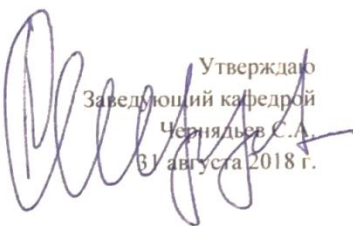


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра хирургических болезней и сердечно – сосудистой хирургии


Утверждаю
Заведующий кафедрой
Чернявский С.А.
31 августа 2018 г.

Методические указания к практическим занятиям по элективу

Хирургические заболевания желудка и ДПК

Специальность «лечебное дело» 31.05.01.

Уровень высшего образования специалитет

Квалификация «врач – лечебник»

**Екатеринбург
2018**

УДК 617.55

ББК

Хирургические болезни. Учебно - методическое пособие/ Под редакцией Чернядьев С.А.
– Екатеринбург, 2018. –15с.

В настоящем издании предлагаемом образовательным стандартом, в соответствии со специальностью 31.05.01. «лечебное дело», квалификации врач – лечебник, представлены современные принципы диагностики и лечения осложнений язвенной болезни.

Рекомендации предназначены для студентов 4,5,6 курсов медицинских ВУЗов, обучающихся по специальности лечебное дело

Составители:

В.И.Овчинников – доцент кафедры

А.А.Ушаков – доцент кафедры

С.А.Чернядьев – профессор кафедры, зав.кафедрой.

Ответственный редактор:

ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ, 2018г.

ISBN

Содержание.

Язвенная болезнь, осложненная кровотечением-----	6
Язвенная болезнь, осложненная перфорацией-----	9
Список литературы-----	14

Методическое указание.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Показать значимость проблемы кровотечения и перфоративной язвы в клинике. Обучить студента основам диагностики язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, а также принципам хирургического лечения и реабилитационным мероприятиям при этом заболевании.

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ:

Студент должен знать:

Анатомию и физиологию желудка, гистологическое строение слизистой желудка (главные, обкладочные, слизиобразующие клетки, гастриновые клетки), фазы желудочной секреции.

Заболеваемость язвенной болезнью.

Причины возникновения язвы в желудке и 12-перстной кишке (особенность этиопатогенеза язвы желудка и 12-перстной кишки).

Стадии течения и ее осложнения.

Особенность клинического течения язвы желудка и 12-перстной кишки, особенность осложнений в зависимости от локализации язвы.

Клинику прободной язвы и особенность клинического течения при атипичных и прикрытых перфорациях (метод оперативного лечения и методика консервативной терапии в экстремальных ситуациях до доставки больного в хирургический стационар)

Методы исследования желудка и 12-перстной кишки.

Принципы хирургического лечения перфоративной язвы.

Принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода.

Виды операций при язвенной болезни.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде, их клинику, диагностику и лечение. Результаты различных видов лечения язвенной болезни.

Студент должен уметь:

Правильно собрать анамнез и провести объективное исследование больного.

Поставить предварительный диагноз с указанием локализации язвы и осложнений.

Наметить план обследования больного.

Оценить данные дополнительных методов исследования с целью уточнения диагноза.

Читать и интерпретировать:

а) общие и биохимические анализы; б) данные эндоскопических исследований желудка и ДПК;

в) рентгенограммы желудка и 12-перстной кишки; г) по данным исследования желудочного содержимого судить о типе

желудочной секреции.

Диагностировать осложнения в раннем и отдаленном периоде после операций на желудке.

Наметить план лечения больного. Оценить исход лечения и дать рекомендации по реабилитации и трудоспособности.

Оформлять документацию больных с различными формами заболевания и осложнений язвенной болезни (амбулаторная карта, история болезни,

курортная карта, посылный лист на ВТЭК, документы при выписке из стационара, справка, выписка из истории болезни, больничный лист, справка о предоставлении путевки и т. п.).

Уметь провести дифференциальную диагностику с хроническим гастритом в стадии обострения, с раком желудка, с перфоративным аппендицитом, перфорацией язвы тонкой кишки, деструктивным панкреатитом, перфоративным холециститом, разрывом полого органа, псевдоперитонитом.

Компетенции, формируемые в процессе самостоятельной работы на кафедре:

шифр	Содержание компетенции	знать	уметь	владеть
1	2	3	4	5
ОК-1,	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	-	-	-
ОК-4	Способности действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	-	-	-
ОПК-4	способности и готовности реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности,	Особенности этики и деонтологии	Установить контакт с пациентом и его родственниками	Принципами медицинской этики и деонтологии при общении с пациентом и его родственниками
ОПК-6	готовности к ведению медицинской документации,	Медицинскую документацию: - история болезни (амбулаторная карта);	На основании проведения исследования органов пищеварения оформить фрагмент истории болезни	-
ОПК-8	готовности к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач,	Фармакологическое и группы препаратов, показания, противопоказания к назначению	Назначать медикаменты согласно современным клиническим рекомендациям	Фармакологическими и группами препаратов, их совместимость, показания к назначению
ОПК-9	способности к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач,	Анатомо-физиологические особенности органов организма человека	Провести исследование организма человека в целом по системам	Методикой исследования организма человека по системам
ОПК-11	готовности к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	Назначение и правила использования хирургического инструментария	Использовать хирургический инструментарий на практике	Техникой использования инструментов в хирургии
ПК-5	готовности к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или	Методику исследования	Провести исследование по системам, выявить симптомы поражения	Методикой исследования организма человека

	отсутствия заболевания,			
ПК-6	способности к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра,	Международную классификацию болезней 10 пересмотра (МКБ - 10)	Применять на практике знания нозологических форм и способов их кодировки в МКБ - 10	Знаниями по кодированию наиболее часто встречающихся хирургических болезней по МКБ 10
ПК-7	готовности к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека,	Экспертизу временной нетрудоспособности, констатацию биологической смерти	Провести экспертизу временной нетрудоспособности, биологической смерит	Проведением временной нетрудоспособности, констатацией биологической смерти
ПК-8	способности к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами,	тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями	Определить тактику при заболеваниях	Тактикой ведения пациентов с различными заболеваниями
ПК-10	готовности к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи,	Правила и методы оказания первой медицинской помощи при неотложных ситуациях	Применять на практике оказание медицинской помощи	Оказанием первой медицинской помощи
ПК-11	готовности к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства,	Правила оказания скорой медицинской помощи	Оказывать скорую медицинскую помощь	Правилами оказания скорой медицинской помощи
ПК-20	готовности к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	Принципы работы с научно-медицинской литературой по теме занятия.	Получать и представлять дополнительную информацию по теме занятия.	-

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ: 4 часа - 180 мин.

Язвенная болезнь, осложненная кровотечением

Острые язвенные кровотечения наблюдаются приблизительно у 10-15% больных ЯБ. Особенно часто кровоточат язвы задней стенки ДПК. Клиника зависит от величины кровопотери, скорости кровотечения, общего исходного состояния, сопутствующей патологии и складывается из трех основных составляющих:

1. клиники предшествующего обострения язвенной болезни;
2. клиники постгеморрагической анемии;
3. наличия крови в желудочно-кишечном тракте.

Как правило, у больных на фоне обострения язвенной болезни или клинического благополучия появляется резкая общая слабость,

головокружение, "шум в ушах", жажда, холодный пот. Эти симптомы свидетельствуют о скрытом периоде кровотечения. Основными внешними проявлениями желудочно-кишечного кровотечения являются рвота с примесью крови, дегтеобразный стул, нарушение гемодинамики. Кривая рвота может иметь вид "кофейной гущи". Это объясняется тем, что излившаяся в желудок кровь подвергается воздействию желудочного сока. Гемоглобин под влиянием соляной кислоты превращается в солянокислый гематин, имеющий цвет кофейной гущи. Черный цвет кала при кровотечении (мелена) объясняется присутствием сернокислого железа, образующегося в кишечнике из гемоглобина под влиянием протеолитических ферментов.

Различают три степени кровопотери:

1. Легкая степень. Характеризуется однократной не обильной рвотой или меленой. Общее состояние удовлетворительное. Небольшая бледность кожи и слизистых. Пульс удовлетворительного наполнения, 80-90 ударов в минуту. АД не ниже 100/70 мм рт.ст. Дефицит ОЦК до 20%.

2. Средняя степень. Характеризуется обильной, часто повторяющейся рвотой кровью и "кофейной гущей", меленой. Общее состояние средней тяжести. Выраженная бледность кожи, липкий пот. Жалобы на выраженную слабость, головокружение. Пульс 100-120 ударов в минуту. АД 80-90 мм рт.ст. Дефицит ОЦК 20-30%.

3. Тяжелая степень. Обильная частая кровавая рвота и мелена. Состояние тяжелое или крайне тяжелое. Кожа и слизистые резко бледные. Возможна потеря сознания. Пульс слабый, 130-140 ударов в минуту. АД 70-50 мм рт.ст. и ниже. Дефицит ОЦК свыше 30%. В ряде случаев при этой степени состояние расценивается как **геморрагический шок**.

Для определения степени кровопотери большое значение имеет определение дефицита объема циркулирующей крови и глобулярного объема. В диагностике источника и характера кровотечения наиболее информативна фиброгастродуоденоскопия.

Кровотечения язвенного генеза дифференцируют с двумя группами кровотечений:

1. Связанными с поражением желудка и кишечника: опухоли желудка и кишечника, эрозивный гастрит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, дивертикулы пищевода, синдром Мэллори-Вейса, болезнь Ослера.

2. Не связанными с поражением желудка: портальная гипертензия при циррозе печени, геморрагический диатез.

При поступлении больного проводится комплекс диагностических и лечебных мероприятий. После обычного клинического обследования (пульс, АД, определение количества эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, цветного показателя, ОЦК) больному вводится желудочный зонд и назначается очистительная клизма. Наличие крови в желудке и кишечнике

является показателем кровотечения. Кроме того, освобождение желудка и кишечника от крови является лечебным мероприятием, так как всасывание крови приводит к гипокоагуляции. При решении вопроса об оперативном лечении учитывается, остановилось кровотечение или продолжается, степень кровопотери, вероятность рецидива кровотечения, наличие кровотечений в анамнезе и другие факторы.

Алгоритм действий при кровотечении язвенной этиологии:

1. выяснение локализации источника и характера кровотечения (ФГДС);
2. попытка эндоскопической остановки кровотечения.

Виды гемостаза: - медикаментозный;
- инфильтрационный;
- механический;
- физический.

При неэффективности эндоскопического гемостаза или невозможности его проведения при кровотечении высокой интенсивности показано экстренное оперативное вмешательство без какой-либо предоперационной подготовки на высоте кровотечения.

3. при диагностировании остановившегося кровотечения из язвы или его эффективной эндоскопической остановки дальнейшая тактика зависит от степени вероятности рецидива кровотечения.

Основные критерии риска рецидива кровотечения:

1. морфологическая характеристика язвенного дефекта;
2. тяжесть степени кровопотери;
3. рецидивный характер кровотечения.

Классификация эндоскопической картины кровотечения по Forrest (% - вероятность рецидива):

- F1** Продолжающееся кровотечение: **F1a** струйное кровотечение (90%)
F1b диффузное, подтекание крови из-под сгустка (30%)
- F2** Остановившееся кровотечение:
F2a наличие тромбированного сосуда (50%)
F2b сгусток крови, закрывающий язву, фиксированный тромб (20%) **F2c** наличие точечных тромбов (менее 5%)
- F3** Отсутствие признаков кровотечения (менее 5%)

При высоком риске рецидива показано оперативное лечение после кратковременной подготовки в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. При низком риске рецидива показана комплексная медикаментозная терапия с динамическим наблюдением и эндоскопическим мониторингом состояния источника кровотечения.

Эндоскопический контроль гемостаза при кровотечении язвенной этиологии:

Forrest 1a – через 3 часа

Forrest 1b – через 3 часа

Forrest 2a – через 6 часов

Forrest 2b – через 6 часов

Forrest 2c – по клиническим и лабораторным показаниям

Forrest 3 - по клиническим и лабораторным показаниям.

Формирование диагноза при язвенной болезни, осложненной кровотечением:

1. нозологическая форма (язвенная болезнь);
2. локализация (желудок, ДПК);
3. вид осложнения (кровотечение);
4. проявление осложнения (степень кровопотери).

Оперативное лечение язвенной болезни, осложненной кровотечением

Профузное кровотечение из язвы, продолжающееся или возобновившееся кровотечение любой интенсивности является абсолютным показанием к экстренной операции.

Остановившееся кровотечение из язвы является абсолютным или относительным показанием к оперативному лечению в зависимости от степени вероятности рецидива кровотечения.

Возможность предоперационной подготовки имеется лишь при остановившемся кровотечении и заключается, как правило, в проведении:

- заместительной терапии (гемотрансфузии эритроцитарной взвеси);
- гемостатической терапии (дицинон, викасол, аминокапроновая кислота, транексамовая кислота);
- противоязвенной терапии (омепразол (омал) в\венно, фамотидин и др.);
- гемодинамической и респираторной поддержке (при необходимости).

При продолжающемся кровотечении любой интенсивности и невозможности или неэффективности эндоскопического гемостаза операция выполняется на высоте кровотечения под прикрытием гемодинамической поддержки и заместительной терапии независимо от тяжести состояния больного, степени кровопотери и характера язвенного дефекта.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, ОСЛОЖНЕННАЯ ПЕРФОРАЦИЕЙ

Частота прободных язв желудка и ДПК варьирует от 3 до 30% по отношению ко всем больным ЯБ. Прободные язвы наблюдаются преимущественно у мужчин и лишь в 1-2% у женщин.

Перфорация язвы может возникать в любом возрасте, чаще в 30-40 лет.

Чаще осложняются перфорацией язвы ДПК (70-75%). Перфоративное отверстие локализуется в 90% на передней стенке. Провоцирующими факторами прободения могут быть резкие сокращения мышц брюшного пресса, травма, физическое напряжение, переполнение желудка пищей, алкоголь. Однако прободение может наступить и в состоянии покоя, во сне. Важное значение имеет психо-эмоциональное состояние. Перфорации чаще наблюдаются в осенне-весенний период.

Различают следующие формы перфораций:

1. Открытая перфорация в свободную брюшную полость (87%).
2. Прикрытая перфорация (9%).
3. Атипичные формы перфораций: в забрюшинную клетчатку, малый сальник, сальниковую сумку и т.д.

Клиника перфоративной язвы складывается из 3-х основных составляющих:

1. болевой синдром;
2. перитонеальная симптоматика;
3. клиника предшествующего обострения язвенной болезни.

При открытой перфорации отмечается характерная клиническая картина, главными симптомами которой являются острая боль в верхней половине живота, напряжение брюшной стенки, внезапная слабость. Внезапно возникшая боль в верхнем отделе живота характеризуется очень высокой интенсивностью, такую боль сравнивают с ударом кинжалом. Больной покрывается холодным потом, бледнеет. Сила боли обусловлена раздражением брюшины излившимся содержимым желудка и ДПК. В первый момент боль локализуется в эпигастрии и правом подреберье, затем распространяется по всему животу. При дуоденальных язвах она распространяется по правому флангу, симулируя аппендицит. Больной принимает вынужденное положение - неподвижно лежит на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами. Некоторые больные сидят, охватив руками согнутые в коленях ноги - "поза мадонны". Иногда боль иррадирует в правую ключицу - симптом Экслера.

Напряжение мышц брюшной стенки - второй главный симптом прободения. Брюшная стенка при пальпации "твердая, как доска". Живот не участвует в акте дыхания. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. У худых людей четко контурируют прямые мышцы живота - симптом Чугаева. В последующем, по мере развития перитонита, наступает расслабление мышц.

Язвенный анамнез является третьим главным признаком прободения. У подавляющего числа больных удается выявить "желудочные жалобы". Нередко перфорация наступает на фоне обострения ЯБ. Реже (2-10%) прободение развивается на фоне полного благополучия. К другим признакам перфорации относятся сухость во рту, жажда, задержка стула. Рвота

наблюдается у 20% больных и носит рефлекторный характер. Пульс в первые часы прободения может быть редким, затем учащается. Большое значение имеет обнаружение газа в свободной брюшной полости. Перкуторно отмечается исчезновение "печеночной тупости". При перемещении на левый бок по подмышечной линии определяется тимпанит. Кроме перкуссии, наличие газа в брюшной полости может быть установлено рентгенологическим исследованием - симптом "серпа" (20-50%). В трудных случаях установить правильный диагноз можно при рентгеноскопии с дачей контрастного вещества per os.

Прикрытые перфорации составляют до 9%. Перфоративные отверстия в этих случаях прикрываются расположенными рядом органами или частицами пищи. В результате прекращается поступление содержимого желудка и ДПК в брюшную полость. В клинике прикрытой перфорации можно наблюдать два периода:

1. Типичная картина открытой перфорации.
2. Постепенное исчезновение симптомов.

Диагностика прикрытых перфораций трудна. Часто диагноз может быть установлен лишь при лапароскопии.

Атипичные перфорации (1-4%) составляют особую группу. При прободении задней стенки ДПК, кардиального отдела перфорация происходит в забрюшинную клетчатку. К атипичным относят также перфорации язв в малый сальник и сальниковую сумку. Клиника атипичных прободений стертая, диагностика трудна.

Дифференциальная диагностика проводится с перфорацией опухоли желудка, перфорацией тонкой и толстой кишки, острыми воспалительными заболеваниями органов брюшной полости.

В клинической картине перфоративных гастродуоденальных язв выделяют три фазы:

- 1) абдоминальный шок - до 6 часов от момента перфорации;
- 2) период мнимого благополучия - 6-12 часов;
- 3) период разлитого перитонита - после 12 часов.

Формирование диагноза при язвенной болезни, осложненной перфорацией:

1. нозологическая форма (язвенная болезнь);
2. локализация (желудок, ДПК);
3. вид осложнения (перфорация);
4. проявление осложнения (перитонит).

Классификация перитонита как осложнения при перфоративной язве:

1. по распространенности: местный, диффузный, разлитой;

2. по характеру выпота: серозный, фибринозный, гнойный и их сочетание.

Установленный диагноз прободной язвы желудка и ДПК является абсолютным показанием к экстренной операции.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:

Этиопатогенез язвенной болезни желудка и ДПК.
Классификация язвенной болезни желудка и ДПК.
Клиническая картина прободной язвы желудка
Дифференциальная диагностика прободной язвы
Методы обследования желудочно-кишечного тракта
Хирургическая тактика при прободной язве

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ:

На занятии студенту необходимо выполнить: Уметь правильно сформулировать диагноз при прободной язве
Сформировать алгоритм обследования в приёмном покое у больного с подозрением на прободную язву

Исходя из лабораторных и клинических показателей, оценить тяжесть состояния пациента 6.4.Обосновать необходимость предоперационной подготовки, расписать подготовку.

Описать рентгенограмму желудка 6.6.оформить лист назначений пациенту, поступившему в стационар с прободной язвой

ВОПРОСЫ К ИТОГОВЫМ КОНТРОЛЯМ ПО ДАННОЙ ТЕМЕ:

Вопросы к рубежным контролям (тестовые вопросы или их аналоги, аналоги ситуационных задач):

После установления диагноза перфоративной язвы, осложненной разлитым перитонитом, показано:

1. массивная антибиотикотерапия;
2. лапароскопия;
3. дезинтоксикационная терапия;
4. экстренная операция после предоперационной подготовки;
5. экстренная операция без предоперационной подготовки. Ответ: 4

Дренирование брюшной полости при перфорации язвы показано при:

6. местном перитоните;
7. больших размерах язвы;
8. прикрытой перфорации;
9. тяжелом состоянии больного;
10. разлитом перитоните.

Ответ: 10

Наиболее рациональными путями введения антибиотиков при перфоративной язве являются:

1. пероральный;

2. внутримышечный;
3. внутривенный;
4. внутриполостной;
5. эндолимфатический

. Ответ: 3

При послеоперационном гастростазе показано:

1. антибактериальная терапия;
2. нутритивная поддержка;
3. электростимуляция желудка;
4. H₂-гистаминоблокаторы;
5. противовоспалительная терапия.

Ответ: 3

Окончательный выбор объема операции при перфоративной язве зависит от:

1. тяжести состояния больного;
2. сроков с момента перфорации;
3. распространенности перитонита;
4. размеров и локализации язвы;
5. все перечисленное

Ответ: 5

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ

Конспектирование учебника. Повторение пройденного теоретического материала. Работа с лекционным материалом - составление плана, проработка конспекта лекции, дополнение конспекта рекомендованной литературой

ОЦЕНИВАНИЕ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ НАВЫКОВ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ (согласно БРС)

Посещение одного практического занятия – от 2 до 3 баллов с шагом 0,5 балла (в соответствии с п. 3.6). Количество баллов, полученных студентом за практическое занятие определяется преподавателем в зависимости от активности студента и проявленных им знаний по теме занятия. Студент, опоздавший на занятие, не может получить за это занятие более половины минимального количества баллов. Опозданием считается прибытие студента на занятие после его начала. Добор баллов путем отработок опозданий не допускается.

Доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы выполненные самостоятельно по заданию преподавателя или по инициативе студента оцениваются в 1-4 баллов. Количество баллов за доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы не может в течение семестра превышать 20. Тема доклада, реферата, презентации, учебного фильма, webстраницы должна быть согласована с преподавателем до начала работы. Студенту может быть отказано в баллах за представление доклада, реферата, презентации, учебного фильма, webстраницы в случае представления материалов с отсутствием личного вклада обучающегося. Решение об отказе в этом случае принимается комиссионно с участием зав. кафедрой или ответственного за учебно-методическую работу на данном курсе. В случае использования кафедрой в дальнейшей работе материалов, предоставленных студентом, обязательна ссылка на авторство.

Рубежный (тематический) тестовый контроль по окончании дидактического модуля оценивается:
Тестовый контроль написан неудовлетворительно - 0 баллов. Тестовый контроль написан
удовлетворительно - 1 балл (правильно отвечено на два или три вопроса). Тестовый контроль
написан хорошо или отлично - 2 балла (правильно отвечено на четыре вопроса или все вопросы).

Список литературы.

Учебники:

1. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с. : ил.
2. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 2 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 688 с. : ил.
3. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с. : ил. Хирургические болезни: В 2-х т.. Т.2 / Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 400 с.: ил.
4. Хирургические болезни / Под ред. А.Ф. Черноусова Год издания: 2010 Издательство: ГЭОТАР-Медиа.
- с Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 2 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 600 с. : ил.
6. Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 1 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. :

ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 400 с. : ил.

7. Урология / Под ред. Н.А.Лопаткина. Год издания: 2010 Издательство: ГЭОТАР-Медиа.

Электронная база «Консультант студента»

1. Хирургические болезни. В 2-х т. Том 1 [Электронный ресурс] : учебник / Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434567.html>
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>
3. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html>
4. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431306.html>
5. Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. А.Ф. Черноусова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421161.html>
6. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Кириенко А.И., Шулутко А.М., Семиков В.И. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420393.html>
7. История медицины и хирургии [Электронный ресурс] / Мирский М.Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414293.html>
8. Хирургические болезни. Том 2 [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. В.С. Савельева, А.И.Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417645.html>

Электронные базы данных

www.общество-хирургов.рф
www.bmj.com
www.consilium-medicum.com
www.medscape.com
www.pubmed.org
www.rmj.ru

Электронные учебные издания.

- 1.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Общая часть [Электронный ресурс]. - Электрон. дан. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.
- 2.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. - Электрон. дан.. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.

- 3.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. Вып. 5. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
- 4.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия желудка, двенадцатиперстной кишки, селезенки, надпочечников [Электронный ресурс]. Вып. 3. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
- 5.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия толстой кишки, операции при паховых грыжах [Электронный ресурс]. Вып. 4. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
- 6.Клиническая хирургия. Консультант врача. Электронная информационно-образовательная система на CD. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010 год.
- 7.Консультант врача CD-R. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний. Версия 1.1 / под ред. Ю.Н. Беленкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 год.
- 8.Стандарты медицинской помощи. Электронная информационно-образовательная система на CD. Версия 1.1. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 год.

Учебно-методическое пособие.

Чернядьев Сергей Александрович

Ушаков Алексей Александрович

Родионов Евгений Николаевич

Учебное издание

Редактор

Рекомендовано к изданию Центральным методическим советом ФГБОУ ВО УГМУ
Минздрава России

Технический редактор

Корректор

И сведения : дата сдачи в набор,

в печать (когда подписано),

Формат (60х90),

Бумага

Условных печатных листов

Тираж.заказ

Адрес редакции