения диагноза у большинства пациентов, компьютерная томография — наиболее чувствительный метод инструментальной диагностики, МРТ проводят пациентам с неклассической клинической картиной с подозрением на атипичное расположение червеобразного отростка. Лечение острого аппендицита: операция по удалению аппендикса — основной метод лечения. Перед хирургическим вмешательством проводят внутривенную антибиотикотерапию. Профилактика осложнений острого аппендицита: основная профилактика осложнений — это своевременное обращение к врачу при первых симптомах аппендицита и адекватное хирургическое лечение.		
9.	Классификация острого калькулёзного холецистита: По структурным изменениям жёлчного пузыря: Катаральный. Воспалется только слизистая оболочка жёлчного пузыря. Флегмонозный. Воспаление распространяется на все слои стенки жёлчного пузыря. Гангренозный. Стенка пузыря отмирает частично или полностью. Перфоративный. Целостность стенки нарушается, образуется одно или несколько отверстий, через которые жёлчь попадает в брюшную полость. По тяжести течения: Лёгкий. Структурные изменения жёлчного пузыря незначительные, сопровождаются умеренной болью в правом подреберье. Средней тяжести. Выраженная боль сохраняется более 72 часов, мышцы в правом подреберье напряжены, симптом Мерфи положительный (пациент испытывает боль и не может глубоко вдохнуть, если врач надавливает большим пальцем в правом подреберье). Тяжёлый. Нарушаются функции внутренних органов и систем: почек,	Классификация, клиника, диагностика и лечение острого калькулёзного холецистита.	ПК-5, ПК-9

	печени, сердечно-сосудистой системы и др. Диагностика: для постановки диагноза используют физикальные и лабораторные данные (общий анализ крови, печёночные пробы), инструментальные методики (УЗИ, рентгенографию, КТ, МРТ гепатобилиарной зоны; гепатохолесцинтиграфию, ЭРХПГ). Лечение: Консервативное лечение направлено на устранение воспалительного процесса, профилактику осложнений заболевания, предотвращение дальнейшего камнеобразования. Начинают терапию с лечебного голодания с постепенным переходом на лечебный стол номер 5. Следующим этапом является обезбоживание. При остром калькулёзном холецистите противопоказано введение морфина, так как он вызывает спазм сфинктера Одди и затрудняет отток желчи в кишечник. Предпочтительно использование тримеперидина, парацетамола, папаверина. Для купирования инфекции применяются антибактериальные средства широкого спектра действия в различных комбинациях: ампициллин, гентамицин, клиндамицин, метронидазол, цефалоспорины третьего и четвёртого поколения, имипенем, циластатин.		
10.	Классификация паховых грыж: Прямая паховая грыжа. Выходит из брюшной полости через внутреннюю ямку пахового канала. Грыжевой мешок представлен поперечной фасцией, которая препятствует опусканию содержимого в мошонку. Дефект обычно локализуется в верхней части мошонки и представляет собой округлое образование, нередко двухстороннее. Косая паховая грыжа. Её ворота расположены в боковой ямке пахового канала, при этом сама грыжа располагается не прямо, а косо. Содержимое в большинстве случаев попадает в мошонку. Паховые комбинированные грыжи. Состоят из двух или трёх отдельных грыжевых мешков, которые не сообщаются между собой и представлены косой или прямой грыжей в различных сочетаниях.	Классификация, клиника, диагностика и основные хирургические способы лечения паховых грыж	ПК-5, ПК-9

	Диагностика паховой грыжи: УЗИ паховых каналов и мошонки у мужчин позволяет оценить положение, содержимое и размеры грыжевого мешка, состояние пахового канала; УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства применяют для выявления патологии внутренних органов; УЗИ тазовых органов позволяет оценить смещение в грыжевой мешок яичников и маточных труб у женщин; Герниография — рентгенологический метод исследования с контрастным усилением; Ирригоскопия — рентгенологическое исследование кишечника с контрастным усилением; Цистография — рентгенологическое исследование мочевого пузыря с контрастированием; Компьютерная томография малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства. Основные хирургические способы лечения паховых грыж: Натяжная техника — пластика с использованием собственных тканей. Для укрепления брюшной стенки хирург стягивает и послойно сшивает собственные ткани пациента. Такой метод закрытия грыжевых ворот применяется только при небольшом размере дефекта у молодых пациентов. Ненатяжная техника — пластика с применением сетчатых имплантов. При ненатяжном способе закрытия дефекта используется эндопротез. Поверх грыжевых ворот накладывается сетчатый имплантат, размер которого превышает диаметр отверстия. Открытая операция. Эндоскопическая (лапароскопическая) операция.		
11.	По структурным изменениям жёлчного пузыря: Катаральный. Воспалется только слизистая оболочка жёлчного пузыря. Флегмонозный. Воспаление распространяется на все слои стенки	Классификация, клиника, диагностика и принципы хирургического лечения острого калькулезного холецистита.	ПК-5, ПК-9

	жёлчного пузыря. Гангренозный. Стенка пузыря отмирает частично или полностью. Перфоративный. Целостность стенки нарушается, образуется одно или несколько отверстий, через которые жёлчь попадает в брюшную полость. По тяжести течения: Лёгкий. Структурные изменения жёлчного пузыря незначительные, сопровождаются умеренной болью в правом подреберье. Средней тяжести. Выраженная боль сохраняется более 72 часов, мышцы в правом подреберье напряжены, симптом Мерфи положительный (пациент испытывает боль и не может глубоко вдохнуть, если врач надавливает большим пальцем в правом подреберье). Тяжёлый. Нарушаются функции внутренних органов и систем: почек, печени, сердечно-сосудистой системы и др. Диагностика: Лабораторные тесты. УЗИ гепатобилиарной зоны. Рентгенография желчных путей. КТ и МРТ внутренних органов. Принципы хирургического лечения: Консервативная терапия возможна в течение 12–24 часов от начала заболевания. Её цель — уменьшение воспалительного процесса, улучшение оттока желчи, восстановление моторики желчного пузыря. <u>3</u> Единственно эффективный метод лечения при остром калькулёзном холецистите — операция (холецистэктомия), суть которой заключается в удалении желчного пузыря вместе с камнями. <u>3</u> Холецистэктомия может быть проведена открытым способом (традиционным) — для доступа к зоне патологии выполняется разрез передней брюшной стенки, или методом лапароскопии — этот способ в настоящее время считается «золотым» стандартом при удалении желчного пузыря.		
--	---	--	--

12.	Классификация острого аппендицита: Катаральный аппендицит (простой, поверхностный) — затрагивает только слизистую оболочку аппендикса. Флегмонозный аппендицит — затрагивает все слои, на серозной оболочке появляется белок фибрин. Гангренозный аппендицит — омертвление всех слоёв аппендикса. Перфоративный аппендицит — прорыв стенки аппендикса. Эмпиема червеобразного отростка — разновидность флегмонозного воспаления, при котором в результате рубцового процесса или закупорки каловым камнем в просвете отростка образуется замкнутая полость, заполненная гноем. Клиника острого аппендицита: симптомы появляются внезапно и стремительно прогрессируют. Основной симптом — боль. Сначала боль появляется в верхней части живота, а уже через несколько часов «спускается» в правый нижний бок, где и находится аппендикс. К симптомам также относятся тошнота и рвота, запор или понос, лихорадка, сниженный аппетит, вздутие живота. Диагностика острого аппендицита: Лабораторная диагностика: общий и биохимический анализ крови для оценки показателей воспаления, общий анализ мочи, чтобы исключить острую инфекцию мочевыделительной системы. Инструментальная диагностика: УЗИ червеобразного отростка проводят для уточнения и подтверждения диагноза у большинства пациентов, компьютерная томография — наиболее чувствительный метод инструментальной диагностики, МРТ проводят пациентам с неклассической клинической картиной с подозрением на атипичное расположение червеобразного отростка. Лечение острого аппендицита: операция по удалению аппендикса — основной метод лечения. Перед хирургическим вмешательством проводят внутривенную антибиотикотерапию. Профилактика осложнений острого аппендицита: основная профилактика осложнений — своевременное обращение к врачу при	Классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика осложнений острого аппендицита.	ПК-5, ПК-9
-----	--	---	------------

	первых симптомах аппендицита и адекватное хирургическое лечение.		
13.	По локализации: кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта (пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки) — около 90% случаев, кровотечение из тонкой кишки — менее 1% случаев, кровотечение из нижних отделов пищеварительного тракта (толстой и прямой кишки) — около 10% случаев. По этиологии (причине возникновения) оно может быть язвенным и неязвенным, по частоте — первичным и рецидивным (повторным). Клиника: пациент чувствует слабость, сонливость, головокружение, у него возникают сердцебиение и холодный липкий пот, возможна потеря сознания. При кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта кал окрашивается в чёрный цвет. Может возникать рвота «кофейной гущей». При пищеводных кровотечениях возникает рвота алой кровью или сгустками крови. Диагностика: обследование пациента начинают с тщательного выяснения анамнеза, оценки характера рвотных масс и испражнений, проведения пальцевого ректального исследования. Обращают внимание на окраску кожных покровов: наличие на коже телеангиэктазий, петехий и гематом может свидетельствовать о геморрагическом диатезе, желтушность кожи — о неблагополучии в гепатобилиарной системе или варикозном расширении вен пищевода. Основным методом диагностики является гастроскопия — эндоскопическое исследование слизистой желудка. В ходе исследования визуализируется источник кровотечения, например, язва, определяется степень гемостаза. 3 Хирургическая тактика: требуется тогда, когда консервативные методы лечения оказались малоэффективными. Заключается она в остановке кровотечения путём выполнения различных операций: в случае язвенной болезни проводится прошивание кровоточащей язвы, резекция части желудка или двенадцатиперстной кишки; при злокачественных новообразованиях, в зависимости от	Классификация, клиника, диагностика, хирургическая тактика при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях	ПК-5, ПК-9

	локализации опухоли, возможно полное (гастрэктомия) или частичное удаление (резекция) желудка.		
14.	Классификация рака молочной железы включает международную классификацию по системе TNM, в которой учитываются категории Т (первичная опухоль), N (регионарные лимфатические узлы) и М (отдалённые метастазы). На основе этих категорий определяют стадию заболевания. Клиника рака молочной железы зависит от локализации опухоли и стадии заболевания. По типу роста выделяют две формы РМЖ: узловую и диффузную. При узловой форме ведущий признак — плотный бугристый узел, хорошо отличающийся от окружающих тканей или не имеющий чётких границ. Диффузные формы рака характеризуются изменениями кожи молочной железы в виде утолщения, отёка, гиперемии. Способы ранней диагностики рака молочной железы включают: Маммографию. Клинический осмотр. Проводится врачом гинекологом или маммологом во время планового осмотра пациентки. После 40 лет такое обследование нужно проходить ежегодно, до 40 лет — не реже 1 раза в 2–3 года. УЗИ молочной железы. Самостоятельный осмотр молочных желёз. Для лечения рака молочной железы, как правило, используют комплекс различных методов. Их комбинация подбирается индивидуально. Чаще всего речь идёт о хирургическом лечении, которое поддерживается химической или лучевой терапией, применением гормональных препаратов и других противоопухолевых средств	Классификация, клиника, способы ранней диагностики и лечения рака молочной железы.	ПК-5, ПК-9
15.	Классификация панариция в зависимости от локализации воспалительного очага: Кожный. Абсцесс не выходит за пределы кожи. Околоногтевой (паронихия). Гной скапливается в околоногтевом	Классификация, клиническое течение и лечение панариция.	ПК-5, ПК-9

	валике. Подногтевой. Очаг расположен под ногтем. Подкожный. Скопление гноя находится в подкожной клетчатке. Костный. Воспаление захватывает кость одной или нескольких фаланг. Суставной. Скопление гноя в суставах пальцев. Костно-суставной. Сочетание костной и суставной форм. Сухожильный. Воспалительный очаг локализуется в области сухожилия. Клиническое течение панариция зависит от формы заболевания. Классическими признаками большинства разновидностей панариция являются: покраснение и отёчность пальца; сильная боль, которая часто носит дёргающий, пульсирующий характер и значительно усиливается при попытке движений; локальное повышение температуры. Лечение панариция включает приём антибиотиков для подавления инфекции и операцию по удалению нежизнеспособных тканей. При поверхностных формах терапия может проводиться амбулаторно, при глубоких — необходима госпитализация		
16.	Классификация рака щитовидной железы включает фолликулярный, папиллярный, медулярный, анапластический рак и лимфому щитовидной железы, а также её метастатические поражения. Рак может быть первичным (если опухоль изначально возникает в самой железе) или вторичным (если опухоль прорастает в железу из соседних органов). Клиническое течение рака щитовидной железы характеризуется появлением узловых образований в области железы или увеличением шейных лимфоузлов. По мере роста опухоли развиваются симптомы сдавления структур шеи: осиплость голоса, нарушение глотания, одышка, кашель, удушье, боли. У пациентов отмечается потливость, слабость, снижение аппетита, потеря веса.	Классификация, клиническое течение, диагностика и лечение рака щитовидной железы	ПК-5, ПК-9

	Диагностика рака щитовидной железы включает: Физикальный осмотр. Анализ крови на гормоны. Анализ крови на онкомаркеры. Ультразвуковое исследование. Радионуклидное исследование, или сцинтиграфия. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия. Компьютерную, магнитно-резонансную, позитронно-эмиссионную томографию и другие визуализирующие методы исследования Генетическое тестирование. Лечение рака щитовидной железы зависит от типа опухоли, стадии, а также общего состояния пациента. Основным методом лечения при этом считается операция по удалению доли щитовидной железы, захваченной опухолью, ближайших лимфатических узлов или всей железы целиком. Также по показаниям врач может назначить радиойодтерапию, лучевую терапию, химиотерапию или таргетную терапию.		
17.	Классификация ожогов может проводиться по способу получения повреждения: Термические (поражение тканей под воздействием высоких температур). Электрические (возникают под действием электротока или электрической дуги). Химические (поражение в результате попадания на кожу щелочей, кислот и едких солей). Лучевые. По глубине поражения тканей выделяют 4 степени ожогов: I степень — поражение самых поверхностных слоёв кожи, проявляется в основном покраснением. II степень — поражение кожи на всю её глубину, с образованием волдырей с серозной или кровянистой жидкостью, появлением отёков, боли. III степень — некроз верхних или глубоких слоёв кожи, вплоть до подкожно-жировой клетчатки, с образованием глубокой раны и	Классификация, определение степени и площади ожогов.	ПК-5, ПК-9

	волдырей. IV степень — некроз тканей на большую глубину, включая мышцы и кости, с их гибелью. Для определения площади ожога используют, например, правило «ладони» (поверхность составляет около 1% от общей поверхности кожного покрова). Также применяют правило «девяток»: от общей площади поверхности тела поверхность головы и шеи составляет 9%, верхней конечности — 9%, нижней — 18%, передней поверхности туловища — 18%, задней — 18%, промежности и половых органов — 1%		
18.	Классификация доброкачественных опухолей основана на типе ткани, из которой они развиваются: Аденомы — новообразования из железистых клеток, возникают на слизистой оболочке органов. Фибромы — опухоли из соединительной (фиброзной) ткани. Гемангиомы — неправильно развитые, патологически разросшиеся скопления кровеносных сосудов. Липомы — опухоли из жировой ткани. Менингиомы — новообразования из оболочек головного и спинного мозга. Миомы — опухоли из гладких (лейомиомы) и поперечнополосатых (рабдомиомы) мышц. Пигментные невусы — скопления пигментных клеток-меланоцитов. Остеохондромы — распространённый тип доброкачественных опухолей костей. Папилломы — опухоли из эпителиальных тканей. Этиология доброкачественных опухолей связана с повреждением генетического материала клетки (ДНК), приводящим к нарушению механизмов контроля деления и роста клеток. К факторам, способствующим этому, относятся: Химические факторы. Физические факторы..	Классификация, этиология, лечение доброкачественных опухолей.	ПК-5, ПК-9

	Механические травмы и повышенные температуры. Биологические факторы. Нарушение функции иммунной системы. Нарушение функции эндокринной системы. Лечение доброкачественных опухолей, как правило, хирургическое удаление образования — обычно других методов лечения не требуется. Прибегают к различным видам хирургических вмешательств, в зависимости от размеров, локализации новообразований.		
19.	Клиника абсцесса: появляются локальные боли в зоне формирования гнойника, выраженная припухлость, гиперемия и флюктуация. Общее состояние больного ухудшается, появляется слабость, снижение аппетита, нарушение сна. Лечение абсцесса: Поверхностные типы лечат консервативными методами — прокол гнойника с чисткой и дезинфекцией полости, после чего врач накладывает антисептическую повязку с мазью. Если у пациента наблюдается абсцесс внутренних органов или глубоких тканей, понадобится хирургическое вмешательство с иссечением воспалённой полости и пункцией жидкости. В период реабилитации больному назначают антибиотики, анестетики, противовоспалительные препараты и мази. Клиника флегмоны: флегмона характеризуется стремительным развитием воспалительного процесса и появлением инфекционных осложнений. У пациента повышается температура тела, появляются признаки интоксикации: головные и мышечные боли, физическая слабость, повышенная жажда, ломота во всём теле, озноб. При пальпации кожи врач обнаруживает болезненное образование, которое не имеет чётких контуров. При смене положения тела болевой синдром усиливается. Лечение флегмоны: При установлении диагноза больной госпитализируется в	Клиника и лечение абсцесса и флегмоны.	ПК-5, ПК-9

	отделение гнойной хирургии. Проводится вскрытие очага воспаления, удаление гноя и омертвевших тканей. После удаления флегмоны устанавливаются дренажи для очищения и промывания послеоперационной раны.		
20.	Клиника отморожений включает два периода: Дореактивный (скрытый). Появляются онемение и парестезии пострадавшей зоны, кожа в этом месте бледная, холодная, её чувствительность значительно снижена. Реактивный. После согревания начинают беспокоить зуд, боль, покалывание, жжение в месте отморожения. Кожа становится тёплой, краснеет, возникает отёчность. Лечение отморожений включает три этапа: Первая помощь. Пострадавшего нужно перенести в тёплое помещение, согреть, дать чай, кофе или горячую пищу. Участки отморожения нельзя интенсивно растирать или быстро согревать. Лечение в дореактивном периоде. На этом этапе нужно как можно скорее отогреть отмороженные ткани, восстановить их кровоснабжение и предупредить общие осложнения. Лечение в реактивном периоде. Его разделяют на общее и местное, последнее в свою очередь делится на консервативное и хирургическое.	Клиника и лечение отморожений.	ПК-5, ПК-9
21.	Клиника диффузного токсического зоба включает повышенную возбудимость, раздражительность, похудание, сердцебиение, потливость, одышку, субфебрильную температуру. Характерный симптом — пучеглазие. Диагностика включает: Визуальный осмотр и пальпацию. Для диффузного токсического зоба характерно равномерное увеличение щитовидной железы, она безболезненна, подвижна, умеренной плотности. Анализы. Врач назначает ряд анализов, в том числе на тиреотропный гормон (пониженный), свободные трийодтиронин и тироксин (повышены), антитела к рецептору тиреотропного гормона,	Клиника, диагностика и лечение диффузного токсического зоба.	ПК-5, ПК-9

	классические антитела к тиреопероксидазе, тиреоглобулину (могут выявляться в 50–90% случаев). Также проводится общий анализ крови и биохимическое исследование крови. Инструментальную диагностику. К ней относятся УЗИ щитовидной железы (отмечается гипоехогенность, усиление кровотока, увеличение размеров железы), сцинтиграфия (наблюдается усиление захвата изотопа), ЭКГ в 12 отведениях, ЭхоКГ, КТ, МРТ головного мозга (для подтверждения офтальмопатии, патологии гипофиза и гипоталамуса). Лечение направлено на снижение и нормализацию уровня гормонов щитовидной железы в крови, устранение симптоматики тиреотоксикоза и попытки добиться стойкой (желательно пожизненной) ремиссии заболевания.		
22.	Клиника желудочно-кишечного кровотечения зависит от интенсивности и длительности кровопотери. Кратковременные неинтенсивные кровотечения могут проявляться только головокружениями при смене положения тела, мельканием мушек перед глазами, слабостью. При кровопотере средней интенсивности кровь скапливается в полости желудка, частично попадает в двенадцатиперстную кишку. Под воздействием желудочного сока гемоглобин окисляется, превращаясь в гематин, и рвотные массы имеют вид кофейной гущи. При кровотечении из нижних отделов ЖКТ нередко явные кровотечения выражены умеренно и не сопровождаются падением артериального давления и другими общими симптомами. Диагностика желудочно-кишечного кровотечения включает: Обследование пациента. Лабораторные исследования. Рентгенологические методы. Эндоскопию. Лечение желудочно-кишечного кровотечения может быть консервативным и хирургическим. Выбор направления и метода лечения зависит от локализации кровотечения, его интенсивности и причины возникновения.	Клиника, диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений.	ПК-5, ПК-9

23.	Клиника нагноительных заболеваний плевры (эмпиемы плевры) включает ознобы, стойко высокую или гектическую температуру, обильную потливость, тахикардию, одышку, слабость. Также могут возникать боли в груди на стороне поражения, усиливающиеся при глубоком дыхании, кашель, ухудшение аппетита. В зависимости от распространённости гнойного процесса у пациентов отмечается бледность кожи и цианоз слизистых оболочек, грудная клетка может принимать бочкообразную форму со сглаженными межрёберными промежутками. Диагностика нагноительных заболеваний плевры проводится на основании рентгенологических данных, УЗИ плевральной полости, результатов торакоцентеза, лабораторного исследования экссудата, анализа периферической крови. Лечение нагноительных заболеваний плевры включает: Санацию плевральной полости. Системную терапию. Физиореабилитацию. Хирургическое лечение.	Клиника, диагностика и лечение нагноительных заболеваний плевры	ПК-5, ПК-9
24.	Клиника острой кишечной непроходимости включает схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и отхождения газов. Степень выраженности симптомов зависит от вида и характера непроходимости, уровня и сроков, прошедших с начала заболевания. Диагностика включает физикальное обследование (пальпацию, перкуссию, аускультацию живота), пальцевое ректальное исследование, обзорную рентгенографию брюшной полости, контрастную рентгенографию, колоноскопию, лапароскопию. Лечение острой кишечной непроходимости может быть консервативным и оперативным. Консервативное лечение используется при некоторых видах динамической непроходимости, обтурации кишечника грубой пищей, спаечной кишечной непроходимости без признаков странгуляционной и в	Клиника, диагностика и лечение острой кишечной непроходимости.	ПК-5, ПК-9

	раннем периоде, неполном завороте сигмовидной кишки, ранних формах инвагинации кишок, некоторых видах механической непроходимости, когда нет ещё признаков интоксикации и дегидратации. Если консервативное лечение оказалось неэффективным, назначается операция. Объем и тактика вмешательства определяются механизмом возникновения патологии.		
25.	Клиника перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки включает: резко возникшую интенсивную и ничем не купируемую боль; сильное напряжение брюшной стенки; бледность; вздутие живота; сухость во рту; рвоту, тошноту; холодный пот; пониженное давление; усиление боли при нажатии на живот. Диагностика осуществляется врачом-хирургом на основании данных анамнеза, клинического осмотра, сбора жалоб и инструментальных методов обследования. К ним относятся: Рентгенография брюшной полости. В 60–70% случаев на снимках под диафрагмой присутствует свободный газ, свидетельствующий о прободении органа. 1 Компьютерная томография (КТ). Позволяет увидеть локализацию язвы. УЗИ брюшной полости. Позволяет увидеть жидкость и газ (косвенные признаки перфорации). Лапароскопия. Введение в живот зонда с видеокамерой через прокол назначают при сомнительных результатах УЗИ, рентгена, КТ. Эндоскопическая гастродуоденоскопия. Показана при отсутствии газа в полости. Лечение в большинстве случаев заключается в ушивании	Клиника, диагностика и лечение перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	ПК-5, ПК-9

	перфоративного дефекта с последующим проведением курса противоязвенной терапии. Операция может быть выполнена как открытым, так и лапароскопическим способом (через небольшое отверстие в брюшной стенке). Успешность оперативного лечения максимальна, если операция была проведена в первые 6 часов после прободения.		
26.	Клиника повреждений пищевода зависит от локализации повреждения. Закрытые повреждения шейного отдела сопровождаются болями в области повреждения, выделением слюны и крови из раны, слюнотечением. Для повреждений грудного отдела характерны боли в области мечевидного отростка, иррадиирующие в левое плечо. Больные жалуются на слюнотечение, боли при глотании. При полном разрыве стенки пищевода наблюдается кровавая рвота, медиастинальная и подкожная эмфизема. Диагностика повреждений пищевода основывается на данных анамнеза и объективного исследования больного. Для подтверждения диагноза используют инструментальные методы: Обзорная рентгенография позволяет обнаружить наличие газа в брюшной полости, средостении или области шеи. Рентгенография с водорастворимым контрастным веществом даёт возможность увидеть выход контраста за пределы просвета пищевода. Эндоскопическое исследование даёт точную локализацию, размер и глубину повреждения. Лечение зависит от тяжести повреждения пищевода. При закрытых повреждениях, особенно при неполном разрыве стенки пищевода, используют консервативное лечение. Пострадавшим не разрешается принимать пищу через рот, назначают парентеральное питание и антибиотики широкого спектра действия.	Клиника, диагностика и лечение повреждений пищевода.	ПК-5, ПК-9

27.	Клиника рака пищевода включает дисфагию (затруднение глотания). Выделяют 4 степени дисфагии: I степень — затруднение при глотании твёрдой пищи. II степень — затруднение при глотании кашцеобразной пищи. III степень — затруднение при глотании жидкости. IV степень — полная непроходимость. Диагностика рака пищевода включает эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС). Дифференциальная диагностика рака пищевода проводится с учётом ряда патологических процессов, которые сопровождаются схожей клинической картиной: рубцовые сужения пищевода, спазмы пищевода, доброкачественные опухоли, язвенные процессы пищевода, дивертикулы и другие. Ведущим в разграничении карциномы пищевода с другими заболеваниями ЖКТ является морфологический метод. Обнаружение в биоптате аномальных клеток однозначно свидетельствует о раке пищевода. Лечение рака пищевода зависит от стадии заболевания, общего состояния здоровья пациента и распространённости опухоли. Используются следующие методы: Хирургическое вмешательство. Радиационная терапия. Химиотерапия. Паллиативная терапия.	Клиника, диагностика, дифдиагностика и лечение рака пищевода.	ПК-5, ПК-9
28.	Клиника острого холецистита: интенсивные болевые ощущения в эпигастрии и правой подреберной области, тошнота и неоднократная рвота пищевым или желчным содержимым, пожелтение склер и кожи, общая слабость и подъём температуры тела. Диагностика: для диагностики имеют значение выявление нарушений в диете или стрессовых состояний при опросе, присутствие симптоматики желчной колики, пальпация брюшной стенки. Анализ крови показывает признаки воспаления (лейкоцитоз, высокую СОЭ), диспротеинемию и билирубинемию, повышение активности ферментов (амилазы, аминотрансфераз) при биохимическом	Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, выбор способа операции при остром холецистите.	ПК-5, ПК-9

	исследовании крови и мочи. При подозрении на острое воспаление желчного пузыря обязательно назначается УЗИ органов брюшной полости. Оно показывает увеличение органа, наличие или отсутствие в желчном пузыре и желчном протоке камней. Показания к оперативному лечению: наличие тяжёлых осложнений — перивезикального абсцесса, деструктивного холецистита с перитонитом. Выбор способа операции: оперативный доступ выбирается в зависимости от технических возможностей клиники, индивидуальных особенностей пациента и квалификации хирурга. Наиболее часто используется лапароскопический доступ, который наименее травматичен и позволяет произвести полноценную ревизию и санацию. При возникновении технических трудностей, выраженном спаечном процессе в брюшной полости и разлитом перитоните целесообразнее использовать лапаротомный доступ.		
29.	Клиника острого гнойного мастита: в первый день заболевания женщина жалуется на ощущение тяжести и болезненности в поражённой молочной железе; температура тела повышается до +38 °С, возникает озноб; грудь выглядит увеличенной, кожа может быть покрасневшей; при сцеживании отмечается уменьшенное количество молока; ко 2–3-м суткам вовлечённый в воспаление участок груди уплотняется; через 3–4 дня происходит абсцедирование мастита: инфильтрат отделяется от окружающих тканей чёткой границей, его болезненность резко усиливается, прощупывается участок размягчения (гнойный абсцесс) или образуется множество мелких абсцессов (апостематозный мастит); нагноение сопровождается значительным ухудшением общего самочувствия: женщина ощущает озноб, слабость, разбитость, температура нарастает, достигая +39,0 °С и выше. Для дифференциальной диагностики используют:	Клиника, дифдиагностика и хирургическое лечение острого гнойного мастита.	ПК-5, ПК-9

	Пальпацию молочных желёз. Общий анализ крови. УЗИ молочной железы. Биопсию молочной железы. Хирургическое лечение острого гнойного мастита проводится под общим обезболиванием. Во время операции удаляют очаг воспаления и обеспечивают отток гноя из поражённых тканей груди. Хирург вскрывает молочную железу в области воспаления и saniрует её: очищает полость от гноя, после чего промывает её антисептическим раствором. В конце операции врач устанавливает в грудь дренаж для оттока гноя и накладывает швы		
30.	Клиника язвенных желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) зависит от интенсивности и длительности кровопотери. Общие симптомы включают резкую общую слабость, головокружение, ощущение потемнения в глазах, сердцебиение, одышку. При массивных кровотечениях может наступить потеря сознания. К симптомам, характеризующим внутрипросветное кровотечение, относят рвоту кровью (гематемезис) и чёрный дегтеобразный стул (мелена). Характерным признаком желудочного кровотечения являются рвотные массы в виде кофейной гущи. Дифференциальная диагностика проводится с желудочным кровотечением другой этиологии: при злокачественных опухолях, полипах желудка, синдроме Маллори-Вейса, патологии свёртывающей системы крови, сердечно-сосудистой системы. Основным методом диагностики является эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Она позволяет визуализировать источник кровотечения, дифференцировать кровоточащую язву от других причин ЖКК. Лечение в большинстве случаев хирургическое. При малом объёме кровопотери, а также у пациентов группы высокого риска (пожилой возраст, тяжёлая сопутствующая патология)	Клиника, дифдиагностика, способы лечения язвенных желудочно-кишечных кровотечений.	ПК-5, ПК-9

	проводится консервативная остановка кровотечения . Она включает переливание препаратов крови, плазмы, введение фибриногена, аминокaproновой кислоты, хлористого кальция, викасола, атропина		
31.	Клиника острого гнойного мастита: в первый день заболевания женщина жалуется на ощущение тяжести и болезненности в поражённой молочной железе; температура тела повышается до +38 °С, возникает озноб; грудь выглядит увеличенной, кожа может быть покрасневшей; при сцеживании отмечается уменьшенное количество молока; ко 2–3-м суткам вовлечённый в воспаление участок груди уплотняется; через 3–4 дня происходит абсцедирование мастита: инфильтрат отделяется от окружающих тканей чёткой границей, его болезненность резко усиливается, прощупывается участок размягчения (гнойный абсцесс) или образуется множество мелких абсцессов (апостематозный мастит); нагноение сопровождается значительным ухудшением общего самочувствия: женщина ощущает озноб, слабость, разбитость, температура нарастает, достигая +39,0 °С и выше. Дифференциальная диагностика включает: Пальпацию молочных желёз. Общий анализ крови. УЗИ молочной железы. Биопсию молочной железы. Хирургическое лечение острого гнойного мастита включает: Вскрытие груди в зоне наибольшей флюктуации. Операция выполняется под общим обезболиванием. Санацию — эвакуируется содержимое гнойной полости, и последняя промывается растворами антисептиков. Установку дренажа и наложение стерильной повязки.	Клиника, дифдиагностика, хирургическое лечение острого гнойного мастита.	ПК-5, ПК-9
32.	Клиника огнестрельных переломов длинных трубчатых костей включает наличие костно-мышечной огнестрельной раны с входным и выходным отверстиями, а также раневым каналом. При	Клиника, течение и осложнения при огнестрельных переломах длинных трубчатых костей.	ПК-5, ПК-9

	повреждении диафизов трубчатых костей возникает так называемый взрыв кости: множественные костные осколки рассеиваются в раневом канале и далеко за его пределами. Травма эпифизов длинных трубчатых костей вызывает их разрушение и образование крупных осколков. Течение заживления огнестрельных костных ран тяжелее, чем у других переломов. Регенераторный процесс сопровождается резкими дистрофическими и атрофическими изменениями в отломках костей, длительным течением, обострением воспалительной реакции, секвестрацией — отхождением через раневой канал осколков мёртвой ткани. Осложнения при огнестрельных переломах длинных трубчатых костей включают: Огнестрельный остеомиелит. В тяжёлых случаях наблюдается затяжной раневой процесс в виде гнойно-резорбтивной лихорадки с возможным исходом в раневой сепсис. 1 Несращение переломанной кости. Это связано с наличием сосудистых повреждений. Послеоперационные осложнения. К ним относятся нарушение лимфотического оттока и артериального притока крови, дисфункция микроциркуляторного русла, вторичная компрессионная ишемия, вплоть до возникновения ишемической гангрены повреждённого сегмента конечности вследствие травматического отёка мягких тканей.		
33.	Клинические формы рака пищевода: Экзофитный (узловой, грибовидный, папилломатозный — рост в просвет органа). Эндофитный (язвенный). Инфильтративный склерозирующий (циркулярная форма). Клиника: одним из первых и наиболее важным проявлением рака пищевода является дисфагия — затруднение прохождения пищи по пищеводу. Выделяют 4 степени дисфагии: I степень — затруднение	Клинические формы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение рака пищевода.	ПК-5, ПК-9

	при глотании твёрдой пищи, II степень — затруднение при глотании кашицеобразной пищи, III степень — затруднение при глотании жидкости, IV степень — полная непроходимость. Также к симптомам относятся похудание, кашель и поперхивание при глотании, боль при глотании, осиплость голоса. Основные методы диагностики: Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Эндосонография. Рентгеноскопия. Компьютерная томография (КТ). Магнитно-резонансная томография (МРТ). Дифференциальная диагностика: при дифференциальной диагностике рака пищевода на ранних стадиях необходимо иметь в виду ряд патологических процессов, которые сопровождаются схожей клинической картиной: рубцовые сужения пищевода, спазмы пищевода, доброкачественные опухоли, язвенные процессы пищевода, дивертикулы, ретенционные кисты, пристеночно расположенные инородные тела пищевода и т.д.. Лечение: Хирургическое вмешательство. Радиационная терапия. Химиотерапия.		
34.	Клиническое течение газовой гангрены характеризуется ранним бурным началом. Симптомы обычно появляются на 1–3 день после травмы. Отмечается резкая отёчность тканей вокруг раневого очага, появление зловонного отделяемого с газовыми пузырьками. Отек стремительно распространяется на соседние участки, состояние больного быстро ухудшается, отмечаются признаки отравления организма продуктами распада тканей. Профилактика газовой гангрены заключается в своевременной квалифицированной первичной хирургической обработке всех загрязнённых ран. В ходе обработки необходимо иссекать все нежизнеспособные ткани, устанавливать дренажи для обеспечения	Клиническое течение, профилактика и лечение газовой гангрены.	ПК-5, ПК-9

	оттока отделяемого из раны. Кроме того, при наличии обширных раневых поверхностей в обязательном порядке нужно назначать антибактериальные средства широкого спектра действия. 4 Лечение газовой гангрены — комплексное, включает два основных компонента: хирургический и медикаментозный.		
35.	Этиология рака пищевода включает постоянное химическое, механическое или термическое раздражение слизистой оболочки пищевода, приводящее к развитию интраэпителиальной неоплазии (дисплазии эпителия). Клиника рака пищевода включает затруднение глотания (дисфагию). Человеку кажется, что он начинает задыхаться, когда пытается проглотить твёрдую пищу. После проглатывания еды могут появляться жжение, боль, дискомфорт в груди. На поздних стадиях рака меняется тембр голоса, человека беспокоит икота, кашель, приступы тошноты и рвоты. В рвотных массах могут присутствовать следы крови. Человек ощущает усталость, слабость, худеет. Если метастазы достигают костей, то появляются сильные болевые ощущения. Диагностика рака пищевода включает эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС). Также для диагностики используют эндосонографию, рентгеноскопию (серия рентгеновских снимков в разных позах), компьютерную томографию (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ). Лечение рака пищевода зависит от стадии заболевания, общего состояния здоровья пациента и распространённости опухоли. Используются следующие методы: Хирургическое вмешательство. Радиационная терапия. Химиотерапия. Паллиативная терапия.	Рак пищевода: этиология, клиника, диагностика и лечение.	ПК-5, ПК-9
36.	Для дифференциальной диагностики рака молочной железы используются различные методы, например:	Рак молочной железы: дифференциальная диагностика,	ПК-5, ПК-9

	Неинвазивные методы. Маммография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, дуктография, ультразвуковое исследование, компьютерная томография. Инвазивные методы. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) под контролем УЗИ. Гистологическое исследование позволяет установить диагноз и морфологическую характеристику ракового процесса, определить степень его злокачественности и чувствительность к гормонам. Принципы лечения рака молочной железы включают: Хирургическое лечение. Основной метод лечения на ранних стадиях опухолевого процесса. При раке in situ зачастую достаточно иссечения опухоли в пределах здоровых тканей с сохранением молочной железы. Химиотерапия. Применяется до и/или после оперативного лечения для уменьшения размеров первичного очага, метастазов в лимфоузлы, предотвращения рецидивов. Лучевая терапия. Применяется до и после операции, чтобы предотвратить рецидив (повторное развитие опухоли). Может использоваться и в качестве самостоятельного метода лечения, если операция по каким-то причинам невозможна. Гормональная терапия. Показана при гормонозависимых видах РМЖ. Делится на неoadъювантную — назначается до операции для уменьшения размера опухоли, и адъювантную — применяется после оперативного лечения с целью окончательного уничтожения раковых клеток. Таргетная терапия. Назначается после молекулярно-генетического исследования клеток опухоли и определения их чувствительности к тому или иному препарату. Иммунотерапия. Использование средств, активирующих собственную иммунную систему организма для борьбы с опухолевыми клетками.	принципы лечения	
--	---	------------------	--

37.	Дифференциальная диагностика рака щитовидной железы проводится, в первую очередь, с доброкачественными новообразованиями, такими как аденома и узловой зоб, с острыми и хроническими тиреоидитами. Решающее значение имеет цитологическое исследование пунктата узла. Некоторые методы диагностики: Пальпация щитовидной железы. Это исследование является самым простым и доступным методом определения опухоли. С его помощью удаётся обнаружить образования размером от 1 см. Лабораторные исследования. Определение уровня кальцитонина и присутствия онкомаркеров позволяет судить о медуллярном типе рака железы. Анализ на тиреоглобулин необходим для оценки результатов проведённой терапии. Ультразвуковое исследование. Данный метод является одним из основных при определении опухоли. Он позволяет определить локализацию новообразования, его форму, размеры и другие параметры. Биопсия щитовидной железы. Забор клеток из «подозрительного» участка железы считается самым точным методом установления диагноза. Принципы лечения: Хирургическое лечение. Объём операции определяется на основании размера, распространённости опухоли, наличия метастазов. Если размеры узла составляют более 4 см и есть признаки метастазов, то щитовидная железа удаляется полностью. При неагрессивном (папиллярном или фолликулярном) раке может быть показано удаление одной доли железы. 2 Радиойодтерапия. Введение радиоактивного изотопа йода позволяет уничтожить раковые ткани щитовидной железы, не повреждая здоровые ткани. Лучевая терапия. Лучевую терапию используют редко, так как рак щитовидной железы обладает низкой чувствительностью к лучевым	Рак щитовидной железы: дифференциальная диагностика, принципы лечения.	ПК-5, ПК-9
-----	---	---	-------------------

	способам лечения. Метод применяют в некоторых случаях для борьбы с отдалёнными метастазами. Химиотерапия. Химиотерапия применяется в случаях, когда радиойодтерапия оказывается неэффективной. Таргетная терапия. Таргетные препараты применяются в основном при медуллярном раке щитовидной железы, особенно когда опухоли плохо реагируют на другие методы лечения.		
38.	Скрининговые программы. Они предназначены для массового обследования и адаптированы под различные группы риска, возрастные категории и пол пациентов. Например, скрининг колоректального рака, рака шейки матки, молочной железы или простаты. Методы визуализации. УЗИ, КТ, МРТ, ПЭТ-КТ помогают оценить размер и структуру опухоли, степень её проникновения в соседние ткани, метастазы в лимфоузлах и отдалённых органах. Эндоскопические исследования. С их помощью можно не только осмотреть внутренние поверхности, но и взять образцы ткани (биопсию) для дальнейшего исследования. Ультразвуковое исследование (УЗИ). Отличается доступностью и безопасностью, поскольку не связано с радиационной нагрузкой. УЗИ часто используется как первичный метод диагностики для выявления аномалий в органах и тканях, которые могут потребовать дополнительного обследования. Гистологическое исследование. Осуществляется путём микроскопического изучения тканей, взятых в ходе биопсии, и позволяет точно определить тип опухоли, её агрессивность и стадию развития. Анализы на онкомаркеры. Используются для скрининга, мониторинга эффективности лечения и выявления рецидивов. Эффективность их использования возрастает в комбинации с другими методами диагностики. Классификация злокачественных опухолей включает,	Ранняя диагностика и классификация злокачественных опухолей.	ПК-5, ПК-9

	например, систему TNM. Она включает в себя три категории: Т (опухоль) — указывает на размер опухоли и в соответствии с критериями, принятыми для различных опухолей, может иметь значение от 1 до 4; Н (узел) — отражает состояние регионарных лимфатических узлов, может иметь значение от 1 до 3; М (метастаз) — говорит о наличии или отсутствии отдалённых метастазов, может иметь значения М1 или М0 соответственно.		
39.	Рубцовая стриктура пищевода — это сужение просвета пищеводной трубки, вызванное разрастанием соединительной ткани в её стенке. Этиология: развивается на фоне эзофагита, пептических язв, химических ожогов пищевода, ятрогенных причин. Патогенез: механизм развития различается в зависимости от причины, но основное патологическое изменение заключается в повреждении слизистой оболочки. Со временем это приводит к хроническому воспалению в стенке пищевода с последующим её рубцеванием и сужением просвета. Клиника: рубцовые стриктуры пищевода сопровождаются болевым синдромом, синдромом дисфагии, отрыжкой, потерей массы тела. Болевые ощущения, как правило, обусловлены эзофагитом, могут локализоваться в горле, за грудиной, в эпигастральной области. Наиболее ярким и типичным симптомом пищеводных стриктур является дисфагия. Диагностика: основными методами диагностики стриктур служат эзофагоскопия и рентгенография пищевода. Эзофагоскопия обнаруживает рубцовые изменения слизистой в виде белёсых тяжей, супрастенотическое расширение пищевода. Рентгеновская диагностика с водорастворимым контрастом или бариевой взвесью помогает изучить контуры и рельеф пищевода, обнаружить дефекты заполнения, оценить перистальтику органа. Лечение: сужение пищевода, препятствующее нормальному продвижению пищи, требует хирургического лечения.	Рубцовые стриктуры пищевода: этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.	ПК-5, ПК-9

40.	Ущемлённая грыжа — острое хирургическое состояние, требующее неотложного вмешательства. Виды ущемления грыж: Эластическое ущемление. Возникает при резком выходе органов в грыжевой мешок, что вызывает спазм мышц в области грыжевых ворот, нарушение оттока и притока крови. Каловое ущемление. Сдавление происходит из-за переполнения петель кишечника внутри грыжи каловыми массами и газами. Постепенно петли кишки растягиваются и нарушается работа кишечника. Пристеночное ущемление (грыжа Рихтера). Ущемляется не целая петля кишки, а лишь край её стенки. Пройодимость кишечника при этом не нарушается, но сдавление может привести к омертвлению тканей или перитониту. Ретроградное ущемление (грыжа Майдля). Происходит «обратное» ущемление нескольких петель тонкой кишки в виде буквы W. Сильнее всего при этом страдают петли кишечника, расположенные в брюшной полости. Клиника ущемлённой грыжи: внезапное начало во время повышения внутрибрюшного давления; неправимость ранее вправимой грыжи; внезапная резкая, постепенно усиливающаяся, иногда приступообразная боль в животе; тошнота, икота, мучительная многократная рвота; задержка стула и газов; общее тяжёлое, часто коллаптоидное состояние больного; напряжение, резкая болезненность грыжевого выпячивания; отрицательный симптом кашлевого толчка. Принципы оперативного лечения ущемлённой грыжи: Обнажить грыжевое выпячивание, удалить грыжевую воду, удержать ущемившиеся образования. Рассечь грыжевые ворота, вывести ущемлённый орган наружу и	Ущемленные грыжи, виды ущемления, клиника и принципы оперативного лечения.	ПК-5, ПК-9
-----	--	--	------------

	оценить его жизнеспособность. Хирург может погрузить ущемившийся орган в брюшную полость, если признает его жизнеспособным, или предпринять резекцию его омертвевшей части в пределах явно жизнеспособных тканей.		
41.	Этиология: причиной химического ожога является случайный или преднамеренный приём через рот химических агентов прижигающего действия. Клиника: Местные симптомы: ожоговые потёки на губах, гиперемия, отёк, изъязвление слизистых с налётами фибрина, осиплость голоса, удушье, одинофагия, дисфагия, рвота, гиперсаливация, жажда. Общие симптомы: экзотоксический шок, коллапс, интоксикация, нарушения водно-электролитного баланса и кислотно-щёлочного состояния, гипертермия, почечно-печёночная недостаточность. Диагностика: диагноз ожога пищевода обычно устанавливается ещё до проведения дополнительных исследований, на основании анамнеза заболевания. Консультация гастроэнтеролога и хирурга нужны для выяснения механизма получения ожога, типа (кислота или щёлочь), количества и концентрации химического агента. После стабилизации общего состояния возможно проведение рентгенографии пищевода. Принципы лечения: Первая помощь: до приезда врачей необходимо обильно промыть ротовую полость водой, чтобы смыть остатки обжигающего вещества со стенок пищевода. Лечение общих расстройств: Рациональное обезболивание: проводится для уменьшения боли и тонуса желудочно-кишечного тракта. Антибактериальная терапия: для профилактики инфекционных осложнений (например, пневмонии и развития патогенной флоры на месте ожога). Введение питательных растворов через вену: такое лечебное	Химические ожоги пищевода: этиология, клиника, диагностика, принципы лечения.	ПК-5, ПК-9

	питание позволяет скорректировать расстройства белкового и энергетического обмена при критических состояниях. Местное лечение ожоговых повреждений: Промывание пищевода и желудка в сроки до 3 часов после травмы, что ограничивает глубину ожога и его распространённость. Местная эндоскопическая лазеротерапия: обеспечивает быструю регрессию воспалительно-деструктивных явлений, ускорение созревания грануляционной ткани и полноценную эпителизацию.		
42.	Этиология мастита: Инфекции. Пусковым механизмом мастита у кормящей матери является жизнедеятельность условно-патогенных бактерий, в норме колонизирующих поверхность кожи (в 98% при исследовании высевается золотистый стафилококк). Застой молока (лактостаз). Нарушение оттока молока формирует благоприятную среду для развития бактерий. Неправильное кормление. Развитию лактостаза могут способствовать задержки или пропуски кормления, неправильное прикладывание ребёнка к груди, прикладывание только к одной груди, травмы молочной железы и другие факторы. 2 Анатомические нарушения и системные факторы. Мастит может развиваться из-за анатомических дефектов сосков, рубцов и мастопатии. Также болезнь может проявиться под влиянием системных факторов, нарушающих нормальный отток молока из молочных желёз: токсикоза, преждевременных родов и послеродовых осложнений. Классификация мастита: По характеру течения: острый (проявляется резким появлением симптомов, таких как боль, покраснение и отёк молочной железы) и хронический (симптомы менее выражены и заболевание может развиваться медленно). По расположению и глубине воздействия: поверхностный (подкожное или субареолярное воспаление) и глубокий	Этиология, классификация, клиника мастита.	ПК-5, ПК-9

	(интрамаммарное и ретромаммарное). По степени воздействия на молочную железу: локальный (воспаление охватывает конкретную зону) и распределённый (воспаление охватывает всю молочную железу). По времени возникновения: лактационный (появляется во время кормления грудью) и нелактационный (возникает вне периода кормления). Клиника мастита: болевые ощущения; образование уплотнения; дискомфорт иного характера; покраснение; повышение местной температуры; симптомы общей интоксикации организма.		
43.	Этиология: рожу вызывает бета-гемолитический стрептококк группы А, который проникает в организм через повреждённую кожу (ссадины, царапины, раны) или слизистые оболочки. Также возбудитель может попасть в кожу из очагов стрептококковой инфекции в организме (например, тонзиллит, кариозные зубы) с током крови или лимфы. Классификация: По характеру местных поражений: эритематозная, эритематозно-буллёзная, эритематозно-геморрагическая, буллёзно-геморрагическая. По степени интоксикации (тяжести течения): лёгкая, средней тяжести, тяжёлая. По кратности течения: первичная, повторная, рецидивирующая (часто и редко, рано и поздно). По распространённости местных проявлений: локализованная, распространённая, блуждающая (ползучая, мигрирующая), метастатическая. Клиника: заболевание начинается остро с появления озноба, общей слабости, головной боли, мышечных болей, в ряде случаев — тошноты и рвоты, учащения сердцебиения, а также повышения	Этиология, классификация, клиника, диагностика и лечение рожи	ПК-5, ПК-9

	температуры тела до 39–40 °С. Через 12–24 часа с момента заболевания присоединяются местные проявления — боль, покраснение, отёк, жжение и чувство напряжения поражённого участка кожи. Диагностика: диагностика рожи осуществляется на основании симптомов, анамнеза и результатов осмотра. Как правило, не требуется каких-либо специальных методов подтверждения диагноза, врач устанавливает его уже при осмотре (характерный внешний вид). Для дифференциации рожистого воспаления от других кожных заболеваний может потребоваться консультация дерматолога. Лечение: лёгкие формы рожистого воспаления лечат в амбулаторных условиях. В тяжёлых случаях, при развитии гнойно-некротических осложнений, частых рецидивов, в старческом и раннем детском возрасте показано помещение больного в стационар. Медикаментозное лечение может включать в себя антибактериальную терапию, нестероидные противовоспалительные препараты, десенсибилизирующую терапию.		
44.	Этиология геморрагического шока включает травмы, внутренние кровотечения при повреждении целостности органов и сосудистых стенок. Реже причиной выступают тупые травмы живота, которые сопровождаются разрывом селезёнки, печени или других органов. Также к факторам риска относят заболевания ЖКТ (например, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки, рефлюкс-эзофагит, синдром Маллори-Вейсса) и органов дыхания (опухоли бронхов и лёгких в запущенной стадии, нелеченый лёгочный туберкулёз). Клиника геморрагического шока проявляется бледностью кожи и холодным потом, нарушениями сердечной деятельности, прогрессирующим угнетением сознания вплоть до комы. Также к симптомам относят слабость, головокружение, тошноту, сухость во рту, потемнение в глазах. При увеличении объёма кровопотери нарастают симптомы дыхательной недостаточности: одышка, нарушение ритма дыхания, возбуждение, периферийный цианоз.	Этиология, клиника и лечение геморрагического шока	ПК-5, ПК-9

	Лечение геморрагического шока включает: Быструю и надёжную остановку кровотечения. Выбор метода зависит от причины. Пополнение объёма циркулирующей крови (ОЦК) и поддержание макро- и микроциркуляции с использованием управляемой гемодилюции, гемотрансфузии, реокорректоров, глюкокортикоидов и других препаратов. Искусственную вентиляцию лёгких в режиме умеренной гипервентиляции с положительным давлением в конце выдоха (профилактика «шоковых лёгких»). Лечение синдрома десеминированного внутрисосудистого свёртывания, нарушений кислотно-основного состояния, белкового и водно-электролитного обмена, коррекция метаболического ацидоза. Обезболивание, лечебный наркоз, антигипоксическую защиту мозга. Поддержание адекватного диуреза на уровне 50–60 мл/час. Поддержание деятельности сердца, печени.		
45.	Этиология ущемлённой грыжи связана с резким повышением внутрибрюшного давления, например, при подъёме тяжестей, кашле, дефекации. Также предрасполагающими факторами могут быть синдром слабости соединительной ткани, повреждение нервов, иннервирующих брюшную стенку, наличие послеоперационных рубцов. Клиника ущемлённой грыжи включает: внезапное начало при впервые появившейся или уже имевшейся грыже; неправимость ранее вправимой грыжи; внезапную резкую, постепенно усиливающуюся, иногда приступообразную боль в животе; тошноту, икоту, мучительную многократную рвоту; задержку стула и газов; общее тяжёлое, часто коллаптоидное состояние больного; напряжение, резкую болезненность грыжевого выпячивания;	Этиология, клиника и принципы оперативного лечения ущемленных грыж.	ПК-5, ПК-9

	отрицательный симптом кашлевого толчка. Принципы оперативного лечения ущемлённой грыжи включают: Экстренное оперативное вмешательство. При операции необходимо обнажить грыжевое выпячивание, удалить грыжевую воду, удержать ущемившиеся образования, рассечь грыжевые ворота, вывести ущемлённый орган наружу и оценить его жизнеспособность. 4 Определение объёма операции. Хирург может погрузить ущемившийся орган в брюшную полость, если признает его жизнеспособным, или предпринять резекцию его омертвевшей части в пределах явно жизнеспособных тканей. Удаление некротизированных ущемлённых участков. Все некротизированные ущемлённые участки удаляют, грыжевые ворота закрываются для предупреждения рецидива. При сопутствующем перитоните или большом размере грыжи, которая развивалась годами, пластику переносят на время плановой операции, а брюшную стенку зашивают лишь частично.		
46.	Этиология абсцесса: к развитию абсцесса приводит попадание в организм гноеродных микробов — бактерий, способных вызывать гнойное воспаление. Основным возбудителем является стафилококк, стрептококк, кишечная палочка, протей или их сочетание. Гноеродные микробы проникают через повреждённую кожу или слизистые оболочки, а также по кровеносным и лимфатическим сосудам из другого очага. 2 Клиника абсцесса: поражённый участок кажется довольно тёплым, красным и опухшим. Кожа над центром абсцесса может быть тонкой и выглядеть жёлтой или белой, потому что под поверхностью кожи находится гной. Обычно при надавливании или прикосновении чувствуется боль. В случае абсцессов внутри тела в качестве первых симптомов часто возникает температура. Диагностика: диагноз кожных и подкожных абсцессов проводится при физикальном осмотре. Диагноз глубоких абсцессов часто требует томографии. К неинвазивным инструментальным методам можно	Этиология, клиника, диагностика и лечение абсцесса и флегмоны.	ПК-5, ПК-9

	отнести ультразвуковое и рентгенологическое исследование. В более сложных случаях (при подозрении на формирование гнойных затёков, метастатических абсцессов) может применяться компьютерная томография. Инвазивным методом обследования является пункция очага, чтобы получить отделяемое для дальнейшего исследования. Лечение абсцесса: как правило, хирургическое. Хирургическую обработку гнойного очага делят на радикальную (при которой сразу удаляют все нежизнеспособные ткани) и паллиативную (когда нет возможности выполнить одномоментное вмешательство). Лечение флегмоны: при установлении диагноза больной госпитализируется в отделение гнойной хирургии. При флегмоне проводится вскрытие очага воспаления, удаление гноя и омертвевших тканей. После удаления флегмоны устанавливаются дренажи для очищения и промывания послеоперационной раны.		
47.	Этиология рака молочной железы (РМЖ) не имеет единого фактора развития. Причины, которые вызывают болезнь и способствуют её развитию, разделяют на эндогенные (внутренние) и экзогенные (внешние). К первым относят любые нарушения в работе репродуктивной системы, гормонально-метаболические изменения в женском организме, наследственный фактор. К экзогенным неблагоприятным факторам относят канцерогены химического (сигареты, алкогольные напитки), биологического (вирусы, бактерии) и физического происхождения (в первую очередь ионизирующая радиация). Клиника РМЖ включает в себя периодический или постоянный дискомфорт, неприятные ощущения в грудных железах, выделения из сосков (кровянистые, зелёные или чёрные), отёчность железы целиком или её части, деформацию груди, асимметрию молочных желёз и сосков, втянутую, напоминающую апельсиновую корку, кожу в области груди, боли в области соска, всей железы. Диагностика РМЖ состоит из двух этапов — первичного обследования и уточняющих процедур. Первый этап направлен на	Этиология, клиника, диагностика и лечение рака молочной железы	ПК-5, ПК-9

	выявление опухоли в груди без уточнения её распространённости и типа строения, а также без поиска метастазов. Для этого чаще всего используют ультразвуковое и рентгенологическое исследование молочных желёз, общеклинические анализы крови. Второй диагностический этап включает исследование крови на онкомаркеры, высокотехнологичные методы визуализации опухоли (МРТ, ПЭТ-КТ) и биопсию с гистологическим подтверждением диагноза. Лечение РМЖ, как правило, использует комплекс различных методов. Их комбинация подбирается индивидуально. К основным методам терапии относятся хирургическое удаление опухоли, химио- и лучевая терапия, гормональная терапия, иммунотерапия, таргетная терапия. Зачастую проводится комбинированное лечение, сочетающее два и более метода.		
48.	Этиология: возбудителем столбняка является анаэробная спорообразующая грамположительная бактерия <i>Clostridium tetani</i>, отличающаяся высокой устойчивостью к воздействию окружающей среды. В виде спор бактерия обнаруживается в воде, почве, на любых предметах, где сохраняет жизнеспособность в течение многих лет. Клиника: первым признаком столбняка является боль тупого, тянущего характера в месте попадания в организм возбудителя, даже если рана полностью зажила. Затем развиваются характерные симптомы столбняка: тризм (судорожное сокращение и напряжение жевательной мускулатуры, затрудняющее отрывание рта), дисфагия (затруднение глотания), ригидность затылочных мышц, «сардоническая улыбка» (специфическое напряжение мимической мускулатуры: наморщенный лоб, суженные глазные щели, губы растянуты, уголки рта опущены). Профилактика: единственным эффективным способом профилактики столбняка является специфическая профилактика, неспецифическая профилактика заключается в своевременной и эффективной обработке ран и их правильном лечении. В России согласно национальному календарю профилактических прививок против столбняка в плановом	Этиология, клиника, профилактика и лечение столбняка.	ПК-5, ПК-9

	порядке прививаются и дети, и взрослые. Иммунизация начинается с младенческого возраста и продолжается на протяжении всей жизни с определённой периодичностью (для взрослых — каждые 10 лет). Лечение: больной подлежит немедленной госпитализации в специализированный стационар. Лечение включает в себя: - борьбу с возбудителем в первичном очаге инфекции (вскрытие, санация и аэрация раны); - нейтрализацию столбнячного токсина путём введения противостолбнячной сыворотки; - противосудорожное лечение (тотальная миорелаксация); - поддержание жизненно важных функций организма (искусственная вентиляция лёгких, контроль сердечной деятельности); - профилактику и лечение осложнений (борьба с сопутствующими инфекциями, тромбозом), - профилактика механических повреждений при судорогах; - полноценное питание и уход		
49.	Этиология нагноительных заболеваний плевры разнообразна. Воспаление плевры может возникать в результате перехода гнойного процесса с прилежащих органов и тканей (лёгких, средостения, забрюшинного и поддиафрагмального пространства) или прорыва гнойного абсцесса, нагноившейся кисты, эхинококка. По лимфатическим путям инфицирование плевры происходит при гнойном аппендиците, холецистите, панкреатите, перитоните и т. д.. Встречаются гематогенные гнойные плевриты при сепсисе и гнойных процессах различной локализации (абсцессы, флегмоны, остеомиелиты, синуситы и т.д.). Патогенез нагноительных заболеваний плевры заключается в том, что гноеродная бактериальная флора, попавшая в ткани плевры, а затем в плевральную полость, вызывает ответную воспалительную реакцию. Токсины бактерий производят своё раздражающее действие и вызывают гибель клеточных элементов плевры и кровяного эндотелия. В результате этих изменений всасывание экссудата	Этиология, патогенез, диагностика и лечение нагноительных заболеваний плевры.	ПК-5, ПК-9

	затрудняется, и полость плевры заполняется первоначально серозным, серозно-фибринозным, а затем гнойным выпотом. Диагностика нагноительных заболеваний плевры включает осмотр пациента, рентгенологические данные, УЗИ плевральной полости, результаты торакоцентеза, лабораторное исследование экссудата, анализ периферической крови. Лечение направлено на нормализацию нарушенных функций организма, санацию первичного гнойного очага, удаление гнойного экссудата, санацию стенки мешка эмпиемы, расправление лёгкого и облитерацию плевральной полости с минимальными остаточными изменениями. При острой эмпиеме плевры лечение включает дренирование и санацию плевральной полости, массивную антибиотикотерапию, дезинтоксикационную терапию. При хронической эмпиеме может выполняться торакостомия, торакопластика, плеврэктомия с декортикацией лёгкого.		
50.	Этиология хронического аппендицита связана с недостаточно излеченной или оставшейся без лечения острой формой заболевания. Патогенез заключается в том, что после стихания острых проявлений в слепой кишке сохраняются условия для поддержания воспалительного процесса: спайки, кисты, перегибы аппендикса, гиперплазия лимфоидной ткани, затрудняющие его опорожнение. Нарушение кровообращения в поражённом слепом отростке способствует снижению местного иммунитета слизистой оболочки и активации патогенной микрофлоры. Классификация хронического аппендицита включает три формы: Резидуальная (остаточная). Характеризуется наличием в анамнезе больного одного острого приступа, который закончился выздоровлением без оперативного вмешательства. Хроническая рецидивирующая форма. Отмечаются повторные приступы острого аппендицита с минимальными клиническими проявлениями в стадии ремиссии.	Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение хронического аппендицита.	ПК-5, ПК-9

	Первично-хронический (бесприступный). Аппендицит развивается постепенно, без предшествовавшего ему острого приступа. Клиника хронического аппендицита характеризуется ощущением дискомфорта и тяжести, тупыми ноющими болями в правой подвздошной области, постоянными или возникающими эпизодически, после физической нагрузки и погрешностей в диете. У некоторых пациентов наблюдаются тошнота, расстройства стула (понос или запор), повышение температуры тела. Диагностика хронического аппендицита основана на исключении иных возможных причин симптоматики и может включать изучение анамнеза, проведение обзорной рентгенографии, ирригоскопии, колоноскопии, УЗИ и других исследований органов брюшной полости. Лечение хронического аппендицита при невыраженных проявлениях — консервативное, при стойком болевом синдроме показана аппендэктомия. В послеоперационном периоде обязательно проводится антибиотикотерапия.		
51.	Этиология: основной причиной развития травматического шока является любая тяжёлая травма. В результате различных ранений, неудачного падения с высоких объектов, природных катастроф, несчастных случаев человек получает серьёзные повреждения, провоцирующие развитие шока. Патогенез: быстрая и массивная кровопотеря приводят к резкому уменьшению объёма циркулирующей крови в организме пострадавшего. В результате у пострадавшего быстро и сильно падает артериальное давление, ухудшается снабжение тканей кислородом и питательными веществами, развивается тканевая гипоксия. Классификация: выделяют 4 степени тяжести травматического шока: I степень: систолическое давление понижается до 90 мм рт. ст.; II степень: до 70 мм рт. ст.; III степень: до 50 мм рт. ст.; IV степень: менее 50 мм рт. ст.. При падении систолического	Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение травматического шока.	ПК-5, ПК-9

	давления ниже 50 мм рт. ст. начинается процесс умирания организма (терминальное состояние). Клиника: в эректильной фазе пациент возбуждён, жалуется на боль, может кричать или стонать. Он тревожен и испуган. Нередко наблюдается агрессия, сопротивление обследованию и лечению. С наступлением торпидной фазы травматического шока пациент становится апатичным, вялым, сонливым и депрессивным. Диагностика: травматический шок диагностируют при выявлении соответствующей симптоматики, наличии свежей травмы или другой возможной причины возникновения данной патологии. Для оценки состояния пострадавшего производят периодические измерения пульса и артериального давления, назначают лабораторные исследования. Лечение: на этапе первой помощи необходимо провести временную остановку кровотечения (жгут, тугая повязка), восстановить проходимость дыхательных путей, выполнить обезболивание и иммобилизацию, а также предупредить переохлаждение. Перемещать больного следует очень осторожно, чтобы не допустить повторной травматизации. В стационаре на начальном этапе реаниматологи-анестезиологи осуществляют переливание солевых (лактасол, раствор Рингера) и коллоидных (реополиглюкин, полиглюкин, желатиноль и т. д.) растворов.		
52.	Этиология: основной причиной язвенных кровотечений считается обострение язвенной болезни с прогрессированием некробиотического процесса в области язвы и распространением его на окружающие ткани. Патогенез: в основе патогенеза лежит нарушение равновесия между факторами агрессии и факторами защиты. Ослабление факторов защиты: снижение регенераторной активности эпителиальных клеток, уменьшение секреции бикарбонатов, снижение выработки и нарушения качественного состава желудочной слизи, ухудшение кровоснабжения слизистой оболочки желудка. Усиление факторов	Этиология, патогенез, классификация, диагностика и лечение язвенных желудочно-кишечных кровотечений.	ПК-5, ПК-9

	агрессии: гиперпродукция гастрина, соляной кислоты на фоне нарушения нервной и гуморальной регуляции, увеличение количества обкладочных клеток, гиперпродукция пепсиногена и пепсина, дискоординация гастродуоденальной моторики (задержка или ускорение эвакуации). Классификация: язвенные желудочно-кишечные кровотечения могут быть острыми и хроническими. Острая геморрагия обычно обильная, быстро приводит к ухудшению состояния больного, требует немедленного начала интенсивной терапии. Хроническое кровотечение необильное, вызывает постепенную анемизацию, может никак не проявляться, кроме умеренной слабости и утомляемости. Диагностика: в первую очередь назначаются клинические анализы: развернутое исследование крови с определением уровня Hb и тромбоцитов, анализ кала на скрытую кровь, коагулограмма. Основным методом диагностики является гастроскопия — эндоскопическое исследование слизистой желудка. Лечение: при незначительных кровотечениях — консервативное (гемостатики, переливание свежезамороженной плазмы и т. д.). При возникновении острой обильной геморрагии требуется обязательная госпитализация в стационар с использованием хирургического гемостаза. В случае язвенной болезни проводится прошивание кровоточащей язвы или резекция — удаление части желудка или двенадцатиперстной кишки.		
53.	Этиология послеоперационных грыж включает: Проведение операции в экстренном порядке. Нарушение техники проведения операции. Несоблюдение пациентом рекомендаций врача в реабилитационный период. Патогенез послеоперационных грыж связан с дисбалансом между давлением в брюшной полости и возможностью мышечно-апоневротического каркаса выдерживать это давление. Если рубец не выдерживает давления, появляется дефект, который нарушает мышечно-апоневротическую функцию брюшной	Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение и профилактика послеоперационных грыж.	ПК-5, ПК-9

	стенки. Классификация: По анатомотопографическому делению. Различают медиальные (срединные, верхние срединные и нижние срединные) и латеральные (верхние боковые, нижние боковые — лево- и правосторонние). По величине послеоперационного дефекта. Грыжи могут быть малыми (не изменяющими конфигурацию живота), средними (занимающими часть отдельной области брюшной стенки), обширными (занимающими отдельную область брюшной стенки), гигантскими (занимающими 2–3 и более областей). По вправимости. Грыжи делятся на вправимые и невправимые, одно- и многокамерные. Клиника послеоперационных грыж включает появление выпячивания по линии послеоперационного рубца и по его сторонам. На ранних стадиях грыжа вправимая и не доставляет болевых ощущений. Болезненность и увеличение опухолевидного выпячивания появляется при резких движениях, натуживании, подъеме тяжестей. В дальнейшем боль в животе становится постоянной, иногда приобретает схваткообразный характер. Среди других симптомов послеоперационной грыжи отмечаются вздутие кишечника, запоры, отрыжка, тошнота, снижение активности. Лечение послеоперационных грыж преимущественно хирургическое. Оперативное вмешательство позволяет полностью убрать грыжу и предотвратить развитие осложнений. Профилактика возникновения и рецидива послеоперационных грыж включает укрепление мышечной стенки и избегание факторов, повышающих внутрибрюшное давление. В послеоперационном периоде следует тщательно выполнять рекомендации врача.		
54.	Этиология: к развитию пупочной грыжи предрасполагают скопление лишней жидкости в брюшной полости, слабое пупочное кольцо и передняя брюшная стенка вследствие травм, лишнего веса, беременности, свежих швов, отсутствия нагрузки, атрофии мышц,	Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение пупочных грыж	ПК-5, ПК-9

	врождённых дефектов соединительной ткани. Также к причинам относят дефекты ткани передней брюшной стенки из-за чрезмерной физической активности, воздействия инфекций и токсинов на плод в ходе беременности, увеличение внутрибрюшного давления, вызванное сложными родами, запорами, натуживанием, кашлем и физической нагрузкой. Патогенез: когда повышается внутрибрюшное давление (например, при ожирении, беременности или подъёме тяжестей), рубцовые ткани в области пупка разрываются, и структуры брюшной полости начинают выходить под кожу через появившееся отверстие. Классификация: пупочные грыжи классифицируют по особенностям развития (врождённые, приобретённые), по месту выхода (прямые — выходящие через пупочное кольцо, косые — через щель между поперечной фасцией и белой линией живота и пупочное кольцо), по наличию осложнений (ущемлённые, неущемлённые). Клиника: грыжи различаются по симптоматике в зависимости от объёмов, размеров грыжевых ворот, наличия спаек и пр.. Обычно в области пупочного кольца возникает выпячивание при кашле, натуживании или стоя. В лежачем положении выпячивание исчезает. Рост пупочной грыжи сопровождается болями при чихании, кашле и физической активности. Лечение: пупочная грыжа лечится хирургически в плановом порядке. При противопоказаниях к хирургии (заболевания сердечно-сосудистой системы, беременность и др.) используется консервативная терапия. Основным методом лечения — хирургическая операция. При неосложнённых грыжах рассекают ткани над грыжевым выпячиванием, грыжевой мешок вскрывают, содержимое мешка вправляют в брюшную полость, прошивают и перевязывают шейку грыжевого мешка, мешок отсекают, укрепляют брюшную стенку в области грыжевых ворот путём пластики местными тканями.		
55.	Этиология диабетической стопы — хроническое повреждение нервов и сосудов нижних конечностей на фоне высокого уровня сахара крови	Этиология, патогенез, клиника и лечение диабетической стопы.	ПК-5, ПК-9

	в сочетании с инфекцией, в большинстве случаев бактериальной. Патогенез диабетической стопы включает следующую последовательность нарушений: Снижается выработка гормона инсулина. Увеличивается уровень глюкозы в крови — развивается гипергликемия. Блокируется кровоток в мелких сосудах, через сосудистую стенку перестаёт поступать кислород и другие микроэлементы. Разрушаются нервные волокна и рецепторы. Наступает микро- и макроишемия тканей стопы. Образуются трофические язвы. Клиника диабетической стопы включает онемение, зябкость, жжение, отёки в стопах и другие неприятные ощущения, выпадение волос на стопах и голенях, потливость стоп, изменение окраски кожи, утолщение, расслаивание, изменение формы и цвета ногтевых пластинок. Лечение диабетической стопы обычно бывает консервативным и хирургическим. Выбор терапевтической тактики зависит от результатов исследования и состояния пациента		
56.	Этиология и патогенез: Геморрой: причиной патологического увеличения геморроидальных узлов является острое или хроническое нарушение кровообращения в кавернозных образованиях. Наряду с нарушением кровообращения, в развитии геморроя значительную роль играют дистрофические изменения в связочном аппарате геморроидальных узлов. Трещина заднего прохода: причиной развития является травма слизистой оболочки анального канала, чаще всего вследствие прохождения твёрдых каловых масс (запоры), частого жидкого стула или других нарушений дефекации. Основной патогенетической причиной возникновения анальных трещин является спазм внутреннего сфинктера, возникающего в ответ на травму анодермы. Клиника:	Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение геморроя и трещин заднего прохода.	ПК-5, ПК-9

	Геморрой: больного беспокоит дискомфорт в области заднего прохода, зуд, слизистые или слизисто-геморрагические выделения. Возможны кровотечения в незначительных количествах из внутреннего компонента геморроидального комплекса. Трещина заднего прохода: основным клиническим проявлением является жгучая боль в области заднего прохода после дефекации. Некоторые пациенты отмечают боль во время дефекации и выделение крови из заднего прохода в виде помарок крови на стуле и туалетной бумаге. Диагностика: Геморрой: диагноз ставится на основании жалоб, анамнеза, осмотра области заднего прохода, пальцевого исследования прямой кишки, аноскопии. Трещина заднего прохода: диагноз ставится на основании жалоб, анамнеза, осмотра заднего прохода. Трещину можно определить во время пальцевого исследования прямой кишки, которое бывает болезненным. Окончательный диагноз ставится во время осмотра ануса на ректальном зеркале — аноскопии. Лечение: Геморрой: на ранних стадиях хронического геморроя применяются консервативная медикаментозная терапия и малоинвазивные вмешательства. Пациенты, страдающие хроническим геморроем III–IV стадий, особенно при выраженности наружного компонента, подлежат лечению хирургическим путём. Трещина заднего прохода: при наличии у пациента острой анальной трещины назначается консервативная терапия. Основным методом лечения хронической анальной трещины является хирургический. Операция заключается в иссечении трещины и устранении спазма анального жома.		
57.	Этиология трофических язв: хроническая венозная недостаточность (при варикозном расширении вен, посттромбофлебитической болезни), ухудшение артериального кровообращения (при	Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение трофических язв, гангрены.	ПК-5, ПК-9

	гипертонической болезни, сахарном диабете, атеросклерозе), нарушение оттока лимфы (лимфедема), травмы (отморожения, ожоги), хронические заболевания кожи (экзема и т. д.). Патогенез: нарушение венозного кровотока приводит к депонированию крови в нижних конечностях. Кровь застаивается, в ней накапливаются продукты жизнедеятельности клеток. Питание тканей ухудшается. Кожа уплотняется, спаивается с подкожной клетчаткой. Развиваются дерматиты, мокнущая или сухая экзема. Из-за ишемии ухудшается процесс заживления ран и царапин. Клиника: к первым симптомам трофической язвы можно отнести синюшность кожи, зуд и жжение, которые усиливаются со временем. Также для болезни характерен отёк мягких тканей, нарастающий к вечеру. Венозные трофические язвы сопровождаются отёком нижних конечностей (чаще голеней), изменением цвета и уплотнением кожи на них, появлением зуда, наличием варикозно расширенных вен. Диагностика: при появлении язвы нужно обратиться хирургу или флебологу. Врач проводит осмотр, назначает анализы и обследования, чтобы определить причину развития трофических язв. Набор исследований определяется индивидуально с учётом основной причины дефекта, возраста пациента, количества язв, их локализации и сопутствующих болезней. Лечение: лечение трофических язв включает в себя два компонента: устранение причины их образования, то есть лечение основного заболевания, и санацию инфекционного очага в зоне трофической язвы. Врачи используют консервативный подход с применением различных медикаментов или хирургические вмешательства — обработку язвенных дефектов или иссечение язв. Лечение гангрены: проводится исключительно в условиях стационара. Специалисты применяют местные и общие меры. Первыми процедурами являются восстановление кровообращения и питание клеток и тканей. Для того чтобы исключить спазмы сосудов, врачи назначают новокаиновую блокаду. Дополнительно проводятся		
--	---	--	--

	процедуры, направленные на улучшение работы сердца и борьбу с токсинами и бактериями. Для восстановления поражённых очагов внутривенно вводят растворы и кровезаменители. В исключительных случаях требуется переливание крови. На последних стадиях развития заболевания конечность ампутировать с целью сохранить жизнь больному. При газовой форме болезни применяют кислородную терапию. Для этого пациента располагают в камеру, наполненную кислородом. Он замедляет развитие бактерий и способствует быстрому заживлению открытых ран		
58.	Этиология механической желтухи включает: Врождённые аномалии развития (атрезия желчных путей, гипоплазия желчных ходов, дивертикулы двенадцатиперстной кишки, кисты общего желчного протока). Болезни воспалительной природы (острый холецистит со спайками, холангит, панкреатит, папиллит и прочие). Невоспалительные заболевания желчевыводящих путей (желчнокаменная болезнь, стеноз большого дуоденального сосочка, киста головки поджелудочной железы, сдавливающая общий желчный проток). Опухоли (рак печёчных и общего желчного протоков, большого дуоденального сосочка, головки поджелудочной железы, метастазы и лимфомы в воротах печени, папилломатоз желчных ходов). Паразитарные заболевания печени и желчных протоков (эхинококкоз или альвеококкоз в области ворот печени). Патогенез механической желтухи связан с нарушением нормального движения желчи. Из-за застоя в лимфатическую систему, а затем и кровь начинает выходить пигмент-билирубин. В результате в крови повышается содержание прямого билирубина, холестерина, возникает холемия, кожа и слизистые приобретают жёлтый цвет, окрашиваясь желчными пигментами. 2 Клиника механической желтухи включает: желтушный оттенок кожи и склер глаз;	Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифдиагностика и лечение механической желтухи.	ПК-5, ПК-9

	кожный зуд; боли в животе; обесцвеченный стул (кал становится светлым); тёмный цвет мочи; общая слабость, недомогание, возможно повышение температуры тела. Диагностика механической желтухи включает: Лабораторные исследования. Инструментальную диагностику. Дифференциальная диагностика направлена на то, чтобы отличить печёночную желтуху от механической и выявить конкретную причину и локализацию закупорки тока желчи. 1 Лечение механической желтухи направлено на устранение причины обструкции, восстановление оттока желчи и назначение симптоматического лечения.		
59.	Этиология: длительное течение язвенной болезни с многократными рецидивами желудочной и дуоденальных язв, врождённый стеноз, злокачественные новообразования желудка, рубцовая деформация в результате травм и оперативных вмешательств. Патогенез: повторяющийся воспалительный процесс при язве, особенно без лечения, приводит к отёку и спазму стенок желудка, появляются язвенно-рубцовые и рубцовые стриктуры — так формируется язвенно-рубцовый пилоростеноз. Клиника: в стадии компенсированного пилоростеноза отмечается незначительное сужение выходного отдела желудка, что сопровождается умеренным усилением его сократительной способности. К привычным симптомам язвенной болезни присоединяются чувство переполнения и тяжести в желудке, отрыжка кислотой, изжога, рвота съеденной пищей с примесью кислоты, приносящая больному облегчение. В стадию субкомпенсации состояние пациентов ухудшается, они отмечают быстрое исхудание и усиление выраженности симптомов. Появляются жалобы на сильные	Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение язвенных стенозов привратника.	ПК-5, ПК-9

	боли и чувство тяжести в эпигастрии, отрыжка тухлым, рвоту практически после каждого приёма еды. В стадию декомпенсации симптомы пилоростеноза выходят на первый план. Практически постоянно начинают беспокоить отрыжка тухлым, многократная обильная рвота пищей. Также характерна неустойчивость стула — запоры, сменяющиеся диареей. Диагностика: для постановки диагноза используются клинический и биохимический анализы крови, гастрография, ЭГДС, УЗИ, ЭКГ. Одним из наиболее информативных методов диагностики пилоростеноза является эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Дифференциальная диагностика: проводится дифференциальная диагностика язвенного пилородуоденального стеноза с опухолевым поражением выходного отдела желудка, опухолью головки поджелудочной железы с прорастанием в двенадцатиперстную кишку, которые вызывают нарушения эвакуации из желудка. Лечение: осуществляется в условиях стационара и включает консервативные и хирургические мероприятия.		
60.	Этиопатогенез пупочной грыжи: когда повышается внутрибрюшное давление (например, при ожирении, беременности или подъёме тяжестей), рубцовые ткани в области пупка разрываются, и структуры брюшной полости начинают выходить под кожу через появившееся отверстие. Грыжевые ворота под давлением внутренних органов постепенно расширяются. Клиника пупочной грыжи: главным проявлением является шарообразное или овальное выпячивание в зоне пупка. Вначале развития заболевания оно заметно только в момент напряжения (при натуживании, выполнении упражнений для укрепления пресса, поднятии тяжестей). Вне физических нагрузок образование небольшое или вовсе отсутствует. По мере прогрессирования патологии грыжа становится визуально заметной постоянно, но исчезает, когда больной ложится на спину и расслабляется. В дальнейшем выпячивание приходится убирать пальцами, даже в положении лёжа на спине.	Этиопатогенез пупочных грыж, клиника, дифдиагностика, основные методы оперативного лечения	ПК-5, ПК-9

	Дифференциальная диагностика пупочной грыжи проводится с липомой в области пупка и другими опухолями подкожной жировой клетчатки или мышц (саркомы, липосаркомы, ангиосаркомы). Диагноз ставит хирург с помощью УЗИ. Основные методы оперативного лечения пупочной грыжи: Открытая операция. Лапароскопическая операция.		
61.	Этиопатогенез острого аппендицита: основной причиной развития заболевания является нарушение пассажа содержимого из просвета червеобразного отростка. Оно может быть обусловлено копролитами, глистной инвазией, пищевыми массами, лимфоидной гипертрофией, новообразованиями. Секреция слизи в условиях обструкции приводит к повышению давления внутри просвета аппендикса. Содержимое червеобразного отростка, обсеменённое патогенной флорой, служит благоприятной средой для развития острого аппендицита. Классификация: Катаральный аппендицит (простой, поверхностный) — затрагивает только слизистую оболочку аппендикса. Флегмонозный аппендицит — затрагивает все слои, на серозной оболочке появляется белок фибрин. Гангренозный аппендицит — омертвление всех слоёв аппендикса. Перфоративный аппендицит — прорыв стенки аппендикса. Эмпиема червеобразного отростка — разновидность флегмонозного воспаления, при котором в результате рубцового процесса или закупорки каловым камнем в просвете отростка образуется замкнутая полость, заполненная гноем. Клиника: симптомы острого аппендицита появляются внезапно и стремительно прогрессируют. Основной симптом — боль. Сначала боль появляется в верхней части живота, а уже через несколько часов «спускается» в правый нижний бок, где и находится аппендикс. К симптомам аппендицита также относятся тошнота и рвота, запор или понос, лихорадка, сниженный аппетит, вздутие живота.	Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение острого аппендицита.	ПК-5, ПК-9

	Диагностика: при подозрении на аппендицит хирург проводит опрос, чтобы выяснить хронологию развития симптомов и факторы риска. Следующим этапом хирург выполняет тщательный физикальный осмотр с определением характерных для острого аппендицита симптомов. После физикального осмотра переходят к лабораторно-инструментальной диагностике. Лечение: операция по удалению аппендикса — основной метод лечения. Перед хирургическим вмешательством проводят внутривенную антибиотикотерапию.		
62.	Этиопатогенез паховой грыжи: при повышении внутрибрюшного давления (тяжёлая физическая нагрузка, кашель, запоры и другие факторы) растягиваются и деформируются мышечные и сухожильные волокна внутреннего кольца пахового канала. В это расширенное кольцо проникает брюшина — тонкая прочная оболочка, выстилающая брюшную полость изнутри. Постепенно она продвигается вниз по паховому каналу, образуя грыжевой мешок. Клиника паховой грыжи: Выпячивание в области паха — главный и наиболее заметный симптом. Выпячивание может иметь различные размеры и формы, может находиться ближе к центру живота или ближе к складке в паху. Боль — симптом, который не всегда возникает, он наблюдается менее чем у половины пациентов. Обычно он локализуется в самом узком месте грыжевого канала и свидетельствует об увеличении размеров грыжи и периодическом сдавливании её содержимого в этой области. Неприятное ощущение в паховой области. Этот симптом чаще возникает, чем боль, и имеет ту же природу, но проявляется в меньшей степени. Нарушение мочеиспускания (затруднение, болезненность, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря). Это происходит в случаях, когда часть мочевого пузыря является содержимым грыжи, например, при скользящей паховой грыже. Нарушение работы кишечника. Если часть тонкой или толстой	Этиопатогенез, клиника, диагностика, основные способы оперативного лечения паховых грыж	ПК-5, ПК-9

	кишки находится внутри грыжи, это может привести к её деформации и нарушению прохождения содержимого, что проявляется запорами, вздутием живота, затруднением дефекации и отхождением газов, а также болями в разных частях живота. Диагностика паховой грыжи основывается на тщательном анализе жалоб пациента, оценке анамнеза заболевания и осмотре патологического участка. Хирург проводит пальпацию паховой области с пальцевым исследованием наружного пахового кольца, перкуссию грыжевого выпячивания. Основные способы оперативного лечения паховых грыж: Натяжная техника. Ненатяжная техника. Открытая операция. Эндоскопическая (лапароскопическая) операция.		
63.	Клиника послеоперационной грыжи живота включает наличие грыжевого выпячивания и боли в области грыжи. Выпячивание появляется при натуживании или вертикальном положении пациента и исчезает или уменьшается в горизонтальном положении без или после ручного вправления. Боль в области грыжевого выпячивания возникает при физической нагрузке, ходьбе, резких движениях. Нередко появляются тошнота, отрыжка, вздутие живота, запоры. Лечение послеоперационной грыжи в основном хирургическое. Оперативное вмешательство позволяет полностью убрать грыжу и предотвратить развитие осложнений. Консервативные методы применяются, когда операция пациенту противопоказана. В таких ситуациях назначается ношение ортопедического корсета, бандажа. Также специалисты принимают меры для нормализации функции ЖКТ, профилактики запоров. Ограничивается физическая нагрузка, проводится лечение сопутствующих заболеваний, провоцирующих кашель. Профилактика послеоперационных грыж включает укрепление мышечной стенки и избегание факторов, повышающих	Клиника, лечение и профилактика послеоперационных грыж живота.	ПК-5, ПК-9

	внутрибрюшное давление.		
64.	Клиника пупочной грыжи: появление в области пупочного кольца небольшого шаровидного выпячивания, которое увеличивается в вертикальном положении и уменьшается в горизонтальном. Выраженность симптомов зависит от размеров грыжи, величины грыжевых ворот, наличия спаек и других факторов. При узких грыжевых воротах выпадение грыжевого мешка сопровождается дискомфортом и абдоминальными болями, тошнотой, хроническими запорами. Лечение пупочной грыжи у взрослых и детей старше 5 лет осуществляется только хирургическими методами. Исключения составляют случаи, в которых операцию нельзя провести из-за наличия у пациента противопоказаний. В таких ситуациях применяется консервативное лечение, включающее в себя: - ношение специального бандажа; - массаж живота; - лечебную гимнастику, направленную на тренировку мышц брюшного пресса и стягивание пупочного кольца (при отсутствии противопоказаний). Профилактика пупочной грыжи: Укрепление мышц брюшного пресса. Поддержка здорового веса. Не поднимать предметы тяжелее 5 кг.	Клиника, лечение и профилактика пупочных грыж	ПК-5, ПК-9

2. Описание шкалы оценивания

В рамках рейтинговой системы успеваемость студентов по каждой дисциплине оценивается в ходе текущего контроля и промежуточной аттестации. Рейтинговая система оценки знаний студентов основана на использовании совокупности контрольных мероприятий по проверке пройденного материала (контрольных точек), оптимально расположенных на всем временном интервале изучения дисциплины. Принципы рейтинговой системы оценки знаний студентов основываются на требованиях, описанных в Положении об организации образовательного процесса на основе рейтинговой системы оценки знаний студентов в ФГАОУ ВО «СКФУ».

3. Критерии оценивания компетенций

Оценка «отлично» выставляется студенту, если теоретическое содержание курса освоено полностью, без пробелов, необходимые практические компетенции сформированы; исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно излагает материал курса, умеет увязывать теорию с практикой, свободно справляется с практическими задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе дополнительный материал; все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному.

Оценка «хорошо» выставляется студенту, если теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические компетенции в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество их выполнения достаточно высокое. Студент твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при выполнении практических задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если теоретическое содержание курса освоено частично, но пробелы не носят существенного характера, необходимые практические компетенции в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных задач выполнено, но в них имеются ошибки, при ответе на поставленный вопрос студент допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, наблюдаются нарушения логической последовательности в изложении программного материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если он не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические задачи, необходимые практические компетенции не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к минимальному.