

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт усовершенствования врачей



## ПРОГРАММА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «АМБУЛАТОРНАЯ ПРАКТИКА»

Кафедра хирургии с курсами травматологии, ортопедии и хирургической  
эндокринологии

**Специальность – 31.08.67 Хирургия**

**Направленность (профиль) программы - Хирургия**

**Уровень высшего образования:** подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения - очная

Рекомендовано

учебно-методическим советом

Протокол № 1

« 07 » февраль 2021 год

Составители:

Стойко Ю.М., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургии с курсами травматологии, ортопедии и хирургической эндокринологии.

Левчук А.Л., д.м.н., доцент, профессор кафедры хирургии с курсами травматологии, ортопедии и хирургической эндокринологии

Рецензенты:

Матвеев С.А., д.м.н., профессор, профессор кафедры грудной и сердечно-сосудистой хирургии с курсом рентгенэндоваскулярной хирургии

Программа производственной практики «Амбулаторная практика» оформлена и структурирована в соответствии с требованиями Приказа от 19 ноября 2013г. № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» и федерального государственного образовательного стандарта высшего образования уровень высшего образования подготовка кадров высшей квалификации специальность 31.08.67 Хирургия, утв. приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 26.08.2014 г. № 1110.

Программа производственной практики рассмотрена на Учебно-методическом Совете Института и рекомендована к использованию в учебном процессе.

Согласовано с учебно-организационным отделом:

Начальник учебно-организационного отдела  Е. Коняева

Согласовано с библиотекой:

Заведующая библиотекой

Н.А. Михашина

**1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)**

Практика АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ ПАЦИЕНТОВ ПО ПРОФИЛЮ "ХИРУРГИЯ" относится к вариативной части Блока 2.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семест
		1
Сроки проведения практики: 2 недели	108	108
Вид промежуточной аттестации	Зачет с оценкой	+
Общая трудоемкость	108	108
часы зачетные единицы	3	3

**1. Цели и задачи практики**

Цель практики: формирование профессиональной компетенции ординатора.

**3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы**

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

профилактическая деятельность:

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

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

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

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

реабилитационная деятельность:

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

- психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность:
  - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

#### 4. Базы практики

Практика проводится на базе КДЦ «Измайловский»

#### 5. Содержание практики

Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
<i>Первый год обучения (семестр №1)</i>			
АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ ПАЦИЕНТОВ ПО ПРОФИЛЮ "ХИРУРГИЯ"	Клиническая база КДЦ «Измайловский»	108ч 3 ЗЕТ	ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, УК-1

#### План работы:

1. Анализ пациентов по профильным разделам под руководством сотрудников кафедры.
2. Работа в кабинете хирурга КДЦ «Измайловский» в качестве ассистента врача.
3. Изучение литературы по соответствующим разделам и обсуждение неясных вопросов с куратором.
4. Ассистенция и выполнение консультаций под руководством сотрудников кафедры.
5. Ведение медицинской и фотодокументации.

#### Учебная работа:

Во время прохождения практики врач-ординатор овладевает умениями:

- определить специальные методы исследования;
- провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного; оценить электрокардиограмму, спирограмму, данные рентгенологического обследования и дать по ним заключение;
- назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;
- определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой нетрудоспособности, перевод на другую работу;
- провести необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционного больного;
- оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
- уметь установить диагноз и провести необходимое лечение

- владеть методами пропаганды здорового образа жизни и профилактике заболеваний;
- своевременно определить симптомы и синдромы, требующие оказания неотложной помощи и оказать её;
- уметь проводить первичную обработку раны при механических травмах и ожоговых поражениях;
- самостоятельно проводить подкожные, внутривенные, внутримышечные, внутривенные инъекции;
- пользоваться необходимой медицинской аппаратурой
- своевременно проводить комплексный анализ клинических и параклинических данных,
- поставить диагноз и назначить необходимую терапию;
- вести необходимую медицинскую документацию;

Во время обучения и работы на амбулаторном приеме врач ординатор получает и углубляет знания по организации стационарной больничной помощи населению, особенностям диагностики и лечения заболеваний по профилю «хирургия», вопросам медикосоциальной экспертизы (МСЭ), приобретает и закрепляет профессиональные и практические навыки общеклинического обследования больных с разнообразной патологией, оценки лабораторных, инструментальных и аппаратных методов обследования, выбора и проведения медикаментозного лечения, назначения физиотерапевтического лечения, массажа, ЛФК; определения показаний к санаторно-курортному лечению (и организует их); оценки трудоспособности, заполнения и ведения учетной медицинской документации.

#### **6. Обязанности руководителя практики от ИУВ:**

- Устанавливает связь с руководителем практики от организации
- Согласовывает с обучающимися индивидуальный календарно-тематический план прохождения практики;
- Осуществляет контроль за соблюдением срока практики и ее содержанием;
- Оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий;
- Оценивает результаты выполнения обучающимися программы практики.

#### **7. Обязанности обучающихся на практике:**

- явиться на место практики в установленный приказом срок;
- выполнять индивидуальный календарно-тематический план, в установленном объеме и сроки;
- соблюдать все указания руководителей практики по качественной проработке разделов плана; оперативно оформлять всю документацию по написанию отчета о практике; в течение практики вести учет ее прохождения и делать систематические записи в дневнике;
- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации (предприятия);
- строго соблюдать правила охраны труда и техники безопасности;
- представить руководителю от ИУВ письменный отчет о прохождении практики и дневник, подписанный руководителем практики

## **8. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.**

К участию в оказании медицинской помощи гражданам допускаются ординаторы:

- успешно прошедшие необходимую теоретическую подготовку;
- имеющие практические навыки участия в оказании медицинской помощи гражданам, в том числе приобретенные на моделях (симуляторах) профессиональной деятельности – прохождение практики возможно только после завершения симуляционного цикла с получением зачета;
- прошедшие предварительные и периодические медицинские осмотры в порядке, утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 г. № 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 октября 2011 г., регистрационный № 22111) с изменениями, внесенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 мая 2013 г. № 296н "О внесении изменения в приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 г. № 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 июля 2013 г., регистрационный № 28970).

Контроль за участием ординаторов в оказании медицинской помощи гражданам или в фармацевтической деятельности осуществляют:

- работники ИУВ, назначенные из числа педагогических работников, которые несут ответственность за проведение практической подготовки обучающихся;
- работники, замещающие штатные должности в организации, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья, и назначенные руководителем соответствующей организации ответственными за организацию и проведение практической подготовки обучающихся.

Лица, указанные в пункте 2:

- обеспечивают контроль за выполнением ординаторами определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью;
- оказывают методическую помощь ординаторам при выполнении определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью в порядке и на условиях, установленных законодательством Российской Федерации.

Участие ординаторов в оказании медицинской помощи гражданам или в фармацевтической деятельности осуществляется при согласии пациентов или их законных представителей и соблюдении медицинской этики.

Обязанности по обеспечению безопасных условий труда ординаторов, участвующих в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической

деятельности, возлагаются на руководителя организации, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья.

Методические требования к порядку прохождения практики представлены в дневнике учета работы врача-ординатора, и заполняются ординатором. Формы в дневнике представлены ниже:

**I (II, III, IV) квартал каждого года обучения** \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
месяц \_\_\_\_\_  
Раздел индивидуального плана \_\_\_\_\_ отделения \_\_\_\_\_

п п	1.Первичная консультация больных хирургического профиля (диагнозы заболеваний)	Число больных за каждый месяц					Всего	Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV			

пп	2.Диагностические и лечебные мероприятия	Количество за каждый месяц					Всего	Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV			

пп	3.Самостоятельно выполненные консультации	Количество за каждый месяц					Всего	Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV			

пп	4. Ассистирование на консультациях	Количество за каждый месяц					Всего	Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV			

Изученная медицинская литература:

---

### **10.Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике.**

**Зачетные тесты :**

001. В поликлинику явилась больная с послеродовым правосторонним маститом в стадии серозного воспаления. Какое лечение нецелесообразно?

- 1) массаж груди

- 2) сцеживание молока
- 3) смазывание сосков дезинфицирующими растворами
- 4) возвышенное положение груди
- 5) УФ-терапия

002. Нельзя отнести к первично-хроническому остеомиелиту:

- 1) абсцесс Броди
- 2) остеомиелит Гарре
- 3) остеомиелит Олье
- 4) посттравматический остеомиелит

003. В какие сроки на рентгенограммах появляются признаки остеопороза у больных с острым гематогенным остеомиелитом?

- 1) на 1 неделе заболевания
- 2) на 2 неделе заболевания
- 3) на 3–4 неделях заболевания
- 4) на 5–6 неделях заболевания

004. В какие сроки на рентгенограммах появляются линейные просветления у больных с гематогенным остеомиелитом?

- 1) к концу 1 недели
- 2) к концу 2 недели
- 3) к концу 3 недели
- 4) к концу 4 недели.

005. В первую очередь следует искать первичный очаг воспаления при остром гематогенном остеомиелите:

- 1) в диафизе кости
- 2) в эпифизе кости
- 3) в метафизе кости
- 4) не имеет значения



006. Нельзя считать характерным для начального периода острого гематогенного остеомиелита:

- 1) лейкоцитоз
- 2) боль в конечности
- 3) нарушение функции конечности
- 4) гипертермию
- 5) анемию

007. Введение профилактической дозы противостолбнячной сыворотки не показано:

- 1) при термическом ожоге 2 степени
- 2) при ушибленной ране головы
- 3) при колотой ране стопы
- 4) при закрытом переломе фаланги
- 5) при открытом переломе фаланги

008. Не является характерным для картины острой фазы столбняка:

- 1) судороги мышц конечностей и туловища
- 2) гипертермия
- 3) тахикардия
- 4) «сардоническая» улыбка
- 5) коллапс, анемия

009. К ранним симптомам столбнячной инфекции не следует относить:

- 1) судороги
- 2) усиление болей в ране
- 3) раздражительность
- 4) головные боли
- 5) потливость

010. К местным признакам туберкулезного поражения тазобедренного сустава не следует относить:

- 1) гиперемию кожи
- 2) атрофию мягких тканей
- 3) деформацию сустава
- 4) нарушение функции сустава
- 5) боли в суставе

011. Вторичное заживление раны наблюдается при заживлении через:

- 1) нагноение
- 2) струп
- 3) грануляции
- 4) все указанное
- 5) ничего из указанного

012. В какие сроки выполняется поздняя хирургическая обработка инфицированной раны?

- 1) 18–24 часа
- 2) 24–36 часов
- 3) 36–48 часов
- 4) 48–72 часа
- 5) более 72 часов

013. В какие сроки выполняется отсроченная хирургическая обработка инфицированной раны?

- 1) через 6 часов
- 2) до 18 часов
- 3) 18–24 часа
- 4) 24–48 часов
- 5) более 48 часов

014. В какие сроки осуществляют раннюю хирургическую обработку раны?

- 1) до 6 часов

- 2) до 12 часов
- 3) до 18 часов
- 4) более 24 часов

015. Какое осложнение не является характерным для рецидивирующей рожи нижних конечностей?

- 1) лимфостаз
- 2) тромбофлебит
- 3) вторичный варикоз
- 4) сепсис
- 5) периостит

016. Эризпеллоид от панариция отличается:

- 1) отсутствием отека
- 2) отсутствием локальной болезненности и зудом
- 3) лимфангитом
- 4) гиперемией пальца

017. Какое типичное осложнение можно наблюдать при фурункуле верхней губы?

- 1) тромбоз кавернозного синуса
- 2) тромбоз сонной артерии
- 3) периостит верхней челюсти
- 4) рожистое воспаление лица
- 5) некроз кожи

018. При надапоневротической флегмоне ладони не наблюдается:

- 1) отек
- 2) гиперемия
- 3) флюктуация
- 4) нарушение функции
- 5) гипертермия

019. При постановке диагноза «карбункул» с локализацией на конечности амбулаторный хирург должен:

- 1) оперировать больного
- 2) назначить антибиотики
- 3) назначить физиотерапевтическое лечение
- 4) наблюдать процесс в динамике

020. Лечение фурункула в первой фазе заболевания не предусматривает:

- 1) операции
- 2) физиотерапии
- 3) спиртовых компрессов
- 4) антибиотиков
- 5) методов иммунотерапии

021. Воспаление каких сухожильных влагалищ сгибателей пальцев может осложниться флегмоной предплечья?

- 1) I и V
- 2) I и III
- 3) III и IV
- 4) II и IV

022. Нельзя использовать в лечении серозной фазы мастита:

- 1) рассечение
- 2) антибиотикотерапию
- 3) физиотерапию
- 4) профилактику лактостаза
- 5) ретромаммарную новокаиновую блокаду с антибиотиками

023. Инфильтрат от абсцесса мягких тканей отличается:

- 1) болью
- 2) гиперемией

- 3) отсутствием флюктуации
- 4) гипертермией
- 5) лейкоцитозом

024. Гидраденит чаще всего локализуется в области:

- 1) подмышечной впадины
- 2) паха
- 3) локтевой ямки
- 4) подколенной области
- 5) не имеет значения

025. Возбудителем рожистого воспаления является:

- 1) стафилококк
- 2) стрептококк
- 3) палочка свиной рожи
- 4) клебсиелла
- 5) анаэробы

026. Возбудителем фурункула чаще всего является:

- 1) стафилококк
- 2) стрептококк
- 3) палочка свиной рожи
- 4) клебсиелла
- 5) анаэробы

027. Возбудителем гидраденита чаще всего является:

- 1) стафилококк
- 2) стрептококк
- 3) палочка свиной рожи
- 4) клебсиелла
- 5) анаэробы

028. Оперативное лечение абсцедирующего фурункула предусматривает:

- 1) линейный разрез
- 2) дугообразный разрез
- 3) иссечение гнойника
- 4) крестообразный разрез
- 5) все верно

029. Оперативное лечение карбункула предусматривает:

- 1) линейный разрез
- 2) дугообразный разрез
- 3) иссечение гнойника
- 4) крестообразный разрез
- 5) все верно

030. При вскрытии подкожного панариция в условиях поликлиники используют анестезию по методу:

- 1) Оберста-Лукашевича
- 2) Брауна
- 3) инфильтрационную местную анестезию
- 4) блокаду плечевого сплетения
- 5) все верно

031. К амбулаторному хирургу пришел больной с загрязненной укушенной раной правого предплечья. В анамнезе – нападение бездомной собаки. Что из нижеперечисленного не показано данному пациенту?

- 1) первичная хирургическая обработка раны
- 2) ушивание раны
- 3) введение антибиотиков
- 4) профилактика столбняка

032. К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на резкую боль во 2 пальце правой кисти, повышение температуры тела до 37,9. С. При осмотре палец резко увеличен в объеме, неправильной формы, кожа цианотична, движения в суставах пальца

отсутствуют. Давность заболевания – 5 суток. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) костный панариций
- 2) тендовагинит
- 3) пандактилит
- 4) подкожный панариций

033. К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на интенсивные, «сверлящего» характера боли на протяжении дистальной фаланги 3 пальца правой руки, повышение температуры тела до 39. С, головную боль, общее недомогание. При осмотре наблюдается колбообразное утолщение фаланги, кожа над ним гиперемирована. Давление по оси пальца резко болезненно. Давность заболевания – 3 суток. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) костный панариций
- 2) тендовагинит
- 3) пандактилит
- 4) подкожный панариций

034. Наиболее частой причиной смерти при столбнячной инфекции является:

- 1) асфиксия
- 2) присоединение анаэробной инфекции
- 3) пневмония
- 4) поражение нервной системы

035. Какой из симптомов флегмоны не характерен при локализации процесса на ладонной поверхности кисти?

- 1) боль
- 2) флюктуация
- 3) повышение температуры тела
- 4) локальная отечность
- 5) гиперемия кожи

036. На прием к амбулаторному хирургу пришел пациент с вросшим ногтем на 1 пальце левой стопы. При осмотре выявлена незначительная гиперемия и болезненность в области ногтевой пластинки. Что показано данному пациенту?

- 1) произвести продольную резекцию ногтевой пластинки
- 2) удалить ноготь
- 3) гигиена стопы, ванночки с марганцовкой, в последующем – оперативное лечение
- 4) в лечении не нуждается.

037. К амбулаторному хирургу обратился больной с температурой 38. С, жалобами на озноб, выраженные головные боли. При осмотре в области затылка определяется плотный болезненный синюшно-багровый инфильтрат, на коже имеется несколько свищевых отверстий, через которые выделяется гной. Поставьте диагноз:

- 1) абсцесс
- 2) карбункул
- 3) флегмона
- 4) фурункул

038. Для рожистого воспаления не характерно:

- 1) образование на коже резко ограниченных эритематозных очагов
- 2) образование на коже воспалительных эритематозных очагов с нечеткими границами
- 3) рецидивирующий характер
- 4) лимфангиит, лимфаденит

039. На прием к амбулаторному хирургу пришел пациент с инфицированной раной правого предплечья, от которой в виде жгута проксимально тянется полоска инфильтрации и гиперемии. Пальпация данной зоны болезненна. О развитии какого осложнения следует думать?

- 1) абсцесс
- 2) тендовагинит
- 3) стволовой лимфангиит
- 4) миозит

040. На прием к амбулаторному хирургу пришла больная с ретромаммарным абсцессом. Как следует производить вскрытие абсцесса?

- 1) окаймляющим разрезом по складке под железой
- 2) радиальными разрезами в верхних квадрантах железы



- 3) радиальными разрезами в нижних квадрантах железы
- 4) околосоковым разрезом

041. Амбулаторный хирург должен знать, что наиболее тяжело, с выраженной интоксикацией, протекает парапроктит:

- 1) ретроректальный
- 2) подслизистый
- 3) пельвиоректальный
- 4) подкожный

042. На приеме в поликлинике у хирурга больной жаловался на боли и незначительную кровоточивость (кровь алая) после акта дефекации, запоры и стул обильный. Какое заболевание можно предположить?

- 1) геморрой
- 2) параректальный свищ
- 3) недостаточность анального сфинктера
- 4) трещину анального канала
- 5) рак прямой кишки

043. Амбулаторный хирург должен помнить, что наибольшая вероятность малигнизации имеется при полипах прямой кишки:

- 1) гиперпластических
- 2) ворсинчатых
- 3) аденоматозных
- 4) множественных аденоматозных

044. Хирург в поликлинике должен помнить, что к появлению геморроя не предрасполагает:

- 1) двухмоментный акт дефекации
- 2) долихосигма
- 3) хроническое воспаление анального канала
- 4) наследственность

- 5) статическая нагрузка

045. В поликлинику явился больной с параректальным свищом. Что не характерно для данного заболевания?

- 1) периодические обострения
- 2) анемия
- 3) гнойное отделяемое
- 4) наличие свища

046. Какой метод дополнительного исследования предпочтителен в поликлинике для подтверждения трещины анального канала?

- 1) пальцевое исследование прямой кишки
- 2) колоноскопия
- 3) аноскопия
- 4) ирригоскопия
- 5) ректоскопия

047. При обследовании в поликлинике хирург выявил у больного повышение температуры, боли при дефекации, наличие припухлости с гиперемией кожи на промежности. Давность заболевания 3 суток. Для какого парапроктита характерны такие признаки?

- 1) кожного
- 2) подкожного
- 3) ишиоректального
- 4) пельвиоректального

048. Какой метод лечения острого подкожного парапроктита должен выбрать амбулаторный хирург?

- 1) пункцию гнойника с промыванием полости антибиотиками
- 2) физиопроцедуры
- 3) массивную системную антибиотикотерапию
- 4) сидячие теплые ванны
- 5) вскрытие гнойника

049. Нельзя считать типичным осложнением геморроя:

- 1) трещину анального канала
- 2) кровотечение
- 3) тромбоз геморроидальных узлов
- 4) выпадение прямой кишки
- 5) выпадение узлов

050. На приеме в поликлинике хирург выявил у больного сильнейшие боли в анальной области после акта дефекации, кровотечение в виде 2–3 капель крови после стула, стул обильный, хронические запоры. Предварительный диагноз?

- 1) рак прямой кишки
- 2) острый парапроктит
- 3) трещина анального канала
- 4) параректальный свищ
- 5) геморрой

051. Хирургу поликлиники следует помнить, что для пельвиоректального парапроктита в ранней стадии заболевания нехарактерно:

- 1) инфильтрат промежности с гиперемией
- 2) боли в глубине таза
- 3) отсутствие изменений на коже промежности
- 4) высокая температура
- 5) выраженная интоксикация

052. Хирург поликлиники, обследуя больного, выявил клиническую картину полного параректального свища. Для нее нехарактерно:

- 1) гнойное отделяемое из свища
- 2) выделение жидкого кала из свища
- 3) выделение алой крови из анального канала после дефекации
- 4) выделение газов через свищ
- 5) периодическое обострение болей с повышением температуры

053. Симптом, наиболее характерный для рака правой половины толстой кишки:

- 1) запоры
- 2) анемия
- 3) ознобы
- 4) желтуха
- 5) схваткообразные боли, непроходимость кишечника

054. Симптом, наиболее характерный для рака левой половины толстой кишки:

- 1) изжога
- 2) анемия
- 3) ознобы
- 4) желтуха
- 5) схваткообразные боли, непроходимость кишечника

055. Симптом, наиболее характерный для рака слепой кишки:

- 1) поносы
- 2) изжога
- 3) ознобы
- 4) желтуха
- 5) схваткообразные боли, непроходимость кишечника

056. В поликлинике у больного с длительно существующим хроническим заболеванием хирург выявил явления пектиноза. Данное осложнение характерно для:

- 1) геморроя
- 2) анальной трещины
- 3) парапроктита
- 4) параректального свища
- 5) выпадения прямой кишки

057. В каком положении следует амбулаторному хирургу обследовать больного с подозрением на рак прямой кишки?

- 1) на правом боку

- 2) на левом боку
- 3) на спине
- 4) в коленно-локтевом положении
- 5) все верно

058. Амбулаторный хирург должен помнить, что рак прямой кишки выявляется при пальцевом ее исследовании в:

- 1) 10% клинических наблюдений
- 2) 20% клинических наблюдений
- 3) 30% клинических наблюдений
- 4) 60–80% клинических наблюдений

059. Что не следует делать амбулаторному хирургу при обращении больного с ущемленным геморроем?

- 1) обезболивание
- 2) мазевую повязку на область ануса
- 3) направление специализированным транспортом в стационар
- 4) направление в стационар самостоятельно

060. На каком расстоянии от ануса имеется возможность осмотреть прямую и сигмовидную кишки?

- 1) до 10 см
- 2) до 20 см
- 3) до 30 см
- 4) до 60 см

061. Какой из перечисленных признаков характерен для выпадения прямой кишки, в отличие от выпадения внутренних геморроидальных узлов?

- 1) радиальные складки слизистой
- 2) боль при дефекации
- 3) кольцевидные складки слизистой
- 4) ощущение инородного тела в заднем проходе

062. На приеме в поликлинике у хирурга у больного был выявлен ряд симптомов.

Из них не является характерным для болезни Педжета-Шреттера:

- 1) цианоз лица и шеи
- 2) распирающие боли в руке
- 3) цианоз кожи рук, усиление венозного рисунка
- 4) отек руки
- 5) синдром Горнера

063. В амбулатории хирургом у больного был заподозрен посттромбофлебитический синдром. Что не характерно для данного заболевания?

- 1) гиперпигментация кожи
- 2) застойный дерматоз и склеродермия
- 3) образование трофических язв
- 4) бледная «мраморная» кожа
- 5) вторичный варикоз поверхностных вен

064. В участковой больнице хирург решил выполнить пробу Пратта с двумя бинтами, которая используется для:

- 1) выявления непроходимости глубоких вен нижних конечностей
- 2) определения недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей
- 3) исследования недостаточности перфорантных вен
- 4) диагностики окклюзии подколенной артерии

065. При оформлении хирургом поликлиники больного 62 лет на группу инвалидности по осложненной варикозной болезни вен нижних конечностей был исследован ряд симптомов. При этом к осложнениям варикозной болезни нижних конечностей не отнесены:

- 1) трофические язвы
- 2) экзема и дерматит
- 3) хроническая венозная недостаточность
- 4) перемежающаяся хромота
- 5) тромбоз вен

066. У больного, обратившегося на прием к амбулаторному хирургу, был выявлен

ряд симптомов. Из указанных проявлений локального тромбоза поверхностных вен нижних конечностей нельзя отнести к данному заболеванию:

- 1) дистальные отеки
- 2) распирающие боли
- 3) повышение температуры тела
- 4) гиперемию кожи по ходу вены
- 5) резкую болезненность при пальпации

067. Какую патологию можно заподозрить у больного, обратившегося в поликлинику к хирургу с явлениями мигрирующего флебита?

- 1) лейкемию
- 2) злокачественную опухоль, чаще поджелудочной железы
- 3) тромбангиитную окклюзию сосудов
- 4) узелковый периартериит
- 5) варикозное расширение вен

068. Какое осложнение наиболее опасно после стационарного лечения по поводу флеботромбоза нижних конечностей?

- 1) тромбоэмболия легочной артерии
- 2) варикоз подкожных вен
- 3) ишемическая гангрена стопы
- 4) ишемический инсульт

069. Амбулаторный хирург должен знать, что послеоперационный тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит к тромбоэмболии:

- 1) сосудов головного мозга
- 2) коронарных артерий
- 3) легочной артерии
- 4) легочных вен
- 5) артерий почек и печени

070. При долечивании в поликлинике после перенесенной операции у больного с высоким риском тромбоэмболических осложнений профилактика последних включает все, кроме:

- 1) антикоагулянтов
- 2) дезагрегантов
- 3) лечебной физкультуры
- 4) длительного постельного режима
- 5) компрессионной терапии нижних конечностей

071. В отдаленном послеоперационном периоде при лечении в условиях поликлиники для профилактики тромбоэмболии легочной артерии у больного после флебэктомии не применяют:

- 1) антибиотики
- 2) дезагреганты
- 3) антикоагулянты
- 4) гемодилюцию
- 5) компрессионную терапию нижних конечностей

072. Какие из имеющихся у больного факторов, которые наименее вероятно могут привести к тромбоэмболии легочной артерии после операции, должен учитывать амбулаторный хирург?

- 1) ожирение
- 2) варикозную болезнь вен нижних конечностей
- 3) флеботромбоз глубоких вен голени и бедра
- 4) язвенную болезнь желудка

073. При долечивании в поликлинике компрессионное бинтование нижних конечностей после флебэктомии начинают с:

- 1) верхней трети бедра
- 2) нижней трети бедра
- 3) подколенной области
- 4) стопы

074. Каким должен быть оптимальный верхний уровень компрессионного бинтования нижних конечностей после флебэктомии?

- 1) средняя треть голени



- 2) верхняя треть голени
- 3) нижняя треть бедра
- 5) верхняя треть бедра

075. Длительность компрессионной терапии нижних конечностей после флебэктомии в условиях поликлиники составляет:

- 1) 1 неделю
- 2) 2 недели
- 3) 3 недели
- 4) 1,5–2 месяца

076. Амбулаторным хирургом с малым стажем работы больному, перенесшему флебэктомию, даны следующие рекомендации. Что является ошибкой?

- 1) компрессионная терапия нижних конечностей
- 2) ранняя статическая нагрузка
- 3) физиотерапевтическое лечение
- 4) лечебная физкультура

077. Какие факторы в последнюю очередь должен учитывать амбулаторный хирург при возможности тромбоза вен нижних конечностей?

- 1) замедление тока крови
- 2) нарушение эндотелия вен
- 3) мерцательную аритмию
- 4) варикозное расширение

078. В отдаленном периоде после перенесенных полостных операций тромбообразованию способствует все перечисленное, кроме:

- 1) повышения фибринолитической активности плазмы крови
- 2) ожирения
- 3) гиподинамии
- 4) злокачественных опухолей
- 5) ишемической болезни сердца

079. В амбулаторном лечении флеботромбоза вен нижних конечностей используют

все, кроме:

- 1) возвышенного положения конечности в постели
- 2) антикоагулянтной терапии
- 3) дезагрегантов
- 4) компрессионной терапии
- 5) спазмолитиков

080. Амбулаторное применение какого препарата требует регулярного динамического контроля показателей свертывания крови?

- 1) фенилина
- 2) трентала
- 3) антибиотиков
- 4) курантила
- 5) венорутона

081. Какое из наиболее опасных осложнений тромбоза глубоких вен должен учитывать амбулаторный хирург?

- 1) трофическую язву голени
- 2) эмболию легочной артерии
- 3) посттромбозную болезнь
- 4) хроническую венозную недостаточность

082. Какие рекомендации не должен давать амбулаторный хирург на 10 сутки после флебэктомии?

- 1) бег трусцой
- 2) компрессионная терапия
- 3) физиотерапевтическое лечение
- 4) лечебная физкультура

083. На прием к хирургу поликлиники явился больной 68 лет со множественной сочетанной патологией. При этом симптомами варикозной болезни не являются:

- 1) отеки дистальных отделов конечностей к вечеру
- 2) перемежающаяся хромота

3) трофические расстройства кожи

4) судороги по ночам

5) видимое расширение подкожных вен

084. При оценке проходимости глубоких вен нижних конечностей в условиях участковой больницы можно применить функциональную пробу:

1) Гаккенбруха

2) Пратта-2

3) Гоманса

4) Дельбе-Пертеса

5) Шварца-Хейердала

085. При невозможности проведения в поликлинике инструментальных методов исследования хирург для выявления несостоятельности клапанов поверхностных вен может использовать пробу:

1) трехжгутовую (Шейниса)

2) маршевую (Дельбе-Пертеса)

3) Троянова-Тренделенбурга

4) Пратта-2

086. Улучшению венозного оттока после операции способствует все перечисленное ниже, кроме:

1) возвышенного положения конечности

2) лечебной физкультуры

3) длительного постельного режима

4) компрессионной терапии

5) раннего вставания

087. В поликлинику к хирургу обратился больной с венозной патологией нижних конечностей (симптомы перечислены ниже). К ранним симптомам посттромботической болезни не относят:

1) расширение мелких кожных и подкожных вен нижней трети голени

2) отек в области лодыжек

- 3) болезненное уплотнение кожи в нижней трети голени
- 4) трофическую язву
- 5) подкожный варикоз нижних конечностей

088. Что опасно рекомендовать амбулаторному хирургу больному при лечении тромбоза глубоких вен голени и бедра?

- 1) непрямые антикоагулянты
- 2) спазмолитики
- 3) ранние активные движения
- 4) гемодилюцию

089. В хирургической амбулатории при изучении сопроводительной медицинской документации молодой врач выяснил, что больной оперирован по поводу острого гангренозного аппендицита, местного перитонита и пилефлебита. Кроме аппендэктомии больному была сделана релапаротомия с удалением восходящей толстой кишки. Пилефлебит - это тромбоз:

- 1) селезеночной вены
- 2) нижней брыжеечной вены
- 3) почечных вен
- 4) воротной вены
- 5) подвздошной вены

090. Что характерно для острого флеботромбоза?

- 1) резкий отек и гиперемия нижней конечности
- 2) аритмия
- 3) отсутствие пульса на артериях стопы
- 4) перемежающаяся хромота
- 5) неустойчивый стул

091. Что не следует рекомендовать амбулаторному хирургу больному при остром тромбофлебите поверхностных вен голени?

- 1) постельный режим
- 2) бутадиион
- 3) компрессы с мазью Вишневского

- 4) активную ходьбу
- 5) возвышенное положение конечности

092. В поликлинику обратился больной 57 лет с давностью заболевания 2 суток. Что в данном случае следует считать не характерным для илеофemorального флeботромбоза?

- 1) отсутствие пульса на подколенной артерии и артериях стопы
- 2) отек голени и бедра
- 3) распирающие боли
- 4) гиперемию и цианоз кожи бедра

093. С каким наиболее редким осложнением варикозной болезни может встретиться амбулаторный хирург?

- 1) экзематозный дерматит
- 2) тромбоз малоберцовой вены
- 3) разрыв варикозного узла
- 4) трофическая язва
- 5) гиперпигментация

094. На прием к амбулаторному хирургу явилась женщина 32 лет с просьбой определить возможности малоинвазивного лечения варикозной болезни. При этом хирург должен знать, что противопоказанием для склеротерапии при варикозной болезни нижних конечностей являются:

- 1) трофические расстройства кожи
- 2) магистральная архитектоника вен
- 3) облитерирующие заболевания артерий
- 4) ночные судороги

095. При беседе с больной в условиях амбулатории хирург сказал, что к варикозной болезни может привести все, кроме:

- 1) беременности
- 2) статической нагрузки
- 3) облитерирующих заболеваний артерий

- 4) непроходимости глубоких вен
- 5) генетической предрасположенности

096. Какие из выявленных хирургом на приеме в поликлинике заболеваний обусловили прогрессирование у больного варикозной болезни?

- 1) нарушение клапанного аппарата вен
- 2) нарушения свертывания крови
- 3) патология артериального кровотока в конечности
- 4) сердечная слабость
- 5) патология водно-солевого обмена

097. На прием к хирургу экстренно привели молодого человека, попавшего в автомобильную аварию, с признаками острого кровотечения из раны бедра. Какой метод временной остановки кровотечения не следует использовать в данном случае?

- 1) прижатие питающего сосуда к кости
- 2) тугая тампонада раны
- 3) жгут на конечность
- 4) наложение зажима в ране
- 5) наложение сосудистого шва

098. В сельскую участковую амбулаторию к хирургу привезли тракториста с рваной раной локтевой области и артериальным кровотечением. Больному введены обезболивающие, поставлена система для внутривенных инфузий и наложен жгут выше раны. Решено направить больного специализированным транспортом в сосудистый стационар. Сколько времени может находиться жгут на конечности без периодического распускания?

- 1) 1 час
- 2) 2 часа
- 3) 3 часа
- 4) 4 часа

099. При лечении в поликлинике больного после операции имплантации сосудистого протеза по поводу хронической артериальной ишемии атеросклеротического генеза хирург оценил вероятность тромбоза трансплантата. Ведущими факторами острого тромбоза протеза при этом являются все, кроме:

- 1) анемии

- 2) замедления кровотока
- 3) повышения свертывания крови
- 4) атеросклероза
- 5) инфицирования

100. При лечении в поликлинике больных пожилого и старческого возраста следует помнить, что наиболее часто тромбируются:

- 1) висцеральные ветви аорты
- 2) сама аорта
- 3) подвздошные артерии
- 4) бедренные артерии

### **Решение ситуационных задач**

#### **Задача №1**

Больная И., 68 лет, упала на левый локоть, почувствовала резкую боль в левом плечевом суставе. При осмотре левый плечевой сустав увеличен в объеме, поколачивание по локтю вызывает боль в плечевом суставе. Пассивные движения в плечевом суставе болезненны, но возможны. При вращении плеча за его дистальный конец не ощущается костная крепитация, головка плечевой кости движется вместе с дистальным концом плеча, пальпаторно определяется на обычном месте под акромиальным концом лопатки, Больная поддерживает руку за локоть в приведенном положении.

#### **Задача № 2**

Больная Е., 60 лет, поскользнулась и упала на тротуаре на разогнутую кисть левой руки. Жалуеться на боли в области лучезапястного сустава, усиливающиеся при движении. Область лучезапястного сустава деформирована, пальпация резко болезненна.

#### **Задача № 3**

Больной П., 40 лет, упал на ноги с высоты 3-х метров. Жалуеться на боли в правом тазобедренном суставе, невозможность движений в нем. При осмотре правая нога согнута в тазобедренном и коленном суставах, отведена и ротирована кнаружи. Под пупартовой связкой определяется ограниченная округлая припухлость, плотная при пальпации, большой вертел не прощупывается, стопа и пальцы цианотичные, пульс на тыльной артерии стопы не прощупывается.

#### **Задача № 4**

Больная Т., 50 лет, обратилась с жалобами на постоянные боли ноющего характера в правой паховой области, усиливающиеся при ходьбе, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. Объективно: у больной в правом тазобедренном суставе определяется: сгибание -  $70^{\circ}$ , разгибание -  $0^{\circ}$ , отведение -  $15^{\circ}$ , приведение -  $15^{\circ}$ , наружная ротация -  $0^{\circ}$ , внутренняя -  $0^{\circ}$ .

#### **Задача № 5**

Больной М., 26 лет, обратился с жалобами на боли в спине и пояснице, боли в области сердца, возникающие при подъеме тяжестей, вынужденном положении, длительном стоянии. Объективно: у больного имеется опущение угла правой лопатки и надплечья на 1,5 см. При наклоне определяется выбухание грудной клетки слева. Имеется асимметрия расположения сосков на 1 см. В нижнегрудном и поясничном отделе выражен дефанс паравертебральных мышц.

#### Задача № 6

Сержант Т., 27 лет, получил слепое осколочное ранений мягких тканей левого плеча. Товарищами ему была наложена повязка из индивидуального пакета. В связи с тем, что повязка сильно промокла кровью оказывающие первую помощь наложили жгут в средней трети плеча, использовав для этого кусок шпагата. Попутной машиной раненый был доставлен на МПП. При поступлении пострадавший несколько бледен, пульс на здоровой руке 92 в минуту. Раненая рука подвешена на пояском ремне. Повязка промокла подсохшей кровью. Импровизированный жгут затянут туго, кисть холодная, тыльная флексия кисти и пальцев отсутствует.

#### Задача № 7

Больная П., 66 лет, обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования, расположенного на передней поверхности брюшной стенки, периодические боли в области его.. Из анамнеза: три года назад оперирована по поводу гангренозно-перфоративного холецистита, желчного перитонита. Через 2 месяца после операции отметила появление опухолевидного образования в области послеоперационного рубца. Постепенно образование увеличилось в размерах, появились боли. Сопутствующие заболевания: ИБС: стенокардия напряжения, ФК II; Гипертоническая болезнь II стадии. При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Отмечается выраженная асимметрия живота за счет опухолевидного образования размером 20x25x18 см, мягко-эластической консистенции, невправимого в брюшную полость, расположенного в области старого послеоперационного рубца.

#### Задача № 8

Больная Г., 59 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в правой голени, повышение температуры тела до 38,5<sup>0</sup>С. Заболела неделю тому назад. Лечилась самостоятельно путем применения спиртовых компрессов на голень. Боли не прошли, стойко держалась высокая температура тела. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Местно: кожа голени гиперемирована по ходу варикозно расширенной вены в нижней трети голени, там же уплотнение кожи. Умеренный отек голени, движения в суставах конечности пассивные. В средней трети голени язва размерами 2x3 см с подрытыми краями, умеренным гнойным отделяемым. В очаге уплотнения вены имеется флюктуация.

#### Задача № 9.

Больная И., 64 лет, предъявляет жалобы на боли и тяжесть в правом подреберье особенно при приеме жирной и жареной пищи; сильную отрыжку горечью, усиливающуюся после приема пищи; периодическое срыгивание, особенно при наклонах туловища вперед после еды Подобные расстройства беспокоят около двух лет. При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии и правом подреберье. При обследовании: УЗИ - выявлены конкременты в желчном пузыре, ФГДС – рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки, несостоятельность кардиоэзофагеального жома, катаральный рефлюкс-эзофагит; рентгеноскопия пищевода и желудка с бариевой взвесью: пищевод укорочен, складки слизистой кардиального отдела желудка находятся выше диафрагмы. Задача № 10

Больной Т., 38 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость и головокружение после приема пищи. Из анамнеза: 1,5 года назад оперирован по поводу кровотокающей язвы



ДПК, произведена резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Через 2-3 месяца после операции начали беспокоить приступы слабости, головокружения после приема сладких и молочных блюд, супов. Приступы возникают через 20-30 мин после приема пищи, сопровождаются потливостью и сердцебиением, чувством переполнения желудка. После приема пищи вынужденно принимает горизонт. положение, которое приносит некоторое облегчение. Последние полгода периодически беспокоит диарея, стул жидкий водянистый, до 3-4 раз в сутки, иногда – с примесью непереваренной пищи. Похудел на 10 кг. Объективно: Общее состояние удовл. Обычного питания. Рс 70 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Живот не вздут, мягкий, б/б. Определяется красный дермографизм. Через 20 мин после приема внутрь 150 мл 50% раствора глюкозы появилась резкая слабость, потливость. АД снизилось до 100/60 мм рт ст, тахикардия до 90 в мин.

## **9. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики**

### **а. Основная литература:**

1. Хирургия печени и поджелудочной железы / Под редакцией Джеймса О. Гардена ; пер. с англ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. (ЭБС КВ, КС)
2. Хирургия пищевода и желудка / под ред. С. М. Гриффина, С. А. Реймса ; пер. с англ. под ред. Ю. М. Стойко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. (ЭБС КВ, КС)
3. Хирургия печени: руководство. Альперович Б.И. 2013. - 352 с.: ил. (Серия "Библиотека врача-специалиста") (ЭБС КВ, КС)
4. Общая хирургия: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАРМедиа, 2015. - 728 с. : ил. (ЭБС КВ, КС)
5. Клиническая хирургия : национальное руководство : в 3 т. / Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. ( библиотека, ЭБС КВ, КС)
6. Сосудистая хирургия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 464 с. : ил. (ЭБС КВ, КС)
7. Эндокринная хирургия / под ред. И. И. Дедова, Н. С. Кузнецова, Г. А. Мельниченко. - М. : Литтерра, 2014. - 344 с. - (Серия "Практические руководства"). (Библиотека, ЭБС КВ, КС)
8. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство : краткое издание / под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, В.А. Кубышкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 912 с. : ил. (ЭБС КВ, КС)
9. Хирургия геморрагического инсульта / В. В. Крылов [и др.]. - М. : Медицина, 2012. - 336 с (ЭБС КС)
10. Дж.Д. Бэард, П.А. Гэйнс. Сосудистая и эндоваскулярная хирургия / Дж.Д. Бэард, П.А. Гэйнс; пер. с англ. - 3-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. (ЭБС КС)
11. Эндоскопия. Базовый курс лекций: учебное пособие / Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с. : ил. (ЭБС КС)
12. Хирургические болезни: учебник. Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. / Под ред. А.Ф. Черноусова. 2012. - 664 с.: ил. (ЭБС КС)
13. Панкреатит : монография / Н. В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, В. Ф. Цхай и др. ; под ред. Н. В. Мерзликина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 528 с. : ил. (ЭБС КС)
14. Беккер Д. М., Стучи А. Ф. Основы хирургии / Д. М. Беккер, А. Ф. Стучи; пер. с англ. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
15. Амбулаторно-поликлиническая хирургия : учебник для студентов ст. курсов, интернов и клинич. ординаторов-хирургов / Первый Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. И. П. Павлова ; под ред. В. В. Гриценко, С. М. Яшина. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2013. - 451 с., [2] л. цв. ил : ил., табл

16. Диагностика острых заболеваний живота : руководство / А. П. Власов, М. В. Кукош, В. В. Сараев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с. : ил., табл. - (Б-ка врача-специалиста: Хирургия), М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 448 с
17. Способ лечения рубцовых стенозов и рубцовой облитерации трахеи с применением бронхоскопических лазерных вмешательств : метод. рекомендации для врачей / В. А. Герасин, И. В. Мосин, А. В. Герасин ; Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. госпит. хирургии № 1 с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПО. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2012. - 14, [1] с. : ил.
18. Желчнокаменная болезнь : практ. пособие для студентов, интернов, клинич.ординаторов и врачей разл. специальностей / В. М. Седов, А. В. Мжельский ; Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. фак. хирургии. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2013. - 39 с.
19. Дисгормональные гиперплазии и доброкачественные новообразования молочной железы : практ. пособие для клинич. ординаторов и врачей-хирургов фак-ов последиплом. образования мед. вузов / А. Н. Галилеева, В. В. Гриценко ; Первый Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. госпит. хирургии № 2 им. акад. Ф. Г. Углова. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2014. - 44 с. :
20. Острые желудочно-кишечные кровотечения : пособие для студентов 6 курса лечеб. фак., интернов и клинич. ординаторов / О. Н. Эргашев, Ю. М. Виноградов ; [под ред. С. М. Яшина] ; Первый Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. госпит. хирургии № 2 им. акад. Ф. Г. Углова. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2014. - 35
21. Рак молочной железы : практ. пособие для студентов, интернов, клинич. ординаторов и врачей различных специальностей / [В. М. Седов и др.] ; Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. фак. хирургии. - 3-е изд. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2011. - 51 с. : ил
22. Хирургия ишемической болезни сердца : практ. пособие для студентов, интернов, клинич.ординаторов и врачей различных специальностей / В. М. Седов, А. С. Немков, М. С. Богомоллов ; Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. фак. хирургии. - 2-е изд. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2012. - 62 с. : ил
23. Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей : практ. пособие для студентов, интернов, клинич. ординаторов и врачей различных специальностей / В. М. Седов, А. В. Шатравка, М. С. Богомоллов ; Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. фак. хирургии. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2013. - 64 с. : ил., табл.
24. Рак пищевода : практ. пособие для студентов, интернов и клинич.ординаторов / В. М. Седов, В. П. Морозов, О. Я. Порембская ; Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. фак. хирургии. - 3-е изд., испр. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2012. - 63 с. : ил., табл.
25. Шов сосудов и его применение при операциях на артериях и венах : практ. пособие для студентов ст. курсов, интернов, клинич. ординаторов, врачей курса последиплом. обучения, хирургов разных специальностей / В. Н. Вавилов, И. Ю. Сенчик ; ред. В. М. Седов ; Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. фак.хирургии. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2010. - 35 с. : ил
26. Геморрой. Клиника, диагностика, методы лечения : метод. руководство для врачей / [С. В. Васильев, И. М. Иткин, Д. Е. Попов] ; Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. хирург. болезней с курсом колопроктологии стоматол. фак. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2011. - 22 с. : ил.
27. Болезни оперированного желудка (профилактика и лечение: совместная позиция терапевта и хирурга) : руководство для врачей / А. Ю. Барановский, К. В. Логунов, О. Б. Протопопова. - СПб. : Изд. дом СПбМАПО, 2010. - 379 с. : ил., табл.

28. Профилактика и лечение послеоперационных осложнений у больных раком прямой кишки : пособие для врачей / [С. В. Васильев, Д. Е. Попов, М. В. Оношко и др.] ; Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. хирург. болезней с курсом колопроктологии стоматол. факультета. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2011. - 39 с. : ил., табл.

**11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.**

Электронные базы данных:

- "Консультант+"
- ЭБС «Консультант студента»
- База данных рефератов и цитирования SCOPUS.
- Электронный информационный ресурс ClinicalKey
- ЭБС «Консультант врача»

**12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики**  
Обеспечивается отделениями хирургии ФГБУ НМХЦ им. Н.И. Пирогова

№ п/п	Наименование помещения	Перечень медицинской техники (оборудования) используемой Учреждением совместно с Учебным заведением	Адрес, месторасположение
	Перевязочная для гнойных перевязок	Стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, набор хирургических инструментов для выполнения манипуляций, облучатель бактерицидный ОБН-150, противошоковый набор, светильник медицинский бестеневая лампа , набор и укладка для экстренных и лечебных мероприятий, расходные материалы в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью	Ул. Нижняя Первомайская д.70
	Процедурный кабинет для внутривенных инъекций	Тонометр, фонендоскоп, термометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных, профилактических и лечебных мероприятий, облучатель бактерицидный ОБН-150, системы для внутривенных инфузий и расходные материалы в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью	Ул. Нижняя Первомайская д.70

	Процедурный кабинет для внутримышечных инъекций	Тонومتر, фонендоскоп, термометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных, профилактических и лечебных мероприятий, облучатель бактерицидный ОБН-150 системы для внутривенных инфузий и расходные материалы в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью	Ул. Нижняя Первомайская д.70
	Консультативный кабинет	Тонومتر, фонендоскоп, стетоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный ОБН-150.	Ул. Нижняя Первомайская д.70 Ул. Нижняя Первомайская д.65 КДЦ «Измайловский»
	Операционная №1	Электрохирургический аппарат Ethicon-Endo (ультразвуковой коагулятор) ; Эндовидеохирургический комплекс Olympus; Аппарат высокочастотной хирургии MBC Soring Универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу; Стол операционный М-1650 Светильник медицинский MC Rilux (42016412988); Аппарат наркозно-дыхательный Отсасыватель ручной (ножной) электрический Облучатели бактерицидные 6 шт; Видеогастроскоп операционный Olympus Наборы хирургического (в т.ч. эндовидеохирургического и микрохирургического инструментария ) и расходные материалы в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью	Ул. Нижняя Первомайская д.70

	<p>Отделение анестезиологии и реанимации №6</p>	<p>Палата интенсивной терапии</p>	<p>Противошоковый набор №2;          Экспресс-анализатор лабораторный; Набор и укладка для экстренных, профилактических и лечебных мероприятий;          Электрокардиограф          Облучатели бактерицидные;          Аппарат искусственной вентиляции легких 5 шт;          Инфузомат          Отсасыватель послеоперационный          Дефибриллятор с функцией синхронизации          Роторасширитель одноразовый;          Языкодержатель;          Жгут резиновый кровоостанавливающий;          Набор для кониктомии (одноразовый); Дефибриллятор-монитор автоматический портативный          Предметы индивидуального ухода и расходные материалы в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью расходный</p>	<p>Ул. Нижняя Первомайская д.70</p>
	<p>Кабинет электрофизиологии</p>	<p>Комплекс электроэнцефалографический компьютерный ЭЭГЦ-24-01</p>	<p>Ул. Нижняя Первомайская д.70</p>	