



## АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

### рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой	<b>Госпитальной хирургии</b>	
Учебный план	2.1.8.3. Абдоминальная хирургия	
Квалификация	<b>Исследователь. Преподаватель-исследователь</b>	
Форма обучения	<b>очная</b>	
Общая трудоемкость	<b>3 ЗЕТ</b>	
Часов по учебному плану	108	Виды контроля в семестрах: зачеты с оценкой 3
в том числе:		
аудиторные занятия	20	
самостоятельная работа	87,8	

#### Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>. <Семестр на курсе>)	3 (2.1)		Итого	
	Неделя			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Лекции	10	10	10	10
Практические	10	10	10	10
Контактная работа в период теоретического обучения	0,2	0,2	0,2	0,2
В том числе в форме практ. подготовки	2	2	2	2
Итого ауд.	20	20	20	20
Контактная работа	20,2	20,2	20,2	20,2
Сам. работа	87,8	87,8	87,8	87,8
Итого	108	108	108	108

Программу составил(и):

д.м.н. , *заведующий кафедрой госпитальной хирургии, профессор* , Бебезов Бахадыр Хакимович



Рецензент(ы):

д.м.н., *профессор кафедры общей и факультетской хирургии, Мадаминов Абдуматалит Моминович*



Рабочая программа дисциплины

разработана в соответствии с ФГТ

**АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ**

составлена на основании учебного плана:

Для всех направлений аспирантуры КРСУ

утвержденного учёным советом вуза от 28.06.2022 протокол № 11.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

**Госпитальной хирургии**

Протокол от 20 мая 2022 г № 8

Срок действия программы: 2022-2028 уч.г.

Зав. кафедрой, д.м.н., проф. Бебезов Бахадыр Хакимович



<b>1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ</b>	
1.1	Цель: Обучение аспирантов методам клинической и специальной диагностики хирургических заболеваний, изучение лечебной тактики при этих болезнях и умению оказать неотложную врачебную помощь.
1.2	Задачами освоения дисциплины являются:
1.3	изучение основных организационно-методических, диагностических и лечебных методов в хирургии;
1.4	формирование знаний и навыков по современным методам обследования и дифференциальной
1.5	совершенствование собственного опыта практических навыков работы, теоретических знаний в хирургии;
1.6	приобретение специальных знаний и умений по современным высоким технологиям в хирургии.

<b>2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП</b>	
Цикл (раздел) ООП:	2.1.8
<b>2.1 Требования к предварительной подготовке обучающегося:</b>	
2.1.1	Стационарная практика
2.1.2	Хирургическая гастроэнтерология
2.1.3	Абдоминальная хирургия
2.1.4	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (педагогическая)
2.1.5	Технологии научных исследований
<b>2.2 Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:</b>	
2.2.1	Оперативная хирургия и топографическая анатомия
2.2.2	Анестезиология и реаниматология
2.2.3	Нормальная и патологическая физиология
2.2.4	Доказательная медицина
2.2.5	Общественное здоровье и здравоохранение
2.2.6	Гастроэнтерология
2.2.7	Эндокринология
2.2.8	Гепатология
2.2.9	Челюстно-лицевая хирургия
2.2.10	Медицинская реабилитация в хирургии
2.2.11	Педагогика
2.2.12	Выездная (поликлиника)
2.2.13	Научно-исследовательская практика
2.2.14	Клиническая фармакология
2.2.15	Торакальная хирургия
2.2.16	Гнойная хирургия
2.2.17	Колопроктология
2.2.18	Абдоминальная хирургия

### **3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

**В результате освоения дисциплины обучающийся должен**

<b>3.1 Знать:</b>	
3.1.1	3.1.1 принципы врачебной деонтологии при проведении исследовательской работы;
3.1.2	3.1.2 клиническую анатомию и топографию органов грудной, брюшной полостей и малого таза;
3.1.3	3.1.3 физиологию внутренних органов, взаимосвязь функциональных систем организма и их регуляцию;
3.1.4	3.1.4 этиологию и механизм развития хирургических болезней;
3.1.5	3.1.5 клиническую симптоматику заболеваний внутренних органов, их диагностику, лечение, профилактику;
3.1.6	3.1.6 показания к хирургическому лечению больных;
3.1.7	3.1.7 вопросы диспансеризации хирургических больных;
3.1.8	3.1.8 экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности;

<b>3.2</b>	<b>Уметь:</b>
3.2.1	3.2.1 собрать жалобы, анамнез заболевания и жизни;
3.2.2	3.2.2 выяснить причины и факторы риска, приведшие к развитию, прогрессированию хирургического заболевания;
3.2.3	3.2.3 оценить тяжесть состояния больного, оказать необходимую скорую медицинскую помощь;
3.2.4	3.2.4 определить необходимость специальных методов исследования и оценить их результаты;
3.2.5	3.2.5 провести дифференциальную диагностику заболеваний, обосновать диагноз и назначить лечение;
3.2.6	3.2.6 уметь проводить диспансеризацию населения, санитарно-просветительную работу;
3.2.7	3.2.7 оформить необходимую медицинскую документацию, составить отчет о своей работе;
3.2.8	3.2.8 освоить следующие виды деятельности: освоить методы исследования, используемые для реализации
3.2.9	3.2.9 уметь организовать исследовательский процесс, как при наборе материала, так и его обработке;
3.2.10	3.2.10 своевременно публиковать результаты своей НИР в рецензируемых журналах, внедрять результаты своей работы на ежегодных конференциях, в процессе производственной работы.
<b>3.3</b>	<b>Владеть:</b>
3.3.1	3.3.1 навыками проведения осмотра больного, в том числе, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии;
3.3.2	3.3.2 постановки предварительного диагноза основного и сопутствующего заболевания, их осложнений, правильной формулировки клинического диагноза;
3.3.3	3.3.3 оценки тяжести состояния больного, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии;
3.3.4	3.3.4 оказать экстренную и неотложную медицинскую помощь пациентам, в том числе по тематике диссертационной работы; при острых состояниях в хирургии;
3.3.5	3.3.5 составлять индивидуальный план обследования и лечения;
3.3.6	3.3.6 выполнять различные медицинские манипуляции, как при проведении исследовательской работы, так и в процессе производственной практической деятельности;

#### 4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте. пакт.	Пр. подг.	Примечание
	<b>Раздел 1.</b>							
1.1	/КрТО/	3	0,2					
	<b>Раздел 2. Ургентная хирургия</b>							
2.1	Острый живот в хирургии /Лек/	3	1		Л1.1 Л1.2Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1			
2.2	Острый живот в хирургии /Пр/	3	1		Л1.1 Л1.2Л2.1 Л2.3Л3.1			
2.3	Апоплексия яичника /Ср/	3	10		Л1.1 Л1.2Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1			
2.4	Острая мезентериальная непроходимость /Ср/	3	10		Л1.1 Л1.2Л2.1 Л2.3Л3.5			
2.5	Острый аппендицит /Пр/	3	1		Л1.1 Л1.2Л2.1 Л2.3Л3.1			
2.6	Ущемленные грыжи /Ср/	3	12		Л1.1 Л1.2Л2.1 Л2.3Л3.1			
2.7	Острая кишечная непроходимость /Пр/	3	1		Л1.1 Л1.2Л2.1 Л2.3Л3.6			
2.8	Перфоративная язва желудка /Ср/	3	11		Л1.1 Л1.2Л2.3 Л2.5Л3.5			

2.9	Желудочно-кишечное кровотечение /Лек/	3	5		Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.3 Л2.5 Л2.6Л3.5			
2.10	Тактика при ЖКК /Пр/	3	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.3 Л2.5Л3.5		1	
2.11	Дифференциальная диагностика ЖКК /Ср/	3	17,8		Л1.1 Л1.4Л2.2 Л2.3Л3.6			
<b>Раздел 3. Плановая хирургия</b>								
3.1	Подготовка пациента к оперативным вмешательствам. /Лек/	3	1		Л1.1Л2.3 Л2.5Л3.2			
3.2	Желчнокаменная болезнь. /Пр/	3	1		Л1.1Л2.2 Л2.3Л3.4		1	
3.3	Хронический панкреатит /Ср/	3	1		Л1.1 Л1.3Л2.3 Л2.4Л3.3 Л3.4 Л3.8			
3.4	Первичные и вторичные опухоли печени /Пр/	3	1		Л1.1Л2.3Л3.2 Л3.3 Л3.6			
3.5	Механическая желтуха /Ср/	3	1		Л1.1Л2.3Л3.7 Л3.9			
3.6	Ведение больных в ранний и поздний послеоперационный период. /Лек/	3	1		Л1.1Л2.3 Л2.5Л3.4 Л3.6			
3.7	Осложнения язвенной болезни желудка /Пр/	3	1		Л1.1Л2.2 Л2.3Л3.2			
3.8	Наружные грыжи живота /Ср/	3	1		Л1.1Л2.3 Л2.6Л3.4 Л3.6			
3.9	Причины возникновения, патогенез наружных кишечных свищей. /Ср/	3	5		Л1.1Л2.2 Л2.3Л3.8 Л3.9			
<b>Раздел 4. Поликлиническая хирургия</b>								
4.1	Общие принципы амбулаторной хирургии. /Лек/	3	1		Л1.1Л2.3 Л2.5Л3.6			
4.2	Принципы лечебной тактики при различных формах острых и хронических заболеваний органов брюшной полости. /Пр/	3	1		Л1.1Л2.3 Л2.4Л3.1			
4.3	Хирургическая эндокринология. /Ср/	3	5		Л1.1 Л1.3Л2.3 Л2.5Л3.4 Л3.5 Л3.6 Л3.7 Л3.9			
4.4	Принципы ведения больных с гнойными заболеваниями кожи и мягких тканей. /Ср/	3	5		Л1.1 Л1.4Л2.3 Л2.4Л3.3			
4.5	Дифференциальная диагностика различных хирургических заболеваний на первичном уровне здравоохранения. /Лек/	3	1		Л1.1Л2.3 Л2.4Л3.8 Л3.9			
4.6	Хирургическое лечение заболеваний прямой кишки /Пр/	3	1		Л1.1Л2.3Л3.6			
4.7	Хирургическое лечение нагноительных заболеваний кожи и мягких тканей. /Ср/	3	4		Л1.1 Л1.4Л2.3 Л2.4Л3.5 Л3.6 Л3.8			

4.8	Ведение реабилитационного периода больных после хирургических операций на органах брюшной полости. /Ср/	3	5		Л1.1Л2.3 Л2.4Л3.7			
-----	---	---	---	--	----------------------	--	--	--

## 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### 5.1. Контрольные вопросы и задания

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.  
 Полипы желудка.  
 Рак желудка.  
 Язвы тонкой кишки (неспецифические язвы, специфические язвы).  
 Дивертикулы двенадцатиперстной и тонкой кишок.  
 Болезнь Крона.  
 Опухоли тонкой кишки.  
 Доброкачественные опухоли двенадцатиперстной кишки.  
 Опухоли и кисты брыжейки.  
 Острая кишечная непроходимость.  
 Острый аппендицит.  
 Хронический аппендицит.  
 Наружные кишечные свищи.  
 Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.  
 Непаразитарные кисты печени.  
 Паразитарные заболевания печени.  
 Абсцессы печени.  
 Желчнокаменная болезнь.  
 Механическая желтуха  
 Острый холецистит.  
 Хронический калькулезный холецистит.  
 Хронический бескаменный холецистит  
 Рак желчного пузыря и желчных протоков  
 Рак большого дуоденального сосочка  
 Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков.  
 Постхолецистэктомический синдром.  
 Билиодигестивные соустья при посттравматических стриктурах желчных протоков.  
 Хирургические заболевания селезенки  
 Злокачественные опухоли селезенки  
 Непаразитарные кисты селезенки.  
 Острый панкреатит  
 Хронический панкреатит.

### 5.2. Темы курсовых работ (проектов)

не предусмотрены

### 5.3. Фонд оценочных средств

1. [T017776] В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ  
 А) эластометрия  
 Б) ультразвуковое исследование В) рентгенография  
 Г) ирригоскопия
2. [T017777] ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ  
 А) печёночная недостаточность Б) кровохарканье  
 В) нарушение атриовентрикулярной проводимости Г) гипертонический криз
3. [T017778] НА НАЛИЧИЕ ХОЛЕСТАЗА УКАЗЫВАЮТ  
 А) повышение щелочной фосфатазы, билирубина, холестерина  
 Б) повышение аспарагиновой и аланиновой трансаминаз, глюкозы В) снижение протромбина, гемоглобина, фибриногена  
 Г) увеличение амилазы, общего белка, креатинина
4. [T017779] ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ  
 А) кожный зуд  
 Б) спленомегалия В) асцит  
 Г) гепатомегалия
5. [T017811] АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ОБУСЛОВЛЕНА  
 А) повышением секреции катехоламинов Б) повышением секреции ренина  
 В) избыточной секрецией минералокортикоидов Г) повышением образования ангиотензина
6. [T011672] НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕНЫ МАЛИГНИЗАЦИИ ПОЛИПЫ ЖЕЛУДКА  
 А) аденоматозные  
 Б) гиперпластические В) гиперплазиогенные Г) ювенильные
7. [T011673] ЧАСТОТА МАЛИГНИЗАЦИИ ПОЛИПОЗА ЖЕЛУДКА СОСТАВЛЯЕТ

- %
- А) 50  
Б) 60  
В) 25  
Г) 1
8. [T011674] ЧАСТОТА МАЛИГНИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА СОСТАВЛЯЕТ %
- А) 10  
Б) 15  
В) 20  
Г) 30
9. [T011686] НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ НАЛИЧИИ
- А) ворсинчатого полипа  
Б) запоров  
В) геморроя  
Г) болезни Крона
10. [T023233] ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНЫМ ДАТЧИКОМ СТЕНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В НОРМЕ ВЫГЛЯДИТ В ВИДЕ
- А) однослойной изоэхогенной структуры, формирующей контур желчного пузыря  
Б) однослойной криволинейной структуры, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев В) двуслойной линейной структуры, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев  
Г) двуслойной гипоэхогенной структуры, формирующей контур желчного пузыря
11. [T023281] НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ СИМПТОМОМ ПРИ ДИФFUЗНОМ ЭЗОФАГОСПАЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- А) боль за грудиной Б) одинофагия  
В) дисфагия  
Г) регургитация
12. [T024765] ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА КОНА ЯВЛЯЕТСЯ
- А) антагонист альдостерона Б) антагонист кальция  
В) антагонист рецепторов 1 типа к ангиотензину II Г) бета-адреноблокатор  
Г) 1000 мкг витамина В12 1 раз в полгода
13. [T024824] ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ХАРАКТЕРНО
- А) преобладание АЛТ над АСТ  
Б) преобладание АСТ над АЛТ  
В) изолированное повышение АЛТ  
Г) изолированное повышение АСТ
14. [T024833] ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН ПИЩЕВОДА
- А) с увеличением селезенки Б) с уменьшением селезенки  
В) с эхонеоднородностью селезенки  
Г) со снижением эхоплотности селезенки
15. [T024835] ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
- А) кальциатов в головке поджелудочной железы Б) повышенной активности эластазы в кале  
В) пониженной активности диастазы мочи Г) большого количества жира в кале
16. [T024838] ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ АКТИВНОСТЬ
- А) эластазы кала Б) липазы кала  
В) эластазы крови Г) липазы крови
17. [T024866] К ВНЕКИШЕЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ
- А) узловатую эритему Б) межкишечные свищи  
В) панкреатогенный сахарный диабет  
Г) генерализованный эрозивный псориаз
18. [T024871] ПРИ ГЕПАТОКАРЦИНОМЕ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ
- А) альфафетопротеина  
Б) прокальцитонина  
В) гамма-глобулина  
Г) бетафитостерина
19. [T025367] ФЕОХРОМОЦИТОМА ЯВЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЬЮ А) мозгового слоя надпочечников с гиперпродукцией катехоламинов  
Б) гипофиза с гиперсекрецией АКТГ  
В) коркового слоя надпочечников с гиперпродукцией альдостерона  
Г) коркового слоя надпочечников с гиперпродукцией кортизола
21. [T025368] ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ ГИПЕРТОНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
- А) аортальной недостаточности  
Б) аортального стеноза  
В) митральной недостаточности  
Г) митрального стеноза
22. [T025374] У ПАЦИЕНТКИ С АГ ПРИ РАЗНИЦЕ АД НА ЛЕВОЙ И ПРАВОЙ РУКАХ В 20 ММ РТ.СТ. В

**ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ**

А) болезнь Такаюсу

Б) болезнь Кушинга

В) атеросклеротическое поражение плечевой артерии Г) болезнь Аддисона

23. [T025622] ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА

А) тремор рук и век, потливость, снижение веса, сердцебиение

Б) утолщение пальцев рук, увеличение нижней челюсти, увеличение размера стопы

В) гиперемия лица, истончение кожи, отложение жира в области живота, багровые стрии

Г) сухость кожи, выпадение волос, снижение температуры тела

24. [T025639] В ДИАГНОСТИКЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЛУЧШЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗОВАТЬ АНАЛИЗ

А) суточной мочи на метанефрин и норметанефрин

Б) суточной мочи на ванилилминдальную кислоту (ВМК)

В) крови на электролиты, активность ренина плазмы

Г) крови на ренин и альдостерон с определением альдостерон-ренинового соотношения

25. [T025641] С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА, РАЗВИВШЕГОСЯ В ИСХОДЕ

АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА, ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ

А) левотироксина в заместительной дозе

Б) левотироксина в супрессивной дозе

В) калия иодида в терапевтической дозе

Г) калия иодида в профилактической дозе

26. [T025644] НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А) тонкоигольная аспирационная биопсия Б) сцинтиграфия с радиоизотопами йода 131 В) ультразвуковое исследование

Г) пальпаторное исследование

27. [T025699] ИНСУЛИН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А)  $\beta$ -клеткамиБ)  $\alpha$ -клеткамиВ)  $\delta$ -клетками

Г) РР-клетками

28. [T025717] ПЕРВИЧНЫЙ МАНИФЕСТНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) повышением ТТГ и снижением Т4 свободного

Б) повышением ТТГ и нормальным уровнем Т4 свободного

В) повышением ТТГ и повышением Т4 свободного

Г) снижением ТТГ и снижением Т4 свободного

29. [T025718] НОРМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ЖЕНЩИН

А) составляет до 18 мл

Б) составляет до 25 мл

В) составляет до 20 мл

Г) зависит от возраста

30. [T025719] УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО А) при выявлении пальпируемого образования в проекции

железы Б) всем пациентам старше 50 лет

В) всем беременным женщинам, проживающим в регионе умеренного йодного дефицита Г) всем детям, проживающим в

регионе умеренного йодного дефицита

31. [T025722] ВИРУСНАЯ ЭТИОЛОГИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А) подострого тиреоидита

Б) цитокин-индуцированного тиреоидита

В) послеродового тиреоидита

Г) острого гнойного тиреоидита

32. [T025723] СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ 2001 Г., ЗОБ 2 СТЕПЕНИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ, ЕСЛИ

А) увеличенная щитовидная железа видна при нормальном положении шеи

Б) объем каждой доли не превышает размер дистальной фаланги большого пальца кисти обследуемого

В) щитовидная железа не видна при нормальном положении шеи, но в одной из долей пальпируется узловое образование диаметром около 1 см

Г) в щитовидной железе нормального объема по данным УЗИ выявляются множественные узловые образования

33. [T025724] АНТИТЕЛА К РЕЦЕПТОРУ ТТГ ЯВЛЯЮТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ

А) болезни Грейвса-Базедова

Б) хронического аутоиммунного тиреоидита

В) послеродового тиреоидита

Г) цитокин-индуцированного тиреоидита

34. [T025901] ПРИЧИНОЙ УВЕЛИЧЕНИЯ ПРЕДНАГРУЗКИ НА СЕРДЦЕ МОЖЕТ БЫТЬ

А) недостаточность митрального клапана Б) стеноз устья аорты

В) артериальная гипертензия

Г) гипертрофическая кардиомиопатия

35. [T025903] УСИЛЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ ЧАЩЕ ВСЕГО

СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

А) расширении восходящей части аорты

Б) расширении полости левого желудочка

В) стенозе митрального клапана

- Г) легочной гипертензии
36. [T025906] НА ВЕРХУШКУ СЕРДЦА ЛУЧШЕ ВСЕГО ПРОВОДЯТСЯ ЗВУКОВЫЕ ЯВЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ КЛАПАНА
- А) митрального  
Б) аортального  
В) легочной артерии  
Г) трикуспидального
37. [T025913] НОРМАЛЬНЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ СТОРОК
- А) трех  
Б) двух  
В) четырех  
Г) от трех до пяти
38. [T025914] НОРМАЛЬНАЯ ПЛОЩАДЬ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ СОСТАВЛЯЕТ КВ.СМ
- А) 4-6  
Б) 2-4  
В) 6-8  
Г) 3-5
39. [T025915] ПОКАЧИВАНИЕ ГОЛОВЫ В ТАКТ СЕРДЦЕБИЕНИЮ (СИМПТОМ МЮССЕ) ТИПИЧНО ДЛЯ
- А) недостаточности аортального клапана Б) стеноза устья аорты  
В) недостаточности митрального клапана Г) стеноза митрального клапана
40. [T025919] К ПОЗДНЕМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСИТСЯ
- А) аневризма левого желудочка  
Б) разрыв стенки левого желудочка  
В) кардиогенный шок  
Г) фибрилляция желудочков
41. [T025944] РАССЛОЕНИЕ АОРТЫ ТРЕБУЕТ НЕОТЛОЖНОГО
- А) хирургического вмешательства  
Б) тромболитика  
В) МРТ-исследования  
Г) антибактериального лечения
42. [T026100] НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ
- А) кишечная непроходимость  
Б) кровотечение  
В) повышенный риск малигнизации  
Г) развитие токсического мегаколона
43. [T027086] РАК ЛЕГКОГО ЧАЩЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ В \_\_\_\_\_ ЛИМФОУЗЛЫ
- А) надключичные  
Б) подмышечные  
В) заднешейные  
Г) подчелюстные
44. [T027094] СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ В ВОЗРАСТЕ ЛЕТ
- А) 30-40  
Б) 0-18  
В) 18- 30  
Г) 40-60
45. [T027095] НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ
- А) боль в груди  
Б) сухой кашель  
В) сосудистый коллапс  
Г) легочное кровотечение
46. [T027096] ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
- А) отставание при дыхании  
Б) уменьшение в объеме  
В) притупление перкуторного звука  
Г) усиление голосового дрожания
47. [T027097] ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
- А) ослабленное дыхание Б) бронхиальное дыхание В) усиление бронхофонии Г) шум трения плевры
48. [T027098] ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ
- А) медиастинальная эмфизема  
Б) викарная эмфизема  
В) воздушная эмболия  
Г) легочное кровотечение
49. [T027122] БОЛЬНОЙ ВЫДЕЛЯЕТ МОКРОТУ ПО УТРАМ ПОЛНЫМ РТОМ ПРИ
- А) бронхоэктатической болезни  
Б) бронхиальной астме  
В) крупозной пневмонии Г) экссудативном плеврите

## 50. [T027123] КРОВОХАРКАНИЕ И ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ

- А) абсцессе легкого
- Б) бронхиальной астме
- В) муковисцидозе
- Г) экссудативном плеврите

## ЗАДАЧА №1

Мужчина 65 лет с подтвержденным диагнозом дивертикулеза кишечника поступает в отделение с лихорадкой и интенсивной разлитой болью в животе. Живот болезнен во всех отделах, передняя брюшная стенка напряжена, отсутствуют перистальтические шумы. С чем связан патогенез этого заболевания?

- 1) перфорация полого органа
- 2) непроходимость кишечника
- 3) кровотечение в брюшную полость
- 4) ишемия кишечника

ОТВЕТ: 1.

## ЗАДАЧА №2

Через 6 ч. от начала лечения боли сохраняются, при пальпации в правом подреберье определяется резко болезненное дно желчного пузыря 4х6 см. Пульс 104/мин, температура тела 37,5 С. Анализ крови: количество лейкоцитов  $12,5 \times 10^3/\text{л}$ , лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 25 мм/час. Ваш диагноз? Какой способ лечения следует избрать?

ОТВЕТ: Показана срочная операция.

## ЗАДАЧА № 3

Во время лапаротомии у больного 80 лет обнаружен операбельный рак сигмы с полной кишечной непроходимостью. Действия хирурга?

ОТВЕТ: резекция сигмовидной кишки с опухолью, наложение одноствольной колостомы.

## ЗАДАЧА №4

При перкуссии в правом подреберье определяется тимпанит, укорочение перкуторного звука в правом боковом канале и правой подвздошной области. На обзорной рентгенограмме под куполом диафрагмы – серповидное просветление – свободный газ. Окончательный диагноз? Ваша тактика?

ОТВЕТ: Перфоративная язва желудка. Экстренная операция.

## ЗАДАЧА №5

Женщина 25 лет поступает с жалобами на субфебрильную температуру, потерю массы тела, схваткообразную боль в левой подвздошной области, диарея с кровью, тенезмы. При колоноскопии выявлены изменения слизистой оболочки прямой кишки: гиперемия, зернистость и кровоточивость при минимальном механическом воздействии. Ваш диагноз?

ОТВЕТ: Язвенный колит

## ЗАДАЧА № 6

Во время операции по поводу хронического калькулезного холецистита обнаружена увеличенная поджелудочная железа плотной консистенции, расширенный до 2см холедох, а при операционной холангиографии – рубцовое сужение его дистального отдела. Тактика хирурга.

ОТВЕТ: наложение билиодигестивного анастомоза (холедоходуоденоанастомоза по Юрашу-Виноградову).

## ЗАДАЧА №7

Во время операции по поводу механической желтухи обнаружена стриктура дистального отдела холедоха, холедох расширен до 2 см. Тактика хирурга?

ОТВЕТ: наложение билиодигестивного анастомоза.

## ЗАДАЧА №8

Больной 51 года поступил с жалобами на ощущение тяжести в эпигастриальной области, быстрое насыщение, отрыжку тухлым, резкое похудание. Недели три до поступления появилась периодическая обильная рвота с остатками пищи,

Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, “шум плеска” натошак ниже уровня пупка. АД – 90/75 мм рт.ст. Положительный синдром Хвостека.

О каком осложнении можно думать? Тактика лечения?

ОТВЕТ: Стеноз привратника.

#### ЗАДАЧА № 9

Во время операции по поводу механической желтухи обнаружена опухоль головки поджелудочной железы, прорастающая в 12-п. кишку. Тактика хирурга.

ОТВЕТ: при отсутствии метастазов показана операция - панкреатодуоденальная резекция.

#### ЗАДАЧА №10

Во время операции по поводу опухоли селезеночного угла толстой кишки обнаружена киста хвоста поджелудочной железы 7х8см, интимно спаянная с корнем селезенки. Действия хирурга.

ОТВЕТ: при невозможности наложить цистозэнтероанастомоз - резекция хвоста поджелудочной железы со спленэктомией.

### 5.4. Перечень видов оценочных средств

Тесты ситуационные задачи

истории болезни курируемых больных

данные лабораторных методов исследований (анализ крови, мочи, липидный спектр и др.)

данные инструментальных методов исследований (УЗИ, МРТ, ЭРХПГ, КТ, и др.)

## 6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

### 6.1. Рекомендуемая литература

#### 6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Савельев В.С., Кириенко А.И	Клиническая хирургия: национальное руководство в 3 т.	«ГЭОТАР-Медиа» 2015
Л1.2	Г.А. Корнилов	Хирургические болезни : учебное пособие	Ай Пи Эр Медиа 2019
Л1.3	J. Larry Jameson	Oxford Handbook of Clinical Specialties: For students	MEDICOSIDEAS2610 2018
Л1.4	Alan Japp, Colin Robertson, Rohana Wright, Matthew Reed	Macleod's Clinical Diagnosis 2nd Edition	MEDICOSIDEAS2610 2018

#### 6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Х. С. Бебезов, Н.И. Ахунбаева, Б.Х. Бебезов, С.Б. Боронбаев	КЛИНИКА И ОСЛОЖЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА: Учебно-методическое пособие	Бишкек 2005
Л2.2	В.К. Гостищев	Общей хирургии : Общей хирургии	М.:ГЭОТАР-Медиа, 2015
Л2.3	В.А. Ступина, В.В. Лаптева	Методические рекомендации Острые хирургические заболевания. : Методические рекомендации Острые хирургические заболевания.	Москва 2011
Л2.4	Черноусов А.Ф.	Хирургические болезни.	Москва
Л2.5	Р. А. Оморов, Р. К. Бейшенбаев.	Избранные лекции по клинической хирургии: учебник	ЧП "Мукай" 2015
Л2.6	John S.P. Lumley, Anil K. D'Cruz, Jamal J. Hoballah, Carol E.H. Scott-Conner	Hamilton Bailey's Demonstrations of Physical Signs in Clinical Surgery 19 Edition	MEDICOSIDEAS2610 2018

#### 6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Х.С. Бебезов, Н.И. Ахунбаева, Б.Х. Бебезов, С.Б. Боронбаев	Клиника и осложнения острого аппендицита: Учебно- методическое пособие	Бишкек.: Изд-во КРСУ 2005
Л3.2	Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко	Хирургические болезни: В 2-х т.: Учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа 2006

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛЗ.3	Кочнева Е.А., Гладенин В.Ф.	Факультетская хирургия: Учебное пособие для студентов высших медицинских учебных заведений	М.: Владос-Пресс 2005
ЛЗ.4	А.Г. Абдулаева	Госпитальная хирургия: Учебное пособие	М.: ГЭОТАР-Медиа 2013
ЛЗ.5	Л. Н. Бисенкова, В. М. Трофимова	Госпитальная хирургия: Руководство для врачей и интернов	Лань 2005
ЛЗ.6	Савельев С.В., М.М. Абакумов, А.А. Адамян, Р.С. Акчурин, М.С. Алексеев	80 лекций по хирургии: Учебно-практическое пособие	ГЭОТАР-Медиа, 2008
ЛЗ.7	И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.Ф. Фадеев	Эндокринная хирургия: Учебник	Литтерра 2011
ЛЗ.8	Под. Ред. проф. Богданова А.Е.	Методические рекомендации Программа и ситуационные задачи для собеседования на государственных экзаменах по хирургическим дисциплинам.: Методические рекомендации Программа и ситуационные задачи для собеседования на государственных экзаменах по хирургическим дисциплинам.	Москва 2011
ЛЗ.9	Безов Х.С., Безов Б.Х., Двумаров А.А., Ильенко Н.В.	Хирургическая эндокринология: диагностика и хирургическое лечение.	КРСУ 2010

### 6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1

### 6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

#### 6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	традиционные словесные методы (лекции, беседы, дискуссии, объяснения);
6.3.1.2	наглядные методы (презентации, стенды, плакаты, виды лекарственных форм, справочники, учебники, учебные пособия и др.);
6.3.1.3	методы практического обучения – проведение практических занятий: решение ситуационных задач, тестов, работа с аутопсийными и биопсийными материалами, выполнение СРС - самостоятельная работа со справочниками и литературой (обычной и электронной), самостоятельные письменные домашние задания.
6.3.1.4	метод проблемно-ориентированного обучения - организуются индивидуальная, парная и групповая работы используется ролевые игры, осуществляется работа с историями болезнями и различными источниками информации.
6.3.1.5	методы устного контроля: фронтальный опрос, индивидуальный опрос, подготовка докладов по СРС;
6.3.1.6	методы письменного контроля: контрольная и модульные работы; выполнение письменных тестовых заданий по СРС; рефераты по СРС;
6.3.1.7	методы текущего контроля: контрольные и модульные работы.

#### 6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

6.3.2.1	1. <a href="http://www.consilium-medicum.com">www.consilium-medicum.com</a>
6.3.2.2	2. <a href="http://www.bibliomed.ru">www.bibliomed.ru</a>
6.3.2.3	3. <a href="http://www.evbmed.fbm.msu.ru">www.evbmed.fbm.msu.ru</a> (Московский центр доказательной медицины)
6.3.2.4	4. <a href="http://www.laparoscopy.ru">www.laparoscopy.ru</a>
6.3.2.5	5. <a href="http://www.mediashera.ru">www.mediashera.ru</a> (ЕСДМ и доказательная медицина)
6.3.2.6	6. <a href="http://www.medlincks.ru">www.medlincks.ru</a>
6.3.2.7	7. <a href="http://www.med-pravo.ru">www.med-pravo.ru</a>
6.3.2.8	8. <a href="http://www.minzdrav-rf.ru">www.minzdrav-rf.ru</a>

### 7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Клинической базой, на которой находится кафедра госпитальной хирургии КРСУ является клиника академика И.К. Ахунбаева Национального госпиталя при МЗ КР. Клиника представляет собой учебно-методическую базу, располагает следующими отделениями: от-деление гнойной хирургии, отделение торакальной хирургии, отделение хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии, отделение сосудистой хирургии, отделение микрохирургии и отделение проктологии. Все аспиранты, обучающиеся на этой базе, принимают активное участие в операциях, лечебно-диагностических и других манипуляциях. Операционные блоки оснащены видеокамерами, обучающие могут наблюдать за ходом операции из учебных комнат.
-----	---

7.2	На кафедре создан банк учебной литературы (учебники), «скачанной» из учебных порталов Интернета. Общее количество учебных материалов:
7.3	Для обучения в аспирантуре из материально-технического обеспечения имеются: мультимедиа, ноутбук, компьютер, принтер, сканер, аппарат ксерокопии.

## 8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

От аспирантов требуется посещение занятий, выполнение заданий руководителя дисциплины, знакомство с рекомендованной литературой и др. При аттестации обучающегося оценивается качество работы на занятиях, уровень подготовки к самостоятельной деятельности в избранной области, качество выполнения заданий руководителя дисциплины, способность к самостоятельному изучению учебного материала.

На практических занятиях и лекциях в аудиториях проводится разбор соответствующих тем, клинических ситуаций с использованием мультимедийной техники (компьютер, проектор).

Самостоятельная работа во внеаудиторные часы может проходить как в аудиториях кафедры и компьютерном классе, где аспиранты могут изучать материал по презентациям, компьютерным тестам.

Учебные пособия в электронном виде по ряду изучаемых тем размещены на компьютере кафедры, а также на локальном ресурсе электронно-библиотечной системы КРСУ.

В качестве одной из форм самостоятельной работы предусмотрена подготовка плана практического занятия, подготовка конспекта лекции, презентации по различным разделам курса.

Внеаудиторная самостоятельная работа включает в себя изучение материала по учебникам, учебным пособиям, подготовка реферативного сообщения по избранной теме, подготовка к контрольной работе, курация и прием пациентов, проведение диагностических процедур.

Для контроля текущей успеваемости студентов и промежуточной аттестации используется рейтинговая система оценки знаний. Система текущего контроля включает:

- контроль посещения и работы на семинарских/практических занятиях;
- контроль выполнения ординаторами заданий для самостоятельной работы;
- контроль знаний, умений, навыков усвоенных в данном курсе в форме тестирования, решения ситуационных задач, подготовки отчетов по итогам изучения разделов.

Работа на семинарских занятиях оценивается преподавателем (по пятибалльной шкале) по итогам подготовки и выполнения аспирантами практических заданий, активности работы в группе и самостоятельной работе. Пропуск семинарских занятий предполагает отработку по пропущенным темам. Форма отработки определяется преподавателем, ведущим семинар (письменное эссе, написание реферата по теме пропущенного семинарского занятия, письменный отчет о выполнении практического задания, конспект статьи, проведение промежуточного тестирования знаний или пр.)

Форма контроля - зачёт.

Ответ аспиранта на зачёте оценивается по каждому вопросу или заданию, затем выводится средний показатель. Ответы студентов оцениваются следующими отметками «зачтено» или «не зачтено». Качественными показателями ответа являются: полнота, глубина, прочность, системность, оперативность, сознательность, обобщенность знаний и умений студентов.

«Зачтено» выставляется аспиранту, если он показывает твердые знания по предмету в соответствии с учебной программой; хорошо ориентируется в основной и дополнительной литературе, самостоятельно и последовательно излагает учебный материал, предпринимает попытки анализировать различные научные взгляды, выразить собственную позицию; умеет увязывать теоретические положения с устойчивой практикой; отличается культурой речи, общения.

«Не зачтено» выставляется аспиранту, если он демонстрирует незнание основных положений учебного предмета в соответствии с учебной программой; не ориентируется в основных источниках по дисциплине, не в состоянии дать самостоятельный ответ на учебные вопросы и выразить собственную позицию; не умеет устанавливать связь теоретических положений с реальной практикой; речь и общение не всегда логичны и маловыразительны.

1. Самостоятельное изучение аспирантами теоретического курса.

Самостоятельная работа выполняется аспирантами на основе учебно-методических материалов дисциплины.

Самостоятельно изучаемые вопросы курса включаются в экзаменационные билеты.

Самостоятельная работа аспирантов включает в себя:

Подготовку к практическим занятиям с учетом разработанных на кафедре контрольных вопросов

Экспертизу медицинской документации (истории болезни дневного стационара, ме-дицинские карты амбулаторного наблюдения и др.) с количественной оценкой ведения больных терапевтического профиля на предмет соответствия стандартам и клиническим рекомендациям по ведению соответствующих категорий больных

Работу с электронной библиотекой кафедры, использование интернет-ресурсов, учебной, учебно-методической литературы и инструктивно-нормативных документов, регламентирующих амбулаторно-поликлиническую работу.

2. Написание и презентация реферата.

Написание и презентация реферата руководителю, с последующим его (реферата) обсуждением является формой отчетности самостоятельной работы аспиранта.

Реферат выполняется с использованием учебной и научной литературы. Тему реферата аспирант выбирает самостоятельно из представленных ниже (или предлагает свою) и утверждает ее (тему) у преподавателя в течение первых 2-х недель обучения.

Реферат должен быть оформлен в соответствии с требованиями оформления текстовых документов, объемом не менее 20 машинописных страниц.