

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 01.02.2018
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

УТВЕРЖДАЮ
И.о. ректора Л.М. Железнов
«27» июня 2018 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«Факультетская хирургия, урология»

Специальность: 31.05.02 Педиатрия

Направленность (профиль) ОПОП - Педиатрия

Форма обучения: очная

Срок освоения ОПОП: 6 лет

Кафедра факультетской хирургии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

1) ФГОС ВО по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденного Министерством образования и науки РФ «17»августа 2015г., приказ № 853.

2) Учебного плана по специальности 31.05.02 Педиатрия, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «27» июня 2018 г. протокол № 5.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

кафедрой факультетской хирургии «27» июня 2018 г., (протокол № 1)

Заведующий кафедрой

Прокопьев Е.С.

Ученым советом педиатрического факультета «27» июня 2018 г. (протокол № 6)

Председатель ученого совета факультета

О.Н. Любезнова

Центральным методическим советом «27» июня 2018 г. (протокол № 1)

Председатель ЦМС

Е.Н. Касаткин

Разработчики:

Заведующий кафедрой

Е.С. Прокопьев

Доцент кафедры

М.В. Тимин

Рецензенты

Заведующий кафедрой

детской хирургии

доктор медицинских наук, профессор

М.П. Разин

Главный внештатный специалист-детский хирург

Министерства здравоохранения

Кировской области,

кандидат медицинских наук

В.И. Лапшин

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины	4
1.2. Задачи изучения дисциплины	4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП	
1.4. Объекты профессиональной деятельности	4
1.5. Виды профессиональной деятельности	4
1.6. Формируемые компетенции выпускника	4
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	8
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	8
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	8
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	13
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	13
3.4. Тематический план лекций	14
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	17
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	23
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	25
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)	25
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	25
4.2.1. Основная литература	25
4.2.2. Дополнительная литература	26
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	27
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	27
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	28
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	29
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	31
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	31

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП

1.1. Цель изучения дисциплины

сформировать комплекс знаний об экстренных и неотложных хирургических заболеваниях органов пищеварительной и мочеполовой систем, профессиональных навыков их диагностики, принципов лечения и профилактики, необходимых при оказании первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.

1.2. Задачи изучения дисциплины:

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- диагностика заболеваний и патологических состояний у детей;
- диагностика неотложных состояний;
- оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
- ведение медицинской документации в медицинских организациях;
- изучить причины, механизмы развития, принципы предупреждения хирургических заболеваний органов пищеварительной и мочеполовой систем экстренного и неотложного характера;
- рассмотреть особенности клинической симптоматики наиболее часто встречаемых заболеваний хирургического и урологического профилей;
- обучить выбору оптимальных методов обследования при хирургических и урологических заболеваниях и составлению алгоритма дифференциальной диагностики;
- изучить маршрутизацию, лечебную тактику при экстренных и неотложных заболеваниях органов пищеварительной и мочеполовой систем;
- обучить проведению полного объема лечебных мероприятий среди пациентов с различными нозологическими формами болезней;
- изучить оптимальные схемы консервативного лечения наиболее часто встречающихся хирургических и урологических заболеваний;
- рассмотреть подходы к оперативному лечению жизнеугрожающих заболеваний, принципы послеоперационного ведения периоперационного периода.

1.3. Место дисциплины в структуре ОПОП:

Дисциплина «Факультетская хирургия, урология» относится к блоку Б 1. Дисциплины базовой части.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Топографическая анатомия и оперативная хирургия; Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия; Патофизиология, клиническая патофизиология; Пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика; Общая хирургия, лучевая диагностика.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Госпитальная хирургия, Детская хирургия; Травматология, ортопедия; Онкология, лучевая терапия.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины, являются:

- физические лица в возрасте от 0 до 18 лет (далее – дети, пациенты);
- физические лица-родители (законные представители) детей;
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья детей.

1.5. Виды профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины направлено на подготовку к следующим видам профессиональной деятельности: медицинская.

1.6. Формируемые компетенции выпускника

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства	
			Знать	Уметь	Владеть	Для текущего контроля	Для промежуточной аттестации
1	2	3	4	5	6	7	8
1	ОПК-4	способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	32. Основы медицинской деонтологии при работе с ... пациентами ...	У2. Соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать правила врачебной этики и деонтологии, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня; законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией	В2. Принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении ...	Чек-лист смоделированной клинической ситуации, контрольные вопросы	Чек-лист по оценке практических навыков
2	ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации	33. Правила оформления и схемы написания истории болезни, ...; системный	У3. Заполнять ... историю болезни ...	В3. Способностью оформлять истории болезни... в соответствии с	История болезни/лист курации,	Чек-лист по оценке практических

			подход к анализу медицинской информации		установленными требованиями	контрольные вопросы	навыков
3	ПК-5	готовностью 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 отсутствия заболевания	32. Понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные и морфологические основы болезней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем	У2. Собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни ..., провести опрос ..., объективное исследование систем органов ..., определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих	В2. Методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте	История болезни/лист курации, чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, ситуационные задачи, тестовые задания, реферат	Чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование

4	ПК-6	<p>способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.</p>	<p>31. Алгоритм определения статуса пациента</p>	<p>У1. Определять статус пациента: собирать анамнез, проводить опрос, провести обследование (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД и т.п.), оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания им медицинской помощи; проводить первичное обследование систем и органов, в т.ч. репродуктивной...</p>	<p>В1. Правильным ведением медицинской документации; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза; алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту</p>	<p>История болезни/лист курации, чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование</p>	<p>Чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование</p>
			<p>33. Причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики подростков и взрослого населения ... Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и</p>	<p>У3. Назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз</p>	<p>В3. Навыком составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыком проведения дифференциального диагноза; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики</p>	<p>История болезни/лист курации, чек-лист по оценке практических навыков, контрольные вопросы, ситуационные задачи, тестовые задания, реферат</p>	<p>Чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование</p>

			клиническую)				
5	ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	33. Заболевания ... пищеварительной, мочеполовой систем ...; алгоритм выбора ... хирургического лечения	У3. Назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое больному с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения	В3. Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях	История болезни/лист курации, чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование	Чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование
			34. Стандарты и протоколы при лечении различных нозологических форм заболеваний	У4. Выявлять жизнеугрожающие состояния, использовать методики их немедленного устранения; назначать медикаментозное и немедикаментозное лечение больным ... с неинфекционной патологией	В4. Способами диагностики и лечения острой кровопотери, ..., шока. Осуществлять противошоковые мероприятия; принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста	История болезни/лист курации, чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование	Чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование

Раздел 2. Объем дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 6 зачетных единиц, 216 часов.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры	
		№ 6	№7
1	2	3	4
Контактная работа (всего)	120	48	72
в том числе:			
Лекции (Л)	32	12	20
Практические занятия (ПЗ)	88	36	52
Самостоятельная работа (всего)	60	24	36

в том числе:					
- Заполнение листа курации		4,25	2	2,25	
- Написание истории болезни		1	-	1	
- Подготовка к занятиям		28,95	12	16,95	
- Написание реферата (в случаях лекционных пропусков)		16	6	10	
- Подготовка к текущему контролю		4,9	2	2,9	
- Подготовка к промежуточной аттестации		4,9	2	2,9	
Вид промежуточной аттестации	экзамен	контактная работа (ПА)	3	-	3
		самостоятельная работа	33	-	33
Общая трудоемкость (часы)		216	72	144	
Зачетные единицы		6	2	4	

Раздел 3. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам)

3.1. Содержание разделов дисциплины

№ п/п	Код компетенции	Наименование темы (раздела) дисциплины	Содержание темы (раздела)
1	2	3	4
1.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Раздел «Факультетская хирургия»	Структура оказания хирургической помощи при экстренных и неотложных заболеваниях органов пищеварительной системы. Документальное обеспечение лечебно-диагностического процесса на различных этапах медицинской помощи. Острая абдоминальная патология: причины, патогенез, современная классификация, клиническая, дополнительная и дифференциальная диагностика, вопросы лечебной тактики, принципы консервативного и хирургического лечения. Основы профилактики и амбулаторного наблюдения.
1.1.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Методика обследования больных с ургентной патологией желудочно-кишечного тракта	Структура, нормативно-правовое обеспечение медицинской помощи по профилю «хирургия». Этико-деонтологические аспекты в ургентной хирургии. Синдромология, особенности физического обследования, дополнительной диагностики и хирургического лечения острой абдоминальной патологии. Маршрутизация пациентов. Документальное сопровождение лечебно-диагностического процесса в хирургическом стационаре.
1.2.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Острый аппендицит	Этиология и патогенез, классификация, особенности клинического течения, дополнительной и дифференциальной диагностики острого аппендицита. Особенности лечебной тактики в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи. Современные подходы к хирургическому лечению острого аппендицита: показания, виды, оперативная техника, способы завершения операции. Профилактика

			заболевания и послеоперационных осложнений, ведение послеоперационного периода.
1.3.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Осложнения острого аппендицита	Понятие, причины, классификация, клиническая и дополнительная диагностика, хирургическая тактика при осложнениях острого аппендицита (аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс, пилефлебит, забрюшинная флегмона). Особенности послеоперационного ведения пациентов.
1.4.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Наружные грыжи живота	Хирургическая анатомия передней брюшной стенки. Определение, причины возникновения, основные элементы грыжи. Современная классификация, клиническая и дополнительная диагностика, принципы дифференции наружных грыж живота. Выбор лечебной тактики: показания и принципы консервативного лечения, показания к хирургическому лечению. Этапы оперативного вмешательства, способы укрепления передней брюшной стенки (показания к применению, виды, способы фиксации трансплантатов), ведение периоперационного периода. Вопросы профилактики.
1.5.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Ущемленные грыжи	Определение, механизмы, особые виды ущемления. Флегмона грыжевого мешка: определение, механизм развития. Клиника, особенности диагностической программы, дифференциальная диагностика грыж передней брюшной стенки, осложненных ущемлением и флегмоной грыжевого мешка. Хирургическая тактика: особенности предоперационной подготовки, оперативные доступы, интраоперационная тактика (оценка жизнеспособности, особенности «реанимации» ущемленного органа, показания к его резекции, способы завершения операции).
1.6.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)	Хирургическая анатомии желчных путей, физиология желчеотделения. Понятие, современные теории патогенеза желчнокаменной болезни, строение желчных камней. Нозологические формы холелитиаза: клинико-диагностические критерии, тактические подходы к лечению, показания к оперативному вмешательству, виды и этапы вмешательств, интраоперационная диагностика патологии билиарного тракта, способы завершения операций. Вопросы профилактики.
1.7.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Острый холецистит	Понятие, этиопатогенез, классификация, клиническое течение, методы дополнительной диагностики острого холецистита. Лечебная тактика: принципы консервативной терапии, показания к хирургическому лечению, способы и сроки проведения операции. Принципы ведения послеоперационного периода.
1.8.	ОПК-4	Язвенная болезнь	Определение, современные причины и модели

	ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)	развития язвенной болезни. Клиническая симптоматика. Инструментальная диагностика. Современные подходы к консервативной терапии. Хирургическое лечение: показания, виды операций. Ведение послеоперационного периода.
1.9.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)	Патогенез, классификация, особенности клиники, дополнительной диагностики осложненной язвенной болезни (перфорация, кровотечение, пилородуоденальных стеноз, пенетрация, малигнизация). Лечебная тактика. Показания к оперативному лечению, виды и объем оперативных вмешательств. Оказание неотложной помощи при жизнеугрожающих осложнениях. Вопросы профилактики.
1.10.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Острый панкреатит	Определение, анатомо-физиологические предпосылки развития, причины и «пусковые» механизмы острого панкреатита. Принципы современной классификации. Клиническая симптоматика, лабораторно-инструментальная, и дифференциальная диагностика. Выбор лечебной тактики: основные направления консервативной терапии, определение показаний к оперативному лечению, виды операций. Вопросы профилактики.
1.11.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Осложнения острого панкреатита	Этиопатогенез, классификация осложнений острого панкреатита. Особенности клинического течения ранних и поздних осложнений. Лабораторные и инструментальные критерии верификации. Принципы консервативного и оперативного лечения основных осложнений.
1.12.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Заболевания толстой кишки	Классификация заболеваний ободочной кишки. Причины, патогенез, клинические проявления часто встречаемых нозологий. Порядок лабораторно-инструментального обследования толстой кишки. Особенности диагностики онкопатологии. Принципы лечения. Основы оперативного лечения заболеваний толстой кишки опухолевой и неопухолевой природы.
1.13.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Острая кишечная непроходимость (ОКН)	Определение, этиопатогенез, классификация острой кишечной непроходимости (ОКН). Особенности клинической симптоматики в зависимости от механизма и уровня обструкции кишечной трубки. Дифференциальная и дополнительная диагностика ОКН. Направления лечебной тактики. Пути профилактики.
1.14.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Отдельные виды острой кишечной непроходимости (ОКН)	Предрасполагающие и производящие причины динамической и механической кишечной непроходимости. Патогенетические особенности странгуляционных и обтурационных форм механической кишечной непроходимости. Современные подходы к диагностике различных вариантов механической кишечной

			непроходимости. Лечебная тактика при формах странгуляционной и обтурационной кишечной непроходимости. Принципы консервативного и хирургического лечения. Особенности клинико-инструментальной диагностики и хирургической тактики при обтурационной кишечной непроходимости опухолевой природы.
1.15.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Диагностика острого перитонита	Определение, этиология, патогенез, классификация перитонита. Основы клинической диагностики перитонита. Диагностические лабораторно-инструментальные острого перитонита. Дифференциальная диагностика.
1.16.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Лечение острого перитонита	Тактика лечения больных с острым перитонитом. Маршрутизация, объем хирургической помощи на этапах медицинской эвакуации. Принципы и направления консервативной терапии на до- и послеоперационном периоде. Современные тактико-технические аспекты оперативного лечения: показания и сроки проведения операций, этапы и объемы хирургических вмешательств. «Открытые» и «закрытые» методы санации брюшной полости.
1.17.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Неязвенные кровотечения	Причины, механизмы, принципы классификации неязвенных желудочно-кишечных кровотечений. Особенности клинических проявлений и диагностики. Клинико-диагностические критерии, тактический подход к лечению наиболее встречаемых нозологий, принципы оказания неотложной помощи. Хирургическая тактика.
1.18.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Травма живота	Понятие, классификация, механизмы и виды абдоминальных травм. Основы клинической и дополнительной диагностики повреждений паренхиматозных и полых органов брюшной полости. Общие подходы к лечению абдоминальной травмы. Маршрутизация, объем хирургической помощи на этапах медицинской эвакуации.
1.19.	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Основы оперативной техники	Принципы, виды, этапы оказания хирургической помощи. Неотложные хирургические манипуляции. Хирургическая обработка ран, основные принципы, виды швов. Виды и способы дренирования гнойных ран. Хирургическая операция (понятие, виды, этапы). Послеоперационные осложнения, методы профилактики.
2.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Раздел «Урология»	Структура оказания урологической помощи при экстренных и неотложных заболеваниях органов мочеполовой системы. Документальное обеспечение лечебно-диагностического процесса на различных этапах медицинской помощи. Острая урологическая патология: причины, патогенез, современная

			классификация, клиническая, дополнительная и дифференциальная диагностика, вопросы лечебной тактики, принципы консервативного и хирургического лечения. Основы профилактики и амбулаторного наблюдения.
2.1.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Семиотика, диагностика урологических заболеваний	Структура, нормативно-правовое обеспечение медицинской помощи по профилю «урология». Этико-деонтологические аспекты. Синдромология, особенности физикального обследования, дополнительной диагностики и хирургического лечения урологических заболеваний. Маршрутизация пациентов. Документальное сопровождение лечебно-диагностического процесса при оказании урологической помощи.
2.2.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов	Эпидемиология, этиопатогенез, классификация, клиническая симптоматика, лабораторно-инструментальная и дифференциальная диагностика неспецифических воспалительных заболеваний мочевыводящих путей. Лечебная тактика: маршрутизация, направления и принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств.
2.3.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Мочекаменная болезнь (МКБ)	Определение, эпидемиология, причины, механизмы патогенеза, клинического течения, диагностики и дифференциальной диагностики мочекаменной болезни, ее осложнений. Маршрутизация. Лечебная тактика: направления и принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств. Особенности симптоматики и лечебно-диагностической программы при развитии неотложных состояний. Профилактика МКБ.
2.4.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Новообразования органов мочеполовой системы (МПС)	Принципы современной классификации, клиническая симптоматика, особенности дополнительной и дифференциальной диагностики опухолей почек, мочевого пузыря, мужских половых органов. Основы клинико-инструментальной диагностики при развившихся осложнениях. Современные подходы к лечению опухолей мочеполовой системы.
2.5.	ОПК-4 ОПК-6 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Травма органов мочеполовой системы (МПС)	Классификация и механизмы повреждений органов мочеполовой системы. Клинико-инструментальная диагностика травм различных отделов МПС. Лечебная тактика: маршрутизация, направления и принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств. Ведение послеоперационного периода.

3.2. Разделы дисциплины и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами

№ п/п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин																								
		1.1.	1.2.	1.3.	1.4.	1.5.	1.6.	1.7.	1.8.	1.9.	1.10.	1.11.	1.12.	1.13.	1.14.	1.15.	1.16.	1.17.	1.18.	1.19.	2.1.	2.2.	2.3.	2.4.	2.5.	
1	Госпитальная хирургия, детская хирургия	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
2	Травматология, ортопедия	+						+	+			+	+	+	+	+	+		+	+	+				+	

3.3. Разделы дисциплины и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Раздел «Факультетская хирургия», в т.ч.	24	68	-	-	46	138
1.1.	Методика обследования больных с ургентной патологией желудочно-кишечного тракта	-	3	-	-	1,5	4,5
1.2.	Острый аппендицит	2	3	-	-	2,5	7,5
1.3.	Осложнения острого аппендицита	-	3	-	-	1,5	4,5
1.4.	Наружные грыжи живота	2	3	-	-	2,5	7,5
1.5.	Ущемленные грыжи	-	3	-	-	1,5	4,5
1.6.	Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)	2	3	-	-	2,5	7,5
1.7.	Острый холецистит	-	3	-	-	1,5	4,5
1.8.	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)	-	3	-	-	2,5	7,5
1.9.	Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)	2	3	-	-	1,5	4,5
1.10.	Острый панкреатит	2	3	-	-	2,5	7,5
1.11.	Осложнения острого панкреатита		3	-	-	1,5	4,5
1.12.	Заболевания толстой кишки	2	3	-	-	2,5	7,5
1.13.	Острая кишечная непроходимость (ОКН)	2	5	-	-	3,5	10,5
1.14.	Отдельные виды острой кишечной непроходимости (ОКН)	2	5	-	-	3,5	10,5
1.15.	Диагностика острого перитонита	2	5	-	-	3,5	10,5
1.16.	Лечение острого перитонита	2	5	-	-	3,5	10,5
1.17.	Неязвенные кровотечения	2	5	-	-	3,5	10,5
1.18.	Травма живота	2	5	-	-	3,5	10,5
1.19.	Основы оперативной техники	-	2	-	-	1	3
2.	Раздел «Урология», в т.ч.	8	20	-	-	14	42
2.1.	Семиотика, диагностика урологических заболеваний	-	4	-	-	2	6
2.2.	Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов	2	4	-	-	3	9

2.3.	Мочекаменная болезнь (МКБ)			2	4	-	-	3	9
2.4.	Новообразования органов мочеполовой системы (МПС)			2	4	-	-	3	9
2.5.	Травма органов мочеполовой системы (МПС)			2	4	-	-	3	9
	Вид промежуточной аттестации:	экзамен	контактная работа (ПА)						3
			самостоятельная работа						33
	Итого:			32	88	-	-	60	216

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)	
				6 сем.	7 сем.
1	2	3	4	5	6
1.	1.2.-1.3.	Основы диагностики и лечения острого аппендицита	Анатомо-физиологические особенности аппендикса. Понятие острого аппендицита, этиология и патогенез. Классификация, клиника, дополнительная и дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика, виды и этапы операций; способы завершения операций.	2	-
2.	1.4.-1.5.	Основы плановой и неотложной герниологии	Хирургическая анатомия «слабых мест» брюшной стенки. Понятие грыжи, ее составные элементы. Этиопатогенетические факторы. Классификация. Общие симптомы и особенности клиники различных видов грыж. Дополнительная и дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Современные подходы к оперативному лечению: этапы операций и способы укрепления передней брюшной стенки. Принципы послеоперационного ведения.	2	-
3.	1.6.-1.7.	Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей	Понятие, основные теории этиопатогенеза желчнокаменной болезни (ЖКБ). Структура и состав камней. Классификация ЖКБ. Особенности патоморфологии, клиники, лабораторного и инструментального обследования, дифференциальной диагностики, лечебной тактики в зависимости от стадии. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению, виды и способы операций. Показания и виды интраоперационного исследования	2	-

			желчных путей. Показания к холедохотомии, варианты завершения операции (глухой шов на холедох, наружное и внутреннее дренирование желчных путей, тампонирование и дренирование брюшной полости).		
4.	1.8.-1.9.	Хирургические проблемы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)	Определение понятия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК), заболеваемость. Основные теории этиопатогенеза. Классификация. Клиническая симптоматика язвенной болезни. Клинико-морфологические отличия язв желудка и ДПК. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика. Принципы консервативного лечения. Показания к оперативному лечению и виды операций (резекционные, органосохраняющие).	2	-
5.	1.10.-1.11.	Современные тенденции в лечении острого панкреатита	Выбор лечебной тактики. Основные принципы консервативного лечения. Показания к хирургическому лечению, виды операций по срокам выполнения и объему вмешательства. Подходы к лечению ранних осложнений острого панкреатита. Малоинвазивные способы лечения.	2	-
6.	1.12.	Лечебно-диагностическая тактика при заболеваниях толстой кишки	Классификация заболеваний ободочной кишки. Методы их диагностики. Этиология, патогенез, классификация, клиника, осложнения, дополнительная и дифференциальная диагностика, лечебная тактика при дивертикулярной болезни, неспецифическом язвенном колите, ишемическом колите, болезни Крона, онкопатологии.	2	-
7.	1.13.	Семиотика острой кишечной непроходимости (ОКН)	Определение ОКН, заболеваемость. Этиология и патогенез. Патофизиология и патанатомия острой кишечной непроходимости (ОКН). Классификация. Клиническая симптоматика различных форм ОКН. Дополнительная и дифференциальная диагностика. Современные подходы к выбору лечебной тактика. Показания и принципы консервативной терапии. Показания и виды операций, характеристика основных этапов.	-	2

8.	1.14.	Острая кишечная непроходимость опухолевого генеза	Понятие, заболеваемость ОКН опухолевого генеза. Особенности патогенеза. Принципы разделения ОКН опухолевого генеза. Особенности клинической и дополнительной диагностики. Хирургическая тактика при ОКН на фоне онкозаболеваний кишечника. Принципы консервативного лечения. Современные тенденции оперативного лечения ОКН опухолевого генеза.	-	2
9.	1.15.	Основы диагностики острого перитонита	Топография областей брюшной полости. Определение острого перитонита, заболеваемость, причины. Современные подходы к классификации. Основные звенья патогенеза. Клиническая симптоматика. Алгоритм дополнительной и дифференциальной диагностики. Критерии тяжести перитонита.	-	2
10.	1.16.	Тактические подходы в лечении перитонита	Основы неотложной помощи. Маршрутизация пациентов. Хирургическая тактика. Принципы предоперационной подготовки. Этапы операции. Объем оперативного вмешательства в зависимости от происхождения и причин острого перитонита. Способы завершения операции. Принципы лечения в послеоперационном периоде.	-	2
11.	1.17.	Желудочно-кишечные кровотечения неязвенной этиологии	Причины, механизмы, принципы классификации неязвенных желудочно-кишечных кровотечений. Особенности клинических проявлений и диагностики. Клинико-диагностические критерии, тактический подход к лечению наиболее встречаемых нозологий, принципы оказания неотложной помощи. Хирургическая тактика.	-	2
12.	1.18.	Общие вопросы травмы живота	Понятие травматизма, его виды, частота. Механизмы абдоминальной травмы. Классификация. Патогенез. Понятие травматического шока. Особенности патогенеза, клинико-диагностические критерии различных повреждений органов брюшной полости.	-	2
13.	2.2.	Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов	Анатомо-физиологические особенности почек, мочевого пузыря, мужских половых органов. Классификация неспецифических воспалительных заболеваний.	-	2

			Этиология, патогенез. Классификация пиелонефритов. Клиника, дифференциальная диагностика. Консервативная терапия, показания к оперативному лечению.		
14.	2.3.	Мочекаменная болезнь (МКБ)	Вопросы эпидемиологии. Этиопатогенез. Теории камнеобразования. Клиническое течение. Диагностика и дифференциальная диагностика. Диетотерапия. Методы консервативной терапии. Купирование почечной колики. Методы оперативного лечения, показания к оперативному лечению. Наблюдение, профилактика.	-	2
15.	2.4.	Новообразование органов мочеполовой системы (МПС)	Классификация опухолей почек по системе TNM. Вопросы патологической анатомии, метастазирование. Симптоматика и клиническое течение. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Показания к оперативному лечению. Прогноз. Опухоли мочевого пузыря и мужских половых органов.	-	2
16.	2.5.	Травма органов мочеполовой системы (МПС)	Классификация травм МПС. Особенности клиники при травме различных отделов мочеполовой системы (МПС). Методы диагностики. Методы лечения, особенности оперативных вмешательств. Ведение послеоперационного периода.	-	2
Итого:				12	20

3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)	
				6 сем.	7 сем.
1	2	3	4	5	6
1.	1.1.	Методика обследования больных с ургентной патологией желудочно-кишечного тракта	Структура, нормативно-правовое обеспечение медицинской помощи по профилю «хирургия». Этические аспекты в ургентной хирургии. Синдромология, особенности физикального обследования, дополнительной диагностики и хирургического лечения острой абдоминальной патологии. Маршрутизация пациентов. Документальное сопровождение лечебно-	3	-

			диагностического процесса в хирургическом стационаре.		
2.	1.2.	Острый аппендицит	Анатомия илеоцекального угла. Этиология и патогенез, классификация, особенности клинического течения, дополнительной и дифференциальной диагностики острого аппендицита. Особенности лечебной тактики в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи. Современные подходы к хирургическому лечению острого аппендицита: показания, виды, оперативная техника, способы завершения операции. Профилактика заболевания и послеоперационных осложнений, ведение послеоперационного периода.	3	-
3.	1.3.	Осложнения острого аппендицита	Понятие, причины, классификация, клиническая и дополнительная диагностика, хирургическая тактика при осложнениях острого аппендицита (аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс, пилефлебит, забрюшинная флегмона). Особенности послеоперационного ведения пациентов.	3	-
4.	1.4.	Наружные грыжи живота	Хирургическая анатомия передней брюшной стенки. Определение, причины возникновения, основные элементы грыжи. Современная классификация, клиническая и дополнительная диагностика, принципы дифференциации наружных грыж живота. Выбор лечебной тактики: показания и принципы консервативного лечения, показания к хирургическому лечению. Этапы оперативного вмешательства, способы укрепления передней брюшной стенки (показания к применению, виды, способы фиксации трансплантатов), ведение периоперационного периода. Вопросы профилактики.	3	-
5.	1.5.	Ущемленные грыжи	Определение, механизмы, особые виды ущемления. Флегмона грыжевого мешка: определение, механизм развития. Клиника, особенности диагностической программы, дифференциальная диагностика грыж передней брюшной стенки, осложненных ущемлением и флегмоной	3	-

			грыжевого мешка. Хирургическая тактика: особенности предоперационной подготовки, оперативные доступы, интраоперационная тактика (оценка жизнеспособности, особенности «реанимации» ущемленного органа, показания к его резекции, способы завершения операции).		
6.	1.6.	Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)	Хирургическая анатомия желчных путей, физиология желчеотделения. Понятие, современные теории патогенеза желчнокаменной болезни, строение желчных камней. Нозологические формы холелитиаза: клинико-диагностические критерии, тактические подходы к лечению, показания к оперативному вмешательству, виды и этапы вмешательств, интраоперационная диагностика патологии билиарного тракта, способы завершения операций. Вопросы профилактики.	3	-
7.	1.7.	Острый холецистит	Понятие, этиопатогенез, классификация, клиническое течение, методы дополнительной диагностики острого холецистита. Лечебная тактика: принципы консервативной терапии, показания к хирургическому лечению, способы и сроки проведения операции. Принципы ведения послеоперационного периода.	3	-
8.	1.8.	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)	Хирургическая анатомия желудка и двенадцатиперстной кишки. Определение, современные причины и модели развития язвенной болезни. Клиническая симптоматика. Инструментальная диагностика. Современные подходы к консервативной терапии. Хирургическое лечение: показания, виды операций. Ведение послеоперационного периода.	3	-
9.	1.9.	Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)	Патогенез, классификация, особенности клиники, дополнительной диагностики осложнений язвенной болезни (перфорация, кровотечение, пилородуоденальных стеноз, пенетрация, малигнизация). Лечебная тактика. Показания к оперативному лечению, виды и объем оперативных вмешательств. Оказание неотложной помощи при жизнеугрожающих осложнениях. Вопросы профилактики.	3	-

10.	1.10.	Острый панкреатит	Определение, анатомо-физиологические предпосылки развития, причины и «пусковые» механизмы острого панкреатита. Принципы современной классификации. Клиническая симптоматика, лабораторно-инструментальная, и дифференциальная диагностика. Выбор лечебной тактики: основные направления консервативной терапии, определение показаний к оперативному лечению, виды операций. Вопросы профилактики.	3	-
11.	1.11.	Осложнения острого панкреатита	Этиопатогенез, классификация осложнений острого панкреатита. Особенности клинического течения ранних и поздних осложнений. Лабораторные и инструментальные критерии верификации. Принципы консервативного и оперативного лечения основных осложнений.	3	-
12.	1.12.	Заболевания толстой кишки	Анатомия ободочной кишки. Классификация заболеваний ободочной кишки. Причины, патогенез, клинические проявления дивертикулярной болезни, неспецифических воспалительных заболеваний толстой кишки. Порядок лабораторно-инструментального обследования толстой кишки. Особенности диагностики онкопатологии. Принципы лечения. Основы оперативного лечения заболеваний толстой кишки опухолевой и неопухолевой природы.	3	-
13.	1.13.	Острая кишечная непроходимость (ОКН)	Определение, этиопатогенез, классификация острой кишечной непроходимости (ОКН). Особенности клинической симптоматики в зависимости от механизма и уровня обструкции кишечной трубки. Дифференциальная и дополнительная диагностика ОКН. Направления лечебной тактики. Пути профилактики.	-	5
14.	1.14.	Отдельные виды острой кишечной непроходимости (ОКН)	Предрасполагающие и производящие причины динамической и механической кишечной непроходимости. Патогенетические особенности странгуляционных и обтурационных форм механической кишечной непроходимости. Современные подходы к диагностике различных вариантов механической кишечной	-	5

			непроходимости. Лечебная тактика при формах странгуляционной и обтурационной кишечной непроходимости. Принципы консервативного и хирургического лечения. Особенности клинико-инструментальной диагностики и хирургической тактики при обтурационной кишечной непроходимости опухолевой природы.		
15.	1.15.	Диагностика острого перитонита	Определение, этиология, патогенез, классификация перитонита. Основы клинической диагностики перитонита. Диагностические лабораторно-инструментальные остро перитонита. Дифференциальная диагностика.	-	5
16.	1.16.	Лечение острого перитонита	Тактика лечения больных с острым перитонитом. Маршрутизация, объем хирургической помощи на этапах медицинской эвакуации. Принципы и направления консервативной терапии на до- и послеоперационном периоде. Современные тактико-технические аспекты оперативного лечения: показания и сроки проведения операций, этапы и объемы хирургических вмешательств. «Открытые» и «закрытые» методы санации брюшной полости.	-	5
17.	1.17.	Неязвенные кровотечения	Причины, механизмы, принципы классификации неязвенных желудочно-кишечных кровотечений. Особенности клинических проявлений и диагностики. Клинико-диагностические критерии, тактический подход к лечению наиболее встречаемых нозологий, принципы оказания неотложной помощи. Хирургическая тактика.		5
18.	1.18.	Травма живота	Понятие, классификация, механизмы и виды абдоминальных травм. Основы клинической и дополнительной диагностики повреждений паренхиматозных и полых органов брюшной полости. Общие подходы к лечению абдоминальной травмы. Маршрутизация, объем хирургической помощи на этапах медицинской эвакуации.	-	5
19.	1.19.	Основы оперативной техники	Принципы, виды, этапы оказания хирургической помощи. Неотложные хирургические манипуляции.	-	2

			Хирургическая обработка ран, основные принципы, виды швов. Виды и способы дренирования гнойных ран. Хирургическая операция (понятие, виды, этапы). Послеоперационные осложнения, методы профилактики.		
20.	2.1.	Семиотика, диагностика урологических заболеваний	Структура, нормативно-правовое обеспечение медицинской помощи по профилю «урология». Этико-деонтологические аспекты. Синдромология, особенности физикального обследования, дополнительной диагностики и хирургического лечения урологических заболеваний. Маршрутизация пациентов. Документальное сопровождение лечебно-диагностического процесса при оказании урологической помощи.	-	4
21.	2.2.	Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов	Эпидемиология, этиопатогенез, классификация, клиническая симптоматика, лабораторно-инструментальная и дифференциальная диагностика неспецифических воспалительных заболеваний мочевыводящих путей. Лечебная тактика: маршрутизация, направления и принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств.	-	4
22.	2.3.	Мочекаменная болезнь (МКБ)	Определение, эпидемиология, причины, механизмы патогенеза, клинического течения, диагностики и дифференциальной диагностики мочекаменной болезни (МКБ), ее осложнений. Маршрутизация. Лечебная тактика: направления и принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств. Особенности симптоматики и лечебно-диагностической программы при развитии неотложных состояний. Профилактика МКБ.	-	4
23.	2.4.	Новообразования органов мочеполовой системы (МПС)	Принципы современной классификации, клиническая симптоматика, особенности дополнительной и дифференциальной диагностики опухолей почек, мочевого пузыря, мужских половых органов. Основы	-	4

			клинико-инструментальной диагностики при развившихся осложнениях. Современные подходы к лечению опухолей мочеполовой системы.		
24.	2.5.	Травма органов мочеполовой системы (МПС)	Классификация и механизмы повреждений органов мочеполовой системы (МПС). Клинико-инструментальная диагностика травм различных отделов МПС. Лечебная тактика: маршрутизация, принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств. Ведение послеоперационного периода.	-	4
Итого:				36	52

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1.	6	Методика обследования больных с ургентной патологией желудочно-кишечного тракта	заполнение листка курации, подготовка к занятию, текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	1,5
2.		Острый аппендицит	заполнение листка курации, подготовка к занятию, написание реферата (в случаях лекционных пропусков), текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	2,5
3.		Осложнения острого аппендицита	заполнение листка курации, подготовка к занятию, текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	1,5
4.		Наружные грыжи живота	заполнение листка курации, подготовка к занятию, написание реферата (в случаях лекционных пропусков), текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	2,5
5.		Ущемленные грыжи	заполнение листка курации, подготовка к занятию, текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	1,5
6.		Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)	заполнение листка курации, подготовка к занятию, написание реферата (в случаях лекционных пропусков), текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	2,5
7.		Острый холецистит	заполнение листка курации,	1,5

			подготовка к занятию, текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	
8.		Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)	заполнение листка курации, подготовка к занятию, написание реферата (в случаях лекционных пропусков), текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	2,5
9.		Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)	заполнение листка курации, подготовка к занятию, текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	1,5
10.		Острый панкреатит	заполнение листка курации, подготовка к занятию, написание реферата (в случаях лекционных пропусков), текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	2,5
11.		Осложнения острого панкреатита	заполнение листка курации, подготовка к занятию, текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	1,5
12.		Заболевания толстой кишки	заполнение листка курации, подготовка к занятию, написание реферата (в случаях лекционных пропусков), текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	2,5
Итого часов в семестре:				24
13.	7	Острая кишечная непроходимость (ОКН)	заполнение листка курации, подготовка к занятию, написание реферата (в случаях лекционных пропусков), текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	3,5
14.		Отдельные виды острой кишечной непроходимости (ОКН)	заполнение листка курации, подготовка к занятию, написание реферата (в случаях лекционных пропусков), текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	3,5
15.		Диагностика острого перитонита	заполнение листка курации, подготовка к занятию, написание реферата (в случаях лекционных пропусков), текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	3,5
16.		Лечение острого перитонита	заполнение листка курации, подготовка к занятию, написание реферата (в случаях лекционных пропусков), текущему контролю,	3,5

			промежуточному тестовому контролю	
17.		Неязвенные кровотечения	заполнение листка курации, подготовка к занятию, написание реферата (в случаях лекционных пропусков), текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	3,5
18.		Травма живота	написание истории болезни, подготовка к занятию, написание реферата (в случаях лекционных пропусков), текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	3,5
19.		Основы оперативной техники	подготовка к занятию, текущему, промежуточному тестовому контролю	1
20.		Семиотика, диагностика урологических заболеваний	заполнение листка курации, подготовка к занятию, написание реферата (в случаях лекционных пропусков), текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	2
21.		Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов	заполнение листка курации, подготовка к занятию, написание реферата (в случаях лекционных пропусков), текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	3
22.		Мочекаменная болезнь (МКБ)	заполнение листка курации, подготовка к занятию, написание реферата (в случаях лекционных пропусков), текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	3
23.		Новообразования органов мочеполовой системы (МПС)	заполнение листка курации, подготовка к занятию, написание реферата (в случаях лекционных пропусков), текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	3
24.		Травма органов мочеполовой системы (МПС)	написание истории болезни, подготовка к занятию, написание реферата (в случаях лекционных пропусков), текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	3
Итого часов в семестре:				36
Всего часов на самостоятельную работу:				60

Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения

дисциплины

4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

При изучении дисциплины «Факультетская хирургия, урология» преподавателями кафедры разработаны: методические указания для самостоятельной работы, методические указания по написанию истории болезни, учебные пособия по различным темам дисциплины, темы рефератов.

4.2. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины

4.2.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1.	Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное	В. С. Савельев, А. И. Кириенко	2014, М.: ГЭОТАР-Медиа	61	Консультант студента
2.	Клиническая хирургия: нац. руководство в 3-х томах с компакт-диском	В. С. Савельев, А. И. Кириенко	2009, М.: ГЭОТАР-Медиа	4	Консультант врача
3.	Урология: издание 7-е, переработанное и дополненное	Н.А. Лопаткин	2013, М.: ГЭОТАР-Медиа.	25	Консультант студента
4.	Урология. Российские клинические рекомендации [Электронный ресурс]	Ю.Г. Аляев, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкарь	2015, М.: ГЭОТАР-Медиа	нет	Консультант врача

4.2.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1.	Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство	А.П. Власов, М.В. Кукош, В.В. Сараев	2012, М.: ГЭОТАР-Медиа	1	Консультант студента
2.	Урология: национальное руководство	Н. А. Лопаткин	2013, М.: ГЭОТАР-Медиа	3	Консультант врача

3.	Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство [Электронный ресурс]: учеб. пособие	П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляев, Н. А. Григорьев	2014, М.: ГЭОТАР-Медиа	-	Консультант студента
4.	Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах	Н.В. Мерзликин и др.	2012, М.: ГЭОТАР-Медиа	31	Консультант студента
5.	Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов	А.Ф. Черноусов	2012, М.: ГЭОТАР-Медиа	20	Консультант студента
6.	Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство	М.Ш. Хубутия, П.А. Ярцев	2014, М.: ГЭОТАР-Медиа	-	Консультант студента
7.	Желудочно-кишечные кровотечения: учебное пособие для студентов мед. вузов	А.Ю. Котаев	2015, Первый Московский ГМУ им. И. М. Сеченова	10	-
8.	Острая кишечная непроходимость (клиника, диагностика, лечение): учеб. пособие для студентов мед. вузов	Н. А. Никитин, М.В. Шейнкман, Т.П. Коршунова, А.А. Головизнин	2012, Киров: Кировская ГМА	87	Электронная библиотека Кировского ГМУ
9.	Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов мед. вузов	Н.А. Никитин, Е.С. Прокопьев	2016, Киров: Кировская ГМА.	-	Электронная библиотека Кировского ГМУ
10.	Хирургические заболевания тонкой кишки и их оперативное лечение: учеб. пособие для студентов мед. вузов	Н.А. Никитин, П.Г. Распутин, Е.С. Прокопьев, А.В. Булдаков	2012, Киров: Кировская ГМА	87	Электронная библиотека Кировского ГМУ
11.	Хирургическая тактика при остром панкреатите: учебное пособие для студентов мед. вузов	Н.А. Никитин, Е.С. Прокопьев, Е.Н. Касаткин, А.Н. Четвертных	2012, Киров: Кировская ГМА	90	Электронная библиотека Кировского ГМУ

4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

- 1) Справочно-поисковая система Консультант Плюс: Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи [Электронный ресурс]. Режим доступа:

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/d375208be868f6aacfc78b56276bbad1668522b/.

- 2) Библиотека Российского общества хирургов: Национальные клинические рекомендации: [Электронный ресурс]. Режим доступа: [https:// www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines](https://www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines).

4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине, программного обеспечения и информационно-справочных систем

Для осуществления образовательного процесса используются:

- 1) фото- и видеозаписи проведения диагностических процедур;
- 2) фото- и видеозаписи оперативных вмешательств по рассматриваемым тематикам;
- 3) лекции-презентации.

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
3. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
4. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node 1 year Educational Renewal License от 12.07.2018, лицензии 685В-МУ\05\2018 (срок действия – 1 год),
5. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки).

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

- 1) Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: <http://www.e-library.ru/>.
- 2) Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».
- 3) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: <http://www.elib.kirovgma.ru>.
- 4) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
- 5) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru>.
- 6) ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru>
- 7) ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: <http://ibooks.ru>.

4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

- 1) Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа:
 - аудитория №3-803 учебного корпуса №3 Кировского ГМУ (г. Киров, ул. К. Маркса, 112);
 - аудитория №3-819 учебного корпуса №3 Кировского ГМУ (г. Киров, ул. К. Маркса, 112).
- 2) Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа:
 - учебные комнаты № 1-3 корпуса №5 стационара КОГБУЗ «Северная клиническая больница скорой медицинской помощи» (СКБСМП) (г. Киров, ул. Свердлова, 4);
 - учебная комната № 1 корпуса стационара КОГБУЗ «Кировская городская клиническая больница №6» (КГКБ №6) (г. Киров, Октябрьский проспект, 47).
- 3) Учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций:
 - конференц-зал корпуса №5 стационара КОГБУЗ «Северная клиническая больница скорой медицинской помощи» (СКБСМП) (г. Киров, ул. Свердлова, 4);
 - учебная комната № 1 корпуса стационара КОГБУЗ КГКБ №6 (г. Киров, Октябрьский проспект, 47).
- 4) Учебные аудитории для текущего контроля и промежуточной аттестации:
 - учебные аудитории №307, 404 учебного корпуса №1 Кировского ГМУ (г. Киров, ул. К.

Маркса, 137);

- учебная аудитория №414 учебного корпуса №3 Кировского ГМУ (г. Киров, ул. К. Маркса, 112);

- учебные комнаты № 1-3, конференц-зал корпуса №5 корпуса №5 стационара КОГБУЗ СКБСМП (г. Киров, ул. Свердлова, 4);

- учебная комната № 1 корпуса стационара КОГБУЗ КГКБ №6 (г. Киров, Октябрьский проспект, 47).

5) Учебные аудитории для самостоятельной работы:

- читальный зал библиотеки учебного корпуса №1 Кировского ГМУ (г. Киров, ул. К. Маркса, 137);

6) Помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования:

- кабинет №2 корпуса №5 корпуса №5 стационара КОГБУЗ СКБСМП (г. Киров, ул. Свердлова, 4).

Специальные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду организации.

Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу (заполнение листка курации/написание истории болезни, подготовка к занятию, текущему, промежуточному контролю).

Основное учебное время выделяется на практические занятия в малых группах студентов.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины обучающимся необходимо освоить практические умения по диагностике, лечению и профилактике хирургических и урологических болезней.

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении тем: «Основы диагностики и лечения острого аппендицита», «Основы плановой и неотложной герниологии», «Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей», «Хирургические проблемы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)», «Современные тенденции в лечении острого панкреатита», «Лечебно-диагностическая тактика при заболеваниях толстой кишки», «Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов», «Мочекаменная болезнь (МКБ)», «Новообразования органов мочеполовой системы (МПС)», «Травма органов мочеполовой системы (МПС)».

На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, промежуточной аттестации в виде экзамена, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Проблемная лекция наиболее актуальна в современных условиях. Изложение тематического материала подобным образом обусловлено спецификой профессиональной деятельности будущих специалистов, отраженной в профессиональном стандарте, высокой ответственностью,

обусловленной возрастающими юридическими взаимоотношениями в системе здравоохранения. Именно проблемная лекция позволяет активизировать учебный процесс по рассматриваемой тематике не только с позиций теории, но и практики, осветить информацию в рамках правовых аспектов. Рекомендуется использовать при изучении тем: «Семиотика острой кишечной непроходимости (ОКН)», «Острая кишечная непроходимость опухолевого генеза», «Основы диагностики острого перитонита», «Тактические подходы в лечении перитонита», «Желудочно-кишечные кровотечения неязвенной этиологии», «Общие вопросы травмы живота».

Важной характеристикой проблемы, отличающей её от других форм изложения информации, является аргументированность информации, поиск оптимальных путей разрешения теоретической проблемы. Обсуждая проблему, каждая сторона признает ее существование. Лектор занимает доминирующую позицию, аргументируя проблемные позиции современными медико-правовыми подходами.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области клинико-инструментальной и дифференциальной диагностики, лечебной тактики, путей профилактики неотложных хирургических и урологических заболеваний.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации и разбора тематических больных и использования наглядных пособий, решения ситуационных задач, тестовых заданий.

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебной дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- практическое занятие традиционное: «Методика обследования больных с ургентной патологией желудочно-кишечного тракта», «Острый аппендицит», «Наружные грыжи живота», «Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)», «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)», «Острый панкреатит», «Осложнения острого панкреатита», «Острая кишечная непроходимость (ОКН)», «Основы оперативной техники», «Семиотика, диагностика урологических заболеваний», «Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов», «Мочекаменная болезнь (МКБ)», «Новообразования органов мочеполовой системы (МПС)».

- учебно-ролевая игра по теме: «Осложнения острого аппендицита», «Ущемленные грыжи», «Острый холецистит», «Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)», «Заболевания толстой кишки», «Отдельные виды острой кишечной непроходимости (ОКН)», «Диагностика острого перитонита», «Лечение острого перитонита», «Неязвенные кровотечения», «Травма живота», «Травма органов мочеполовой системы (МПС)».

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Факультетская хирургия, урология» и включает подготовку к занятию, заполнение листка курации, написание истории болезни, написание реферата (в случаях лекционных пропусков), подготовку к текущему контролю, подготовку к промежуточному контролю.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Факультетская хирургия, урология» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят работу с больными, заполняют листки курации, оформляют истории болезни, рефераты (в случаях лекционных пропусков) и представляют их на занятиях. Написание реферата, учебной истории болезни способствуют формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с

пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Для текущего и промежуточного контроля освоения дисциплины используется традиционная система оценивания. Текущий контроль осуществляется с целью выявления уровня сформированных компетенций посредством оценивания чек-листа смоделированной клинической ситуации, истории болезни/листа курации, рефератов (в случаях лекционных пропусков), ответов на контрольные вопросы, ситуационные задачи, тестовые задания.

Промежуточный контроль проводится при заполнении чек-листа по оценке практических навыков, при тестировании и собеседовании.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) (приложение А) Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомления с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесобразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является экзамен. На экзамене обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)

Оценочные средства (ОС) – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.

2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.

3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.

4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по

дисциплине представлены в приложении Б.

Кафедра факультетской хирургии

Приложение А к рабочей программе дисциплины

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины «Факультетская хирургия, урология»

Специальность 31.05.02 Педиатрия
Направленность (профиль) ОПОП - Педиатрия

Раздел 1. Факультетская хирургия

Тема 1.1: Методика обследования больных с ургентной патологией желудочно-кишечного тракта

Цель: способствовать формированию компетенций по разработке и реализации лечебно-диагностической тактики при экстренных и неотложных заболеваниях органов брюшной полости хирургического профиля.

Задачи:

- 1) изучить структуру оказания медицинской помощи по профилю «хирургия»;
- 2) ознакомить с основной нормативной документацией, регламентирующей хирургическую деятельность;
- 3) рассмотреть роль врача первичного звена при оказании медицинской помощи по профилю «хирургия»;
- 4) изучить эτικο-деонтологические особенности лечебно-диагностического процесса при оказании экстренной хирургической помощи;
- 5) рассмотреть особенности клинико-инструментальной диагностики хирургических заболеваний экстренного характера;
- 6) изучить хирургическую тактику при подозрении на экстренную хирургическую патологию.

Обучающийся должен знать:

- организацию медицинской помощи по профилю «хирургия»;
- основы медицинской деонтологии при работе с коллегами, пациентами;
- основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни заболеваний органов пищеварительной системы;
- правила оформления и схему написания истории болезни.

Обучающийся должен уметь:

- соблюдать морально-правовые нормы;
- соблюдать правила врачебной этики и деонтологии, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну;
- выделять основные клинические синдромы;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели жизнедеятельности здорового и больного организма;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений).

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности;
- методикой последовательного сбора анамнеза, общего осмотра пациента;
- алгоритмом постановки предварительного диагноза.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Значение хирургии в современной медицине.
- 2) Организация хирургической службы.
- 3) Организация хирургического стационара.
- 4) Особенности диагностического процесса при ургентной абдоминальной патологии.
- 5) Характеристика основных синдромов при экстренной и неотложной патологии органов пищеварительного тракта.
- 6) Методы объективной оценки местного статуса у хирургического больного.
- 7) Особенности дополнительной диагностики при ургентных заболеваниях органов брюшной полости.
- 8) Принципы лечебной тактики при экстренных и неотложных заболеваниях хирургического профиля, классификация оперативных вмешательств по срокам выполнения, показания к их проведению.
- 9) Основы ведения периоперационного периода.
- 10) Правила оформления медицинской документации в хирургическом стационаре.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
2. Рассмотрение основных разделов клинической истории болезни, правил ее заполнения.
3. Знакомство с медицинскими информационными системами.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.
2. Ответить на вопросы для самоконтроля:
 - 1) Организация оказания медицинской помощи населению по профилю «хирургия».
 - 2) Роль врача-лечебника в оказании хирургической помощи населению.
 - 3) Маршрутизация хирургических пациентов, показания к госпитализации, медицинская эвакуация.
 - 4) Этические и деонтологические особенности лечебно-диагностического процесса при экстренных и неотложных заболеваниях.
 - 5) Нормативная база хирургической службы.
 - 6) Общая синдромология заболеваний органов брюшной полости.
 - 7) Методы и последовательность дополнительных исследований в хирургической клинике.
 - 8) Подходы к лечению заболеваний хирургического профиля, основы ведения периоперационного периода.
 - 9) Медицинская документация в хирургическом стационаре: основные формы, правила оформления.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Вопрос №1

Первичную врачебную медико-санитарную помощь по профилю "хирургия" оказывают:

- 1 врач-хирург
- 2 врач общей практики
- 3 специализированная выездная бригада скорой медицинской помощи
- 4 врач-терапевт участковый

Вопрос №2

Во время амбулаторного приема при выявлении у пациента симптомов острого аппендицита врач-терапевт участковый обязан:

- 1 направить больного в плановом порядке в кабинет врача-хирурга поликлиники
- 2 направить больного в экстренном порядке в кабинет врача-хирурга поликлиники
- 3 направить больного в экстренном порядке в стационар, оказывающий специализированную медицинскую помощь по профилю "хирургия", при невозможности ее осуществления в поликлинике
- 4 направить больного в экстренном порядке в стационар, оказывающий высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю "хирургия", при невозможности ее осуществления в поликлинике

Вопрос №3

Экстренная медицинская помощь по профилю хирургия оказывается в случаях:

- 1 внезапных острых заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента
- 2 обострения хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента
- 3 заболеваний, при которых отсрочка оказания медицинской помощи на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью
- 4 внезапных острых хирургических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента

Вопрос №4

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается:

- 1 врачами-хирургами поликлиники
- 2 врачами-специалистами по узкопрофильным специальностям
- 3 врачами-терапевтами общей практики
- 4 врачами-хирургами стационара

Вопрос №5

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, хирургическая помощь оказывается в условиях:

- 1 круглосуточного стационара
- 2 дневного стационара
- 3 кабинета врача-травматолога
- 4 кабинета врача-хирурга
- 5 кабинета врача-терапевта участкового

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5
Правильный вариант ответа	2, 4	2, 3	2, 4	2, 4	1, 2

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, 2014, М: ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

1. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
3. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре

Тема 1.2: Острый аппендицит

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при остром аппендиците.

Задачи:

- 1) рассмотреть этиологию, патогенез, классификацию острого аппендицита;
- 2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики острого аппендицита;
- 3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- 4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при остром аппендиците;
- 5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению острого аппендицита;
- 6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- причины и условия, основные теории возникновения, патогенез острого аппендицита;
- принципы классификации острого аппендицита;
- основные патологические симптомы и синдромы острого аппендицита;
- клинические проявления основных синдромов различных морфологических форм острого аппендицита;
- особенности клинического течения острого аппендицита у лиц разного возраста, беременных;
- дифференциальную диагностику острого аппендицита;
- лабораторно-инструментальную диагностику острого аппендицита;
- лечебную тактику при остром аппендиците;
- виды и этапы операций при остром аппендиците;
- стандарты и протоколы при лечении острого аппендицита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи при остром аппендиците;
- особенности оформления медицинской документации при остром аппендиците.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при остром аппендиците;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы острого аппендицита;
- определять функциональные, лабораторные признаки острого аппендицита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели при остром аппендиците с учетом возрастных особенностей;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания острого аппендицита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию в периоперационном периоде у пациентов с острым аппендицитом, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию у пациентов с острым аппендицитом в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике острого аппендицита;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов острого аппендицита;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом

Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);

- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению острого аппендицита
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при остром аппендиците;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики острого аппендицита;
- способностью оформлять медицинскую документацию при остром аппендиците в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Сущность понятия «острый аппендицит».
- 2) Значение острого аппендицита в разделе экстренной хирургии.
- 3) Модели развития острого аппендицита.
- 4) Варианты расположения червеобразного отростка.
- 5) Классификация острого аппендицита по МКБ, В.И. Колесову, В.С. Савельеву (2009).
- 6) Основные симптомы острого аппендицита: Кохера, Волковича, Кюммеля, Воскресенского, Розинга, Раздольского, Ситковского, Бартомье-Михельсона и др.
- 7) Дополнительные методы исследования при остром аппендиците.
- 8) Изменения лабораторных показателей и при остром аппендиците, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
- 9) Клинические особенности течения острого аппендицита при ретроцекальном, тазовом, межкисечном расположении червеобразного отростка.
- 10) Особенности острого аппендицита у лиц старшего возраста, детей, беременных.
- 11) Основные дифференциальные критерии с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.
- 12) Особенности лечебно-диагностической тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.
- 13) Оперативное лечение острого аппендицита: классификация аппендэктомии в зависимости от сроков, доступов, этапов. Способы завершения операции.
- 14) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острым аппендицитом.
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
 - а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
 - б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый аппендицит;
2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого аппендицита, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- 1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.
- 2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.
- 3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.
- 4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.
- 5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.
- 6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 32 лет поступил в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в правой подвздошной области без иррадиации, учащенное мочеиспускание. Заболел 8 часов назад, когда появились постоянные ноющие боли в эпигастрии, тошнота. Была однократная рвота пищей, съеденной накануне. Через 6 часов от начала заболевания боли переместились в правую подвздошную область.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Температура тела 37,3°C. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 80 уд/мин., ритмичный. АД-110/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот не вздут, симметричен, в акте дыхания участвует равномерно, при пальпации умеренно напряжен и болезненный в правой подвздошной области и над лоном. Положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательны.

Контрольные вопросы.

1. Выделите основные синдромы.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Определите объем дополнительных исследований.
4. Лечебная тактика.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Основные синдромы:

а) ведущий синдром – болевой, который объединяет следующие симптомы: боли в правой подвздошной области постоянные ноющего характера, без иррадиации; положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона, симптом Щеткина-Блюмберга сомнительны;

б) анамнестический синдром: заболевание началось 8 часов назад, характеризовалось преобладающими жалобами на боли в эпигастриальной области, которые затем переместились в правую подвздошную область;

в) синдром диспепсии: тошнота, однократная рвота;

г) интоксикационно-воспалительный синдром: повышение температуры тела до 37,3°C, обложенность налетом корня языка.

2. Клинико-анамнестические особенности ведущего болевого синдрома (фаза отраженных и локальных болей, локальные симптомы), сопутствующих ему воспалительного и диспепсического синдромов, указывают на признаки, характерные для острого аппендицита.

3. Для подтверждения диагноза и исключения заболеваний мочевыводящих путей необходимо провести лабораторное исследование общего анализа крови и мочи.

4. В данной ситуации у пациента выявлено острое хирургическое заболевание. Необходима экстренная госпитализация в хирургический стационар. С целью устранения очага воспаления и прогрессирования заболевания (развитие осложнений, угрожающих жизни больного) пациенту

показано оперативное лечение в экстренном порядке (в ближайшие 2 часа от момента выявления заболевания). Необходимо назначить биохимическое исследование общеклинических параметров, исследование крови на RW, маркеры вирусных гепатитов, ВИЧ, определение группы крови и резус-фактора, ЭКГ. Предоперационная подготовка должна проводиться по правилам подготовки пациента к экстренным операциям. Оперативное вмешательство планируется проводить под перидуральной анестезией, через локальный доступ в зоне расположения воспаленного аппендикса (доступ Волковича-Дьяконова).

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии:*

Задача №1

Больной К., 34 лет направлен из поликлиники в экстренное хирургическое отделение.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 2-х дней, когда отметил появление болей тянущего характера в подложечной области, которые в последующем переместились в правую подвздошную область, была трехкратная рвота пищей. В течение этих дней боли не стихали, появилось повышение температуры до 37,8°C, поэтому обратился в участковому терапевту. В течение 16 лет страдает язвенной болезнью ДПК, неоднократно лечился стационарно.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Язык суховат, обложен белым налетом. В легких дыхание без хрипов. Рс – 82/мин, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется локальная болезненность в правой подвздошной области, там же + симптом Щеткина-Блюмберга. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона положительные. Перистальтика не усилена. Стул был накануне дважды кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.

В ОАК лейкоцитоз до $15 \times 10^9/\text{л}$, ОАМ без патологии.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Характеристика эпонимных симптомов.
4. Назовите основные причины развития данного заболевания.
5. Тактика лечения данного больного.

Задача №2

Больная А., 28 лет поступила в ЭХО с жалобами на постоянные боли внизу живота, усиливающиеся при кашле, изменении положения тела, однократную рвоту.

Из анамнеза: больна в течение 8 часов, когда появилось чувство тяжести в околопупочной области, которое спустя некоторое время стихло, но начали беспокоить боли в нижних отделах живота. Была однократная рвота желчью, не приносящая облегчения. Бригадой СМП доставлена в ЭХО. При поступлении температура 37,4°C.

Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Язык влажный. В легких дыхание без хрипов. Рс – 78/мин, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется болезненность в нижних отделах, больше в правой подвздошной области, где определяется ригидность мышц. Симптомы Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона +, Щеткина-Блюмберга -. Стул, диурез в норме.

В ОАК: эритроциты – $4 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 134 г/л, лейкоциты – $10 \times 10^9/\text{л}$, ОАМ: лейкоциты – 2-3 п/зр.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какие дополнительные диагностические мероприятия необходимы для этого?
4. В чем заключается техника оперативного вмешательства при данной патологии?
5. Напишите лист врачебных назначений в послеоперационном периоде.

Задача №3

Больной Б., 22 лет поступил в ЭХО с жалобами на боли в животе, рвоту двухкратную пищей, слезью, повышение температуры до 38,5°C, задержку стула, газов в течение 2-х суток. Болен 3-е

суток, когда появились боли в области желудка, которые постепенно переместились в правую подвздошную область, была рвота. За мед. помощью не обращался, принимал кеторол без значительного улучшения. Сегодня состояние ухудшилось: в течение последних 3-х часов боли усилились, распространились по всему животу.

Объективно: состояние тяжелое. Кожа физиологической окраски, на ощупь горячая, покрыта потом. Язык сухой. В легких дыхание без хрипов, ЧДД – 22/мин. Ps – 98/мин, ритмичный, АД – 90/60 мм рт. ст. Живот подвздут, симметричный, ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации живот напряжен по правому флангу, в нижних отделах, где определяется + симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика неравномерная, ослаблена, «шума плеска» не выслушивается. Стул был 2 дня назад. Диурез не снижен.

В ОАК лейкоцитоз до $18 \times 10^9/\text{л}$, ОАМ без патологии.

Ректальное исследование болезненное, определяется нависание передней стенки прямой кишки.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Причина возникновения осложнений у данного больного.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Особенности оперативного вмешательства в данной ситуации.
5. Основные принципы послеоперационного ведения больного.

Задача №4

Больной В., 26 лет поступил в состоянии средней степени тяжести с жалобами на боли в животе, однократную рвоту, повышение температуры до $37,6^\circ\text{C}$.

Из анамнеза: болен течение 5-ти часов, когда внезапно появились резкие боли в эпигастральной области, которые позднее стали локализоваться в правой подвздошной области. Боли в эпигастрии спустя 2 часа уменьшились. В анамнезе язвенная болезнь ДПК.

Объективно: сознание ясное, положение вынужденной (согнувшись, сидя). Кожа физиологической окраски. Язык сухой. В легких дыхание без хрипов. Ps – 86/мин, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, ограниченно участвует в акте дыхания. В положении на спине боли усиливаются. При пальпации живот болезненный и напряженный в правой подвздошной области, там же определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптомы Раздольского, Ситковского, Воскресенского +.

В ОАК: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 150/л, лейкоциты – $13 \times 10^9/\text{л}$, ОАМ: лейкоциты – 0-1п/зр.

С диагнозом «острый аппендицит» больной взят на операцию. Доступом Волковича-Дьяконова вскрыта брюшная полость, выявлен мутный выпот в большом количестве, париетальная брюшина слегка гиперемирована, червеобразный отросток и слепая кишка не изменены.

Контрольные вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие ошибки допущены на дооперационном этапе в диагностике данной патологии?
3. Что необходимо сделать в данной ситуации?

Задача №5

Больной М., 27 лет обратился к хирургу в поликлинику с жалобами на боли в правой подвздошной, поясничной областях, повторную рвоту, учащенное мочеиспускание. Болен в течение 1 суток, когда появились вышеперечисленные жалобы. Самостоятельно принимал но-шпу с незначительным эффектом. Подобные явления возникли впервые.

При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, правильного телосложения. Со стороны органов сердечно-сосудистой, легочной систем без патологии.

Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот не напряжен, безболезненный. При глубокой пальпации определяется болезненность в подвздошной области, мезогастрии справа. Симптомы Раздольского, Бартомье-Михельсона сомнительны, Щеткина-Блюмберга – . Пальпация правой поясничной области, треугольника Пти несколько болезненна, симптом поколачивания поясничной области справа положительный.

ОАК: эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 145/л, лейкоциты – $12 \times 10^9/л$, ОАМ: лейкоциты – 3-4, эритроциты – 1-2 п/зр.

Контрольные вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какие диагностические мероприятия необходимы для уточнения диагноза?
4. Особенности хирургической тактики.

Задача №6

Больная М., 32 лет поступила в отделение патологии беременных с диагнозом: беременность 32 недели, угроза прерывания беременности.

Из анамнеза: боли в животе беспокоят в течение 2-х суток. Обратилась в женскую консультацию, направлена на стац. лечение. Гинекологический анамнез отягощен: четвертая беременность, предстоят первые роды, 3 предыдущие беременности закончились выкидышем. Настоящая беременность осложнилась развитием гестоза. Боли в начале заболевания имели блуждающий по всему животу характер, позднее стали локализоваться в правом подреберье, мезогастрии, тошноты, рвоты не было.

Объективно: состояние больной удовлетворительное. Кожа физиологической окраски, отеков нет. В легких дыхание без хрипов. Ps – 84/мин, АД – 120/60 мм рт. ст. Живот увеличен за счет беременной матки (выше пупка), не вздут. При пальпации живот мягкий, болезненный в правом мезогастрии, где определяется напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, при смещении матки вправо боли усиливаются. Тонус матки повышен. Печень, желчный пузырь не пальпируются, симптом Ортнера, Кера –. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный.

Стул был сегодня оформленный, мочеиспускание не нарушено.

В ОАК: лейкоциты – $11 \times 10^9/л$, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 150 г/л, в ОАМ: лейкоциты – 2-3 в п/зр., эритроциты не определяются, L-амилаза крови – 32 ед/л (норма до 200), билирубин общий – 11,02, прямой – 11,02 мкмоль/л, сахар крови – 4,3 ммоль/л. С диагнозом: острый холецистит больная направлена на консультацию хирурга.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Назовите особенности клинического течения острого аппендицита у беременных.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Перечислите особенности оперативного лечения данной больной.
5. Основные принципы послеоперационного ведения больной.

Задача №7

Больной З., 68 лет поступил в ЭХО через 16 часов с момента заболевания с жалобами на боли в животе, повышение температуры до $37,8^{\circ}C$.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 1-х суток, когда отметил появление болей тупого характера по всему животу, которые в течение 6 часов локализовались в правой подвздошной области. Страдает запорами, ИБС: ПИКС, гипертонической болезнью. Обратился к участковому терапевту, который, осмотрев больного, поставил диагноз: хронический спастический колит, ст. обострения. Назначено лечение. В течение последних 2-х часов в связи с усилением болей состояние больного ухудшилось. Бригадой СМП доставлен в ЭХО.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Язык обложен у корня белым налетом. Ps – 92/мин, ритмичный, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот подвздут, при пальпации болезненный во всех отделах, больше над лоном, в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Мочеиспускание не учащено, стул был 2 дня назад.

В ОАК отмечается лейкоцитоз до $14 \times 10^9/л$, ОАМ без патологии.

Контрольные вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С учетом клинических данных назовите основные факторы патогенеза данного заболевания.

3. Какие диагностические ошибки допущены на догоспитальном этапе.
4. Особенности хирургической тактики.
5. Перечислите основные аспекты послеоперационного ведения данного больного.

Задача №8

Больной М., 23 лет поступил в ЭХО через 1,5 суток от начала заболевания с жалобами на боли по правому флангу, больше в правой подвздошной области. Через 30 мин. был взят на операцию с диагнозом: острый деструктивный аппендицит, местный перитонит. После вскрытия брюшной полости разрезом Волковича-Дьяконова из брюшной полости эвакуировано около 100 мл гнойного содержимого. Червеобразный отросток имеет медиальное восходящее расположение, отечен, стенка его грязно-зеленого цвета, утолщена, местами покрыта фибринными наложениями. Купол слепой кишки отечен, инфильтрирован. Произведена типичная аппендэктомия. Культия отростка с трудом погружена в слепую кишку. Брюшная полость санирована, ушита послойно, наглухо. Послеоперационный период осложнился развитием абсцесса купола слепой кишки, по поводу чего больной был повторно оперирован.

Контрольные вопросы.

1. С какой морфологической формой острого аппендицита столкнулся хирург?
2. Какие тактико-технические ошибки были допущены хирургом?
3. Как необходимо было завершить операцию?
4. Что было сделано на повторной операции?
5. Перечислите основные принципы ведения послеоперационного периода.

Задача №9

Больная Ф., 54 лет поступила с жалобами на боли в правой подвздошной области с иррадиацией в поясничную область, повторную рвоту, учащенное мочеиспускание.

Из анамнеза: больна в течение 1-х суток, когда отметила появление болей по всему животу, которые позднее переместились в правую подвздошную область, иррадиировали в поясницу, тогда же появилось учащенное безболезненное мочеиспускание, была рвота, не приносящая облегчения. Доставлена в урологическое отделение с диагнозом: почечная колика справа, после чего направлена на консультацию в ЭХО (не исключается почечная колика справа, подозрение на острый аппендицит).

Объективно: состояние удовлетворительное. Ps – 84/мин, ритмичный, АД – 140/90 мм рт. ст. Живот симметричный, отмечается незначительное равномерное вздутие. При пальпации живот болезненный лишь при глубокой пальпации в правой подвздошной области, поясничной области. Симптом Ситковского, Раздольского слабopоложительные, Бартомье-Михельсона, Яуре-Розанова +, Щеткина-Блюмберга отрицательный.

В ОАК выявлен лейкоцитоз до $13 \times 10^9/\text{л}$, в ОАМ: лейкоцитов – 3-5, эритроцитов – 1-2 в п/зр.

Для исключения острого аппендицита больной выполнена диагностическая лапароскопия, при которой выявлено, что в брюшной полости выпота нет, купол слепой кишки не инфильтрирован, сероза не гиперемирована, сам отросток и его основание не определяется.

Больная взята на операцию. Разрезом Волковича-Дьяконова вскрыта брюшная полость. Купол слепой кишки малоподвижен, полностью в рану не выводится. Червеобразный отросток в рану не выводится. Пальпаторно определяется, что червеобразный отросток расположен за слепой кишкой, утолщен, напряжен, имеет восходящее направление, верхушка недостижимая.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите варианты расположения червеобразного отростка у данной больной
3. Проведите дифф. диагностику острого аппендицита и почечной колики.
4. Назовите эпонимные симптомы при ретроцекальном расположении аппендикса.
5. Перечислите особенности оперативного лечения в сложившейся ситуации.

Задача №10

Больная Т., 18 лет, поступившая в ЭХО через 12 часов с момента начала заболевания, взята на операцию по поводу острого аппендицита. После вскрытия брюшной полости разрезом Волковича-Дьяконова из брюшной полости эвакуировано около 50 мл серозного выпота. Червеобразный отросток напряжен, длиной 8 см, утолщен до 7 мм, стенка его отечна, серозная оболочка ярко

гиперемирована с участками точечных кровоизлияний, покрыта фибрином, в его просвете пальпируется каловый камень.

Контрольные вопросы

1. С какой морфологической формой острого аппендицита столкнулся хирург.
2. Основная причина возникновения заболевания у данной больной.
3. Назовите основные симптомы данного заболевания.
4. Перечислите последующие действия хирурга.
5. Напишите лист назначений в послеоперационном периоде.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.
2. Ответить на вопросы для самоконтроля:
 - 1) Определение, эпидемиология острого аппендицита.
 - 2) Причины и условия, основные теории возникновения, патогенез острого аппендицита.
 - 3) Современные принципы классификации острого аппендицита.
 - 4) Особенности жалоб и анамнеза заболевания в диагностике острого аппендицита.
 - 5) Значение эпонимной симптоматики для установления диагноза.
 - 6) Показания к дополнительной диагностике. Лабораторно-инструментальные критерии острого аппендицита.
 - 7) Принципы дифференциации патологии внутренних органов с острым аппендицитом.
 - 8) Лечебно-диагностическая тактика в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи.
 - 9) Маршрутизация пациентов с подозрением на острый аппендицит.
 - 10) Современные подходы к хирургическому лечению острого аппендицита: показания, виды, оперативная техника, способы завершения операции; направления предоперационной подготовки.
 - 11) Профилактика заболевания и послеоперационных осложнений.
 - 12) Принципы ведения послеоперационного периода.
 - 13) Особенности заполнения первичной медицинской документации у пациентов с острым аппендицитом.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Клинические симптомы острого аппендицита:

- 1 симптом Бартомье-Михельсона
- 2 симптом Спигарного
- 3 симптом Ортнера
- 4 симптом Раздольского
- 5 симптом Ровзинга

Вопрос №2

К развитию острого аппендицита приводят:

- 1 обтурация каловым камнем
- 2 глистная инвазия
- 3 закупорка инородными телами
- 4 перекрут аппендикса
- 5 травма червеобразного отростка

Вопрос №3

Оперативное вмешательство при неосложненном течении острого аппендицита выполняется через доступы:

- 1 Волковича-Дьяконова
- 2 Шпренгеля
- 3 ниже-срединная лапаротомия
- 4 Бергмана-Израеля
- 5 пункционно под контролем УЗИ

Вопрос №4

Начало развития острого аппендицита характеризуется:

- 1 болями в эпигастральной области
- 2 болями в животе неопределенной локализации
- 3 неукротимой рвотой
- 4 симптомом Щеткина-Блюмберга
- 5 болезненностью тазовой брюшины при ректальном исследовании

Вопрос №5

Симптомами гангренозного аппендицита являются:

- 1 «доскообразный» живот
- 2 внезапное усиление болей в правой подвздошной области
- 3 уменьшение болевых ощущений
- 4 тахикардия
- 5 симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области

Вопрос №6

Диагностика тазового расположения червеобразного отростка включает:

- 1 пальцевое ректальное исследование
- 2 оценку болевого синдрома
- 3 фиброколоноскопию
- 4 влагалищное исследование
- 5 компьютерную томографию

Вопрос №7

Клиническими признаками ретроцекального ретроперитонеального расположения аппендикса являются:

- 1 боли в правой подвздошной области
- 2 боли в правой поясничной области
- 3 нарушение мочеотделения
- 4 симптом Коупа
- 5 симптом Михельсона

Вопрос №8

Червеобразный отросток может иметь расположение:

- 1 ретродуоденальное
- 2 тазовое
- 3 поддиафрагмальное
- 4 ретроцекальное
- 5 левостороннее

Вопрос №9

Характерными особенностями клинических проявлений острого аппендицита у детей являются:

- 1 превалирование общих симптомов над местными
- 2 быстрое развитие деструктивных форм
- 3 кровянистые выделения из прямой кишки
- 4 выраженные диспептические явления
- 5 быстрое развитие аппендикулярного инфильтрата

Вопрос №10

Морфологическими формами острого аппендицита являются:

- 1 гангренозный аппендицит
- 2 перфоративный аппендицит
- 3 некротический аппендицит
- 4 флегмонозный аппендицит
- 5 катаральный аппендицит

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	1, 4, 5	1, 2, 3	1, 2	1, 2	3, 4, 5	1, 2, 4	1, 2, 4	2, 4, 5	1, 2, 4	1, 4, 5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
5. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
6. Острый аппендицит у взрослых [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2015. Режим доступа: [https:// www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines](https://www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines).

Тема 1.3: Осложнения острого аппендицита

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при осложненном течении острого аппендицита.

Задачи:

- 1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию осложнений острого аппендицита;
- 2) обучить методам клинично-инструментальной диагностики осложнений острого аппендицита;
- 3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- 4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при развитии осложнений острого аппендицита;
- 5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению осложнений острого аппендицита;
- 6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики развития осложнений острого аппендицита.

Обучающийся должен знать:

- основные осложнения острого аппендицита (перфорация, аппендикулярный инфильтрат, перитонит, абсцессы брюшной полости (периаппендикулярный, тазовый, межкишечный, поддиафрагмальный), пилефлебит, забрюшинная флегмона), причины и условия их развития;
- клинические проявления основных синдромов различных осложнений острого аппендицита;
- лабораторно-инструментальную диагностику различных осложнений острого аппендицита;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику при основных осложнениях острого аппендицита;
- виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении осложнений острого аппендицита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы осложнений острого аппендицита;
- определять функциональные, лабораторные признаки осложненного течения острого аппендицита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели при осложнениях острого аппендицита с учетом возрастных особенностей;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- разработать индивидуальный план маршрутизации в зависимости от вида оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом осложнений острого аппендицита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию в периоперационном периоде у пациентов с осложнениями острого аппендицита, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике осложнений острого аппендицита;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов острого аппендицита и его осложнений;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению осложнений острого аппендицита;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при осложнениях острого аппендицита;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики осложнений острого аппендицита;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Понятие, причины, классификация, клиническая диагностика аппендикулярного инфильтрата.
- 2) Понятие, причины, классификация, клиническая диагностика интраабдоминальных абсцессов (периаппендикулярный, тазовый, межкишечный, поддиафрагмальный).
- 3) Понятие, причины, классификация, клиническая диагностика пилефлебита.

- 4) Понятие, причины, классификация, клиническая диагностика распространенного аппендикулярного перитонита.
- 5) Понятие, причины, классификация, клиническая диагностика аппендикулярных забрюшинных флегмон.
- 6) Основные дифференциальные критерии с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.
- 7) Особенности лечебно-диагностической тактики при осложнениях острого аппендицита на различных уровнях оказания медицинской помощи.
- 8) Оперативное лечение осложнений острого аппендицита: показания, сроки проведения, оперативные доступы, этапы. Способы завершения операции.
- 9) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента (при наличии в стационаре) с осложнениями острого аппендицита.
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя (при наличии пациентов).
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
 - а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью с различными осложнениями острого аппендицита;
 - б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения осложненного течения острого аппендицита;
2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого аппендицита и его возможных осложнениях, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- 1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.
- 2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.
- 3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.
- 4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.
- 5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.
- 6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пациент М., 72 лет предъявляет жалобы на постоянные боли тупого характера в правой подвздошной области, повышение температуры тела до 37,2°C по вечерам.

Из анамнеза выяснено, что заболел 8 дней назад, когда появились постоянные ноющие боли в эпигастрии, тошнота. С течением времени боли переместились в правую подвздошную область. За медицинской помощью не обращался. В течение последующих суток отмечал снижение интенсивности болевой симптоматики, однако по вечерам было повышение температуры тела до 37,2°C.

При обследовании живота выявлена болезненность в правой подвздошной области, где определяется плотное болезненное несмещаемое объемное образование размерами 10x5 см с нечеткими границами. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Стул, диурез со слов сохранены.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.
2. Определите перечень заболеваний, требующих дифференциальной диагностики.
3. Разработайте диагностическую программу.
4. Лечебная тактика, основные направления, возможные показания к смене тактики.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Острый деструктивный аппендицит, осложненный поздним плотным аппендикулярным инфильтратом. Особенности болевого синдрома (острое начало, двухфазное течение, слабopоложительные симптомы Ровзинга, Ситковского), интоксикационно-воспалительного синдрома указывают на признаки острого аппендицита. Особенности синдрома объемного образования (плотное болезненное образование в правой подвздошной области размерами 7x8 см с нечеткими границами, связь с признаками острого аппендицита, длительность заболевания – 6 дней) указывают на наличие позднего плотного аппендикулярного инфильтрата.

2. Опухоль слепой кишки.

3. Необходимо назначение общего анализа крови, УЗИ правой подвздошной области, ирригография.

4. Учитывая наличие плотного аппендикулярного инфильтрат показана госпитализация в хирургический стационар, консервативное лечение.

Основными направлениями лечения являются противовоспалительная терапия (группа НПВС), антибиотикопрофилактика (группа цефалоспоринов II-III поколения в сочетании с метронидазолом), физиолечение по мере стихания явлений воспаления (СМТ, УВЧ), симптоматическая терапия. При регрессирующем течении (рассасывании инфильтрата) через 3 месяца необходима плановая аппендэктомия.

Оперативное вмешательство в срочном порядке проводится в случаях прогрессирующего течения на фоне проводимой терапии (перитонит, абсцедирование, увеличение в размерах).

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии:*

Задача № 1.

Больной С., 52 лет поступил в ЭХО с жалобами на тупые боли в правой подвздошной области постоянного характера, общую слабость, недомогание, повышение температуры по вечерам до 37,2 – 37,4°C.

Из анамнеза: заболел 5 дней назад, когда появилось чувство тошноты, недомогание, повышение температуры, неопределенные боли в животе. Участковый терапевт, осмотрев больного, диагностировал грипп и назначил соответствующее лечение. Несмотря на прием выписанных препаратов, состояние больного не улучшилось: вышеперечисленная симптоматика сохранялась, в связи с чем повторно осмотрен терапевтом, направлен в ЭХО.

Объективно: состояние удовлетворительное. Ps – 78/мин, ритмичный, АД – 140/80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, при пальпации незначительно болезненный в правой подвздошной области, где определяется неподвижное малобольное опухолевидное образование 8x10 см, без флюктуации, кожа над ним не изменена, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Стул, мочеиспускание не нарушены.

В ОАК лейкоцитоз до $11,4 \times 10^9/\text{л}$, ОАМ без патологии.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Тактика лечения данного больного.
4. Возможные исходы заболевания.
5. Перечислите возможные показания к оперативному лечению.

Задача № 2.

Больной Г., 34 лет предъявляет жалобы на слабость, головокружение, потливость, боли в нижних отделах живота.

Из анамнеза: оперирован 2-е суток назад по поводу острого флегмонозного аппендицита. Ухудшение состояния в течение 3-х часов, когда возникли вышеперечисленные симптомы.

Объективно: состояние тяжелое. Кожа бледная, теплая. В легких дыхание без хрипов. Ps – 92/мин, ритмичный, слабого наполнения, АД – 90/60 мм рт. ст. Живот подвздут, симметричный, при пальпации несколько напряжен больше в нижних отделах, там же симптом Щеткина-Блюмберга +. Перкуторно притупление звука в отлогих местах. Перистальтика ослаблена, равномерная, «шума плеска» не выслушивается.

Экстренно взят ОАК: лейкоциты – $7,4 \times 10^9$ /л, эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 92 г/л, в ОАМ: лейкоциты – 3-4 в п/зр.

Контрольные вопросы.

1. Установите диагноз.
2. Перечислите возможные причины развития данной ситуации.
3. Тактические особенности хирурга в сложившейся ситуации.
4. Принципы послеоперационного лечения.

Задача №3.

Больной З., 23 лет предъявляет жалобы на боли в нижних отделах живота, учащенное болезненное мочеиспускание, слабость, недомогание, повышение температуры до 38°C , сопровождающееся ознобами, вздутие живота, задержку стула, газов в течение 4-х суток.

Из анамнеза: оперирован 7 суток назад по поводу гангренозного аппендицита, брюшная полость после введения антибиотиков была ушита наглухо.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа физиологической окраски, горячая. В легких дыхание без хрипов. Ps – 86/мин, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот равномерно подвздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации незначительно болезненный в области послеоперационной раны, при глубокой определяется умеренная болезненность над лобком. Инфильтратов в животе не определяется. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика ослаблена, «шума плеска» не выслушивается. П/о рана без признаков воспаления.

В ОАК: лейкоциты – 15×10^9 /л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 115 г/л, в ОАМ: эритроциты – 0-1, лейкоциты – 6-7 в п/зр.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. Назовите методы исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Причины возникновения осложнения.
4. Лечебная тактика.
5. Напишите лист лечебных назначений.

Задача №4.

У больного М., 38 лет, оперированного 5 дней назад по поводу острого флегмонозного аппендицита в течение 2-х последних суток появились боли в правом подреберье, усиливающиеся на вдохе, кашель со скудно отделяемой мокротой, повышение температуры до $38,7^{\circ}\text{C}$, которое сопровождалось ознобами, повышенным потоотделением.

Объективно: состояние тяжелое. Кожа физиологической окраски, горячая, выраженная гиперемия кожи лица. Язык влажный. ЧДД – 22/мин. В легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, хрипов не выслушивается. Ps – 94/мин, АД – 130/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области п/о раны, правом подреберье, где определяется край печени. Который выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Орнтера +. Перитонеальных симптомов нет. П/о рана чистая, швы без признаков воспаления. Мочеиспускание не нарушено, стул был утром.

В ОАК отмечается лейкоцитоз до 17×10^9 /л, пя – 9%, в ОАМ без патологии.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки определяется высокое стояние правого купола диафрагмы, движения его ограничено, изменений со стороны легочной паренхимы не выявлено, в правом плевральном синусе определяется небольшое количество выпота.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз
2. Перечислите причины развития осложнения.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Разработайте план диагностических мероприятий.
5. Тактика лечения данного пациента.

Задача №5.

Больного Ф., 16 лет на 6 сутки послеоперационного периода беспокоят боли в животе, отмечается вздутие живота, задержка стула, газов, беспокоит икота, многократная рвота, повышение температуры до 38,7°C.

Из анамнеза: оперирован по поводу острого аппендицита из разреза Волковича-Дьяконова. Особенность операции заключалась в интраоперационной находке мутного гнойного выпота в правой подвздошной области и плотного инфильтрата илеоцекального угла, при разделении которого выявлен гангренозно измененный червеобразный отросток. При выделении его из инфильтрата произошло повреждение стенки аппендикса, его содержимое излилось в брюшную полость. После санации и введения в нее антибиотиков рана была ушита послойно, наглухо. В течение всего п/о периода отмечалась субфебрильная температура, умеренные боли в животе, парез кишечника. Ухудшение в течение последних суток, когда возникли вышеперечисленные симптомы. Объективно: состояние тяжелое. Лицо осунувшееся, черты лица заострены. Язык и губы сухие. Дыхание частое, аускультативно в легких хрипов не выслушивается. Ps – 120/мин, АД – 90/70 мм рт. ст. Живот вздут равномерно, при пальпации болезненный и напряженный во всех отделах, симптом Щеткина-Блюмберга +. Перистальтика вялая. П/о рана без признаков воспаления.

ОАК: лейкоциты – 18×10^9 /л, эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 105 г/л, в ОАМ: эритроциты – 0-1, лейкоциты – 6-7 в п/зр.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Что такое аппендикулярный инфильтрат.
3. Перечислите причины, которые могли привести к возникновению осложнения у данного больного.
4. Тактика лечения в сложившейся ситуации. При необходимости операции перечислите оптимальный оперативный доступ.
5. Напишите лист врачебных назначений

Задача №6.

Больной М., 42 лет в приемном покое ЭХО после осмотра дежурным хирургом поставлен диагноз: острый деструктивный аппендицит, осложненный разлитым перитонитом. Из анамнеза. Больна в течение 3-х суток, когда отметила появление болей в эпигастральной области. Подобные боли беспокоили раньше, больная связывала их с явлениями хронического холецистита, при УЗИ в желчном пузыре камней не определялось. Боли ранее купировались применением но-шпы, при возникновении данных болевых ощущений прием но-шпы, анальгина, применение теплой грелки оказались малоэффективными. Спустя 12 часов боли переместились в правую подвздошную область. В течение последних суток появился жидкий стул.

Через 30 мин. с момента поступления больная была взята на операцию. Брюшная полость вскрыта разрезом Волковича-Дьяконова. Из брюшной полости эвакуировано большое количество гнойного содержимого. Червеобразный отросток гангренозно изменен, к нему подпаяна прядь большого сальника. С техническими трудностями произведена аппендэктомия. Брюшная полость осушена, санирована, дренирована через основной разрез, ушита наглухо.

Контрольные вопросы.

1. Дайте морфологическую характеристику червеобразного отростка.
2. Причины развития ситуации.
3. Перечислите возможные осложнения в послеоперационном периоде.
4. План послеоперационного лечения больного.

Задача №7.

Больная Б., 28 лет поступила в ЭХО через 6 суток с момента заболевания. Заболевание началось с появления болей по всему животу, позднее стали локализоваться в правую подвздошную

область, отдавали в правую поясничную область, часто мочилась. В течение первых суток заболевания беспокоила тошнота, была однократная рвота, не приносящая облегчения. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно ничем не лечилась. С течением времени боли стали менее интенсивными, приобрели тянущий характер. В последние 2 суток отмечает повышение температуры до 38°C, сопровождающееся ознобом, слабостью, повышенным потоотделением, задержку стула, газов.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа физиологической окраски, теплая. В легких дыхание без хрипов. Ps – 90/мин, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации живот резко болезненный в правой подвздошной области, где определяется болезненное плотное неподвижное опухолевидное образование без четких границ. Там же определяется симптом Щеткина-Блюмберга. Температура при поступлении 38,6°C.

В ОАК: лейкоциты – 16×10^9 /л, эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 125 г/л, в ОАМ: эритроциты – 0, лейкоциты – 1-2 в п/зр.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Перечислите необходимые дополнительные диагностические мероприятия.
4. При необходимости операции выберите оптимальный доступ.

Задача №8.

Больной Л., 57 лет доставлен в ЭХО бригадой СМП с диагнозом: острый аппендицит. Из анамнеза: болен в течение 5 дней, когда отметил появление тупых болей в пупочной области с последующей локализацией их в правой подвздошной области. Тогда же появился кашицеподобный стул до 3-4 раз в сутки. Был консультирован врачом-инфекционистом, заподозрена кишечная инфекция, назначено лечение. Несмотря на прием антибактериальных препаратов, состояние больного не улучшалось.

Объективно: состояние удовлетворительное. Язык влажный. Со стороны органов дыхательной системы без патологии. Ps – 78/мин, АД – 140/80 мм рт. ст. При осмотре живота отмечается умеренное равномерное вздутие. При пальпации определяется локальное защитное напряжение в правой подвздошной области, где определяется опухолевидное болезненное образование без четких контуров размерами 3x3 см. Симптомы Ровзинга, Ситковского слабо положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. При поступлении температура 37,4°C. В ОАК определяется незначительный лейкоцитоз $9,3 \times 10^9$ /л. Через 2 дня больная была оперирована. Во время операции был выявлен плотный аппендикулярный инфильтрат. При попытке выделить червеобразный отросток произошло повреждение слепой кишки, последнее ушито двухрядными швами. С большими техническими трудностями произведена аппендэктомия. К ушитому участку слепой кишки подведен тампон и перчаточный дренаж. Послеоперационный период протекал тяжело – образование толстокишечного свища, который самостоятельно закрылся.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. Дифференциальная диагностика на догоспитальном этапе.
3. Перечислите показания к проведенному оперативному вмешательству.
4. Составьте план послеоперационного лечения.

Задача №9.

Больной Т., 22 лет был оперирован через 24 часа с момента начала заболевания с диагнозом: острый гангренозный аппендицит 5 суток назад. Выполнена типичная аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости, наложение первично-отсроченных швов на кожу. Дренаж удален на 3-и сутки, швы завязаны накануне. Сутки назад отмечается ухудшение состояния: появилась незначительная желтушность склер, зуд кожи, начали беспокоить интенсивные боли в верхних отделах живота, усиливающиеся при дыхании, выраженная слабость, недомогание, повышение температуры до 38,4°C, озноб.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание спутанное. Кожа желтушная, теплая, покрыта потом. В легких дыхание везикулярное, незначительное ослабление в нижних отделах. Ps – 98/мин, АД – 100/80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный. При пальпации живот мягкий, выраженная

болезненность в правом подреберье, умеренная болезненность в области п/о раны. Перкуторно печень +1 см из-под края реберной дуги, край болезненный. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика выслушивается. Симптом поколачивания поясничной области -. П/о рана без признаков воспаления.

Стул был накануне, мочеиспускание не нарушено, однако суточный диурез составил 200 мл. В ОАК лейкоцитоз до $20 \times 10^9/\text{л}$.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие диагностические мероприятия необходимы для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Перечислите причины возникновения данного осложнения.
5. Тактика лечения.

Задача №10.

Больная Ф., 18 лет оперирована 7 суток назад по поводу острого флегмонозного аппендицита. Выполнена аппендэктомия, рана ушита послойно наглухо. В послеоперационном периоде получала анальгетики, с профилактической целью введен гентамицин. В течение всего п/о периода отмечалась субфебрильная температура, беспокоили умеренные боли в области послеоперационной раны. Швы с п/о раны сняты накануне.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы без патологии. Живот не вздут, симметричный, участвует равномерно в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в области п/о раны. Перитонеальных симптомов не определяется. Перистальтика равномерная, не усилена. В области нижнего угла п/о раны определяется флюктуирующий инфильтрат 3x4 см, несмещаемый, болезненный. Кожная п/о рана без признаков воспаления. Стул, диурез в норме.

В ОАК определяется лейкоцитоз до $12 \times 10^9/\text{л}$ без сдвига лейкоцитарной формулы.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите дополнительные диагностические мероприятия.
3. Причины развития данного осложнения.
4. Показано ли данному больному оперативное вмешательство, если да, то каким доступом, объем операции.
5. Перечислите консервативные лечебные мероприятия.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.
2. Ответить на вопросы для самоконтроля:
 - 1) Понятие, классификация, клиника аппендикулярного инфильтрата.
 - 2) Тактика врача при аппендикулярном инфильтрате, принципы лечения.
 - 3) Клиника периаппендикулярного абсцесса, принципы лечения, способы вскрытия абсцесса.
 - 4) Причины возникновения, клиника, методы диагностики пилефлебита.
 - 5) Принципы лечения пилефлебита (консервативная терапия, виды операций).
 - 6) Клиника местного аппендикулярного перитонита, особенности хирургического лечения.
 - 7) Клиника распространенного аппендикулярного перитонита, принципы лечения.
 - 8) Клиника поддиафрагмального абсцесса, особенности диагностики.
 - 9) Хирургическое лечение поддиафрагмального абсцесса, трансторакальные, трансабдоминальные способы вскрытия.
 - 10) Клиника тазового абсцесса, методы вскрытия и дренирования.
 - 11) Клиника межкишечного абсцесса, принципы лечения.
 - 12) Причины формирования и клиника аппендикулярных забрюшинных флегмон.
 - 13) Хирургическое лечение, способы вскрытия и дренирования забрюшинных флегмон.
 - 14) Малоинвазивные технологии в лечении гнойных осложнений острого аппендицита.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Признаками абсцедирования аппендикулярного инфильтрата являются:

- 1 гектическая лихорадка
- 2 симптомы кишечной непроходимости
- 3 выраженная полиорганная недостаточность
- 4 лейкоцитоз с левым сдвигом
- 5 нарастание СРБ

Вопрос №2

Для начального периода формирования аппендикулярного инфильтрата характерно:

- 1 стихание болевой симптоматики
- 2 улучшение самочувствия и общего состояния больного
- 3 положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- 4 гектическая лихорадка и лейкоцитоз со сдвигом формулы влево
- 5 появление в правой подвздошной области плотного, малоподвижного, малоблезненного опухолевидного образования

Вопрос №3

Развитию аппендикулярного инфильтрата способствуют:

- 1 позднее обращение к врачу
- 2 самолечение
- 3 диагностическая ошибка догоспитального и госпитального этапов
- 4 отсутствие антибактериальной профилактики в послеоперационном периоде
- 5 наличие перитонита

Вопрос №4

Причинами образования абсцессов в брюшной полости являются:

- 1 типичное расположение червеобразного отростка
- 2 скопление (осумкование) инфицированного выпота
- 3 несостоятельность швов культи червеобразного отростка
- 4 поздняя активизация пациента в послеоперационном периоде
- 5 нагноение гематом

Вопрос №5

При дифференциальной диагностике поддиафрагмального абсцесса с правосторонней нижнедолевой пневмонией наиболее важными признаками абсцесса являются:

- 1 ограничение подвижности правого купола диафрагмы при рентгеноскопии грудной клетки
- 2 наличие надпеченочного уровня жидкости при обзорной рентгенографии брюшной полости
- 3 получение гноя при пункции поддиафрагмального пространства
- 4 затемнение нижней доли правого легкого при рентгеноскопии грудной клетки
- 5 получение гноя при пункции плевральной полости

Вопрос №6

Клиническими признаками поддиафрагмального абсцесса являются:

- 1 положительный симптом Раздольского
- 2 болезненность при надавливании в области нижних ребер

- 3 желтушность кожи и склер
- 4 гектическая температура
- 5 боли в правой половине грудной клетки и верхних отделах живота при вдохе

Вопрос №7

Перфорация аппендикса характеризуется:

- 1 наличием свободного газа в брюшной полости
- 2 снижением объема циркулирующих эритроцитов
- 3 внезапным усилением болей в животе
- 4 ригидностью мышц передней брюшной стенки
- 5 положительным симптомом Щеткина-Блюмберга

Вопрос №8

С целью диагностики абсцесса Дугласова пространства производят:

- 1 ректороманоскопию
- 2 пальцевое исследование прямой кишки
- 3 влагалищное исследование
- 4 рентгеноскопию брюшной полости
- 5 УЗИ органов малого таза

Вопрос №9

Введение тампонов в правую подвздошную ямку после аппендэктомии показано при:

- 1 гангренозном аппендиците
- 2 восходящем расположении червеобразного отростка
- 3 капиллярном кровотечении венозного характера из тканей ложа аппендикса
- 4 трудном загрузении культи аппендикса вследствие воспаления купола слепой кишки
- 5 тазовом перитоните

Вопрос №10

После вскрытия периаппендикулярного абсцесса необходимо назначить:

- 1 цефалоспорины
- 2 анальгетики
- 3 сульфаниламиды
- 4 слабительные препараты
- 5 раннюю активизацию пациентов

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	1, 4, 5	1, 2, 5	1, 2, 3	2, 3, 5	1, 2, 3	2, 4, 5	3, 4, 5	2, 3, 5	3, 4	1, 2, 5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014

3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
5. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
6. Острый аппендицит у взрослых [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2015. Режим доступа: [https:// www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines](https://www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines).

Тема 1.4: Наружные грыжи живота

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики при грыжах передней брюшной стенки.

Задачи:

- 1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию грыж передней брюшной стенки;
- 2) обучить методам клиничко-инструментальной диагностики наружных грыж живота;
- 3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- 4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при неосложненном течении грыж передней брюшной стенки;
- 5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению наружных грыж живота;
- 6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики развития грыж передней брюшной стенки.

Обучающийся должен знать:

- причины и условия, основные теории возникновения грыж передней брюшной стенки;
- принципы классификации;
- основные патологические симптомы и синдромы наружных грыж живота;
- особенности клинического течения;
- показания к лабораторно-инструментальной диагностике;
- дифференциальную диагностику грыж передней брюшной стенки;
- лечебную тактику;
- виды и этапы операций, материалы, используемые для укрепления передней брюшной стенки, способы их фиксации;
- стандарты и протоколы диагностики и лечения грыж передней брюшной стенки;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации при лечении пациентов с наружными грыжами живота.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные мероприятия по диагностике наружных грыж различной локализации;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы грыж передней брюшной стенки;
- разрабатывать диагностическую программу при наружных грыжах живота;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом особенностей грыж передней брюшной стенки;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- заполнять медицинскую документацию у пациентов с острым аппендицитом в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике грыж передней брюшной стенки;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению и дифференциальной диагностике наружных грыж живота;
- интерпретацией результатов диагностических исследований;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при грыжах передней брюшной стенки;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики;
- способностью оформлять медицинскую документацию при наружных грыжах живота в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Сущность понятия «грыжа передней брюшной стенки».
- 2) Причины и механизмы образования.
- 3) Современные подходы к классификации грыж.
- 4) Клиническая диагностика наружных грыж живота.
- 5) Дополнительные методы исследования, показания к их проведению, диагностическая программа.
- 6) Основные дифференциальные критерии с заболеваниями мягких тканей и внутренних органов.
- 7) Принципы оказания медицинской помощи в первичном звене, вопросы маршрутизации.
- 8) Лечебная тактика: показания для консервативного лечения, принципы.
- 9) Оперативное лечение: доступы и этапы хирургических вмешательств, выбор способа укрепления передней брюшной стенки.
- 10) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента (при наличии в стационаре) с наружными грыжами живота различной локализации.
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя (при наличии пациентов).
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
 - а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью с грыжей передней брюшной стенки;
 - б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на наружную грыжу живота;
2. Отработка практических навыков по определению составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

- 1) *Алгоритм разбора задач:*

- 1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.
- 2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.
- 3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.
- 4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.
- 5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.
- 6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная 60 лет предъявляет жалобы на опухолевидное образование в области пупка, которое периодически появляется при физической нагрузке, натуживании, кашле и самостоятельно исчезает в положении лежа.

Данное образование появилось после второй беременности в возрасте 30 лет. С течением этого времени отмечает его увеличение в размерах, периодически при физической нагрузке беспокоят боли в области образования.

Состояние удовлетворительное. Кожа физиологична, подкожный слой не выражен. В легких дыхание без хрипов, проводится во все отделы с частотой 16 в минуту. Пульс - 68 ударов в минуту, АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Перистальтика обычная. Симптомов раздражения брюшины нет.

В положении стоя, в пупочной области имеется легко вправимое эластичное образование 5х5 см. Пупочное кольцо расширено до 3 см. Кашлевой толчок положительный. Перистальтика равномерная.

Стул был накануне, диурез сохранен.

Контрольные вопросы.

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Лечебная тактика.
4. При необходимости хирургического лечения обоснуйте показания для проведения оперативного вмешательства.
5. Перечислите основные направления лечения в ближайшем послеоперационном периоде.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Синдром подкожного объемного образования.
2. Пупочная грыжа малых размеров.
3. Данное заболевание не относится к разряду экстренных заболеваний, однако при развитии его осложнений возникает высокий риск для жизни пациента вследствие развития ишемии, некроза органов брюшной полости. Больной показано плановое хирургическое лечение. На этапе подготовки к его проведению необходимо проведение дополнительных исследований: общеклинические анализы крови и мочи, определения общих биохимических параметров крови, определение маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ, реакции Вассермана, группы крови и резус-фактора, коагулограммы, гинекологическое обследование.
4. Учитывая данные анамнеза и объективного исследования (наличие грыжевого выпячивания в течение 1,5 лет, увеличения его в размерах с течением времени, развитие болевого синдрома), прогрессирования заболевания и возможность развития осложнений (ущемление с развитием странгуляционной кишечной непроходимости, некроза

грыжевого содержимого, перитонита, флегмоны грыжевого мешка), показано хирургическое лечение.

5. В ближайшем послеоперационном периоде необходимо назначить:

- голод в течение первых 2-х суток с момента операции с дальнейшим расширением диеты, исключая продукты, которые могут способствовать избыточной перистальтике;
- постельный режим в 1-е сутки с последующей активизацией, однако в течение 1 месяца необходимо исключить тяжелые физические нагрузки;
- раннее бандажирование для снятия нагрузки с передней брюшной стенки;
- препараты, направленные на устранение болевого синдрома (кетопрофен, кеторолак и др.);
- с целью профилактики тромбоэмболических осложнений необходимо активизировать пациентку на 2-е сутки, назначить эластическую компрессию нижних конечностей и антикоагулянты (фраксипарин, клексан и др.).

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии:*

Задача №1

Больная, 65 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на наличие опухолевидного подкожного образования в пупочной области, периодически возникающие боли тянущего характера в данной области без иррадиации, самостоятельно проходящие в течение непродолжительного времени.

В течение 10 лет страдает от появления вышеуказанного характера. Последние 3 года отметил увеличение его в размерах, появление тянущих болей в данной области.

Состояние удовлетворительное, питание повышенное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 54 удара в минуту. АД - 160/90 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика равномерная. Симптомов раздражения брюшины не определяется. В области пупка ненапряженное подкожное образование размерами 5х5 см, эластической консистенции, при пальпации безболезненное, в брюшную полость вправимое. Кожа над ним не изменена. Газы отходят. Мочеиспускание не нарушено.

Контрольные вопросы

1. Установите диагноз.
2. Перечислите возможные причины данного заболевания.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Дополнительные методы исследования, показания для их проведения.
5. Перечислите дальнейшие действия участкового терапевта.

Задача №2.

Больной, 35 лет на приеме у участкового терапевта предъявляет жалобы на периодически возникающее образование в правой паховой области.

Из анамнеза выяснено, что образование появилось 3 года назад, постепенно увеличивалось, самостоятельно вправлялось в положении лежа. За медицинской помощью ранее не обращался.

Состояние удовлетворительное. Температура тела в норме. Кожные покровы физиологической окраски. Язык чистый, влажный. Пульс - 60 ударов в минуту. При осмотре живота в положении лежа: передняя брюшная стенка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, видимых образований не определяется. Пальпация передней брюшной стенки безболезненная. В положении стоя в паховой области выше правой паховой складки определяется подкожное, безболезненное, полуовальной формы, эластическое образование.

Контрольные вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика в данном случае.
3. Перечислите дополнительные мероприятия, необходимые для уточнения диагноза.
4. Причины данного заболевания.
5. Лечебно-диагностическая тактика, вопросы маршрутизации.
6. При необходимости хирургического лечения определите его сроки и объем.

Задача №3

Больной, 55 лет был направлен в хирургический стационар в плановом порядке с жалобами на периодически возникающее образование и боли тянущего характера в левой паховой области.

Из анамнеза выяснено, что образование появилось 4 года назад, постепенно увеличивалось, самостоятельно вправлялось в положении лежа.

Состояние удовлетворительное. Нормостеник. Кожные покровы физиологической окраски. Пульс -

58 ударов в минуту. Везикулярное дыхание в легких проводится во все отделы с частотой 16 в минуту. При осмотре живота в левой паховой области выявлено подкожное, безболезненное, полуовальной формы, эластическое образование, вправимое в брюшную полость.

После предоперационной подготовки больной был оперирован. Под местной анестезией осуществлен оперативный доступ. Вскрыта передняя стенка левого пахового канала. Выявлено, что грыжевой мешок пуст, проходит в паховом канале, расположен в элементах семенного канатика, внутреннее паховое кольцо расширено до 3 см.

Контрольные вопросы

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) Причины заболевания.
- 3) Определите план предоперационной подготовки.
- 4) Перечислите дальнейшие этапы оперативного вмешательства.
- 5) Лечебные мероприятия в послеоперационном периоде.

Задача №4

Больной 72 лет, пришел на прием к терапевту поликлиники с жалобами на опухолевидные образования в обеих паховых областях.

Год назад начал отмечать при физической нагрузке, натуживании, кашле появление в обеих паховых областях выпячиваний, самостоятельно исчезающих в горизонтальном положении.

В течение 3-х последних лет испытывает значительные затруднения при мочеиспускании, Моча выделяется тонкой вялой струей. Мочеиспускания частые, малыми порциями.

Страдает хроническим бронхитом, запорами.

Состояние удовлетворительное, питание повышенное. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. Пульс 88 ударов в минуту, АД 160/90 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Перистальтика обычная. Симптомов раздражения брюшины нет. В положении стоя в паховых областях имеются округлой формы образования размерами 5х5 см, при пальпации эластической консистенции, легко вправляются. Семенные канатики расположены кнаружи от выпячиваний. Наружные отверстия паховых каналов округлой формы, диаметром 1,5 см. Кашлевой толчок - против вводимого в них пальца.

При ректальном исследовании определено увеличение предстательной железы III степени.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите причины данного заболевания.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Лечебная тактика.

Задача №5

Больная 47 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на наличие опухолевидного подкожного образования в пупочной области, периодически возникающие боли тянущего характера в данной области без иррадиации, самостоятельно проходящие в течение непродолжительного времени.

Из анамнеза выяснено, что около 3 лет назад была прооперирована по поводу тупой травмы живота. Появление образования в околопупочной области отметила в течение последнего года. С течением времени оно увеличивалось в размерах.

Состояние удовлетворительное, питание повышенное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 54 удара в минуту. АД - 160/90 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика равномерная. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В околопупочной области по линии старого послеоперационного рубца определяется ненапряженное подкожное образование размерами 7х6 см, эластической консистенции, при пальпации безболезненное, в брюшную полость частично вправимое. Кожа над не изменена.

Газы отходят. Мочеиспускание не нарушено.

Контрольные вопросы

1. Установите диагноз.
2. Перечислите возможные причины данного заболевания.
3. Дополнительные методы исследования, показания для их проведения.
4. Перечислите дальнейшие действия участкового терапевта.
5. В случае необходимости оперативного вмешательства укажите особенности его проведения.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

- 1) Хирургическая анатомия передней брюшной стенки в области грыжевых точек.
- 2) Понятие «грыжа передней брюшной стенки», ее составляющие, классификация.
- 3) Частота грыж, причины и механизмы их возникновения.
- 4) Дифференциальная диагностика наружных грыж живота.
- 5) Особенности диагностики грыж различной локализации.
- 6) Маршрутизация грыженосителей.
- 7) Методы консервативного лечения грыж, показания и противопоказания к ним.
- 8) Показания и противопоказания к хирургическому лечению неосложненных грыж.
- 9) Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки: особенности обезболивания, оперативных доступов, основные этапы, способы укрепления передней брюшной стенки в области грыжевых ворот.
- 10) Вопросы ведения периоперационного периода.
- 11) Профилактика развития грыж.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Вопрос №1

Стенкой грыжевого мешка скользящей паховой грыжи справа являются:

- 1 тонкая кишка
- 2 правая почка
- 3 мочевого пузыря
- 4 слепая кишка
- 5 левый яичник с маточной трубой

Вопрос №2

Обследование органов брюшной полости при грыжах белой линии живота проводят с целью:

- 1 выявления органа в грыжевом мешке
- 2 выявления сопутствующей патологии органов брюшной полости
- 3 дифференциации с предбрюшинной липомой
- 4 определения размеров грыжевых ворот
- 5 выявления причин внутрибрюшной гипертензии

Вопрос №3

Аутопластическими способами герниопластики грыж белой линии живота являются:

- 1 способ Мейо
- 2 способ Ривса
- 3 способ Сапежко
- 4 Мартынова
- 5 способ Шолдайс

Вопрос №4

Современная классификация послеоперационных грыж предусматривает:

- 1 размеры грыжевого выпячивания
- 2 ширину грыжевых ворот
- 3 количество рецидивов
- 4 локализацию
- 5 причины

Вопрос №5

Укрепление задней стенки пахового канала предусматривают способы:

- 1 Жирара

- 2 Лихтенштейна
- 3 Бассини
- 4 Белоконова
- 5 Напалкова

Вопрос №6

Послеоперационные грыжи возникают вследствие следующих причин:

- 1 нагноение раны
- 2 повышенная масса тела
- 3 предшествующая тампонада раны
- 4 нарушение иннервации мышц брюшной стенки
- 5 ранняя послеоперационная активизация пациента

Вопрос №7

Герниопластика пахового канала по Бассини предусматривает:

- 1 укрепление задней стенки пахового канала
- 2 перевязку двумя лигатурами семенного канатика без захвата сосудистого пучка
- 3 применение эндопротеза
- 4 полное ушивание грыжевых ворот в случаях прямой грыжи, их сужение – при косой
- 5 использование собственных тканей

Вопрос №8

Для дифференцировки пахово-мошоночной грыжи с водянкой оболочек яичка применяют:

- 1 пункцию
- 2 УЗИ
- 3 компьютерную томографию
- 4 трансиллюминацию
- 5 пальпацию

Вопрос №9

К факторам, предрасполагающим к образованию брюшных грыж, относятся:

- 1 пожилой возраст
- 2 быстрая потеря веса
- 3 особенности анатомического строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыж
- 4 заболевания, повышающие внутрибрюшное давление
- 5 тяжелая физическая работа

Вопрос №10

Паховую грыжу необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:

- 1 острый аппендицит
- 2 паховый лимфаденит
- 3 опухоль слепой кишки
- 4 гидроцеле

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	3, 4	2, 5	1, 3, 4	2, 3, 4	2, 3	1, 3, 4	1, 4, 5	2, 4, 5	1, 2, 3	2, 4

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Дополнительная:

1. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
3. Никитин Н.А., Касаткин Е.Н., Коршунова Т.П. Учебное пособие для студентов медицинских вузов «Основы герниологии», 2-е издание, Киров, 2008.
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
5. Паховые грыжи [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2017. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.
6. Послеоперационные вентральные грыжи [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2017. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.

Тема 1.5: Ущемленные грыжи

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при жизнеугрожающих осложнениях грыж передней брюшной стенки.

Задачи:

- 1) рассмотреть причины, механизмы, классификацию осложнений грыж передней брюшной стенки (ущемление, флегмона грыжевого мешка, копростаз, невправимость);
- 2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики при жизнеугрожающих осложнениях грыжах передней брюшной стенки (ущемление, флегмона грыжевого мешка, кишечная непроходимость в грыжевом мешке);
- 3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- 4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при осложненном течении наружных грыж живота;
- 5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению;
- 6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- понятие, причины и условия, механизмы развития, принципы классификации осложнений наружных грыж живота;
- основные патологические симптомы и синдромы ущемления, флегмоны грыжевого мешка, невправимости, копростаз;
- клинические проявления основных синдромов различных вариантов осложнений грыж передней брюшной стенки;
- лабораторно-инструментальную диагностику при осложненном течении грыж;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику;
- виды и этапы операций в зависимости от осложнения грыж передней брюшной стенки;
- стандарты и протоколы при лечении осложненного течения наружных грыж живота;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при осложнениях грыж передней брюшной стенки;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы ущемления, флегмоны грыжевого мешка, кишечной непроходимости в грыжевом мешке;

- определять их функциональные, лабораторные признаки;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания осложнений;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию в периоперационном периоде у пациентов с осложнениями грыж передней брюшной стенки, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике осложненных грыж передней брюшной стенки;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению осложнений грыж передней брюшной стенки;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики развития осложнений грыж передней брюшной стенки;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Определение ущемления грыжи, частота встречаемости.
- 2) Отличия ущемленной и невправимой грыжи.
- 3) Виды ущемленных грыж.
- 4) Патофизиологические и клинические отличия калового и эластического ущемления.
- 5) Клиника ущемленных грыж.
- 6) Понятие ложного вправления.
- 7) Положения лечебной тактики при ущемленных грыжах.
- 8) Особенности оперативного лечения ущемленных грыж.
- 9) Этапы операции при ущемленных грыжах (обезболивание, доступ, порядок выполнения, способы и критерии оценки жизнеспособности кишки, варианты операций в зависимости от жизнеспособности кишки, виды анастомозов, выбор метода пластики грыжевых ворот).
- 10) Критерии оценки жизнеспособности ущемленной кишки.
- 11) Виды кишечных анастомозов, варианты тактики при ущемлении тонкой и толстой кишок.
- 12) Особенности тактики при самостоятельно вправившейся грыже
- 13) Копростаз (клиника, диагностика, отличие от ущемленной грыжи).
- 14) Воспаление грыж (клиника, лечение).
- 15) Профилактика развития осложнений.
- 16) Принципы периоперационного ведения пациентов с жизнеугрожающими осложнениями грыж передней брюшной стенки.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с различными осложнениями грыж передней брюшной стенки (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя (при наличии).
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
 - а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
 - б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на ущемление, флегмону грыжевого мешка, кишечную непроходимость в грыжевом мешке, при вправлении ущемленной грыжи;
2. Отработка практических навыков по определению симптоматики жизнеугрожающих осложнений наружных грыж живота, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

2) Алгоритм разбора задач:

- 1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.
- 2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.
- 3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.
- 4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.
- 5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.
- 6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная 66 лет при вызове участкового терапевта на дом предъявляет жалобы на интенсивные боли постоянного характера в области опухолевидного образования в области пупка, многократную рвоту желудочным содержимым, которая не приносит облегчения.

Из анамнеза выяснено, что данное образование появилось несколько лет назад, самостоятельно вправлялось в положении лежа. Ранее во время диспансерного осмотра хирургом поликлиники рекомендовано оперативное лечение, от которого пациентка отказалась, рекомендовано использование бандажа. Ухудшение состояния в течение последних 6 часов, когда появились резкие боли в пупочной области, образование перестало вправляться.

При осмотре состояние средней тяжести. Пациентка беспокойна. Кожа физиологична, несколько бледновата. Язык чистый, суховат. В легких дыхание везикулярное без хрипов, проводится во все отделы с частотой 18 в минуту. Пульс – 78 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. АД – 150/80 мм.рт.ст. Живот равномерно вздут, ассиметричен за счет напряженного грыжевого выпячивания размерами 5х5х4 см, кожа над образованием не изменена. В положении стоя и лежа грыжа невправима в брюшную полость. Пальпаторно определяется напряжение и резкая болезненность грыжевого выпячивания, размер дефекта пупочного кольца определить не удалось. При пальпации отмечается болезненность в нижних отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Аускультативно определяется резонирующая перистальтика и «шум плеска».

Стул был сегодня утром, диурез сохранен.

Контрольные вопросы.

1. Основные синдромы
2. Ваш диагноз.
3. Определите тактику участкового терапевта.
4. Дополнительные методы исследования на госпитальном этапе.
5. Какой должна быть хирургическая тактика.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Основные синдромы: болевой синдром, подкожного опухолевидного образования, нарушение пассажа по кишечнику (острой кишечной непроходимости).
2. Пупочная грыжа, ущемление.
3. Вызов бригады скорой медицинской помощи, противопоказано насильственное вправление грыжевого выпячивания, обеспечить пищевой, функциональный покой.
4. Дополнительное исследование предполагает проведение общеклинических анализов крови и мочи, биохимических параметров крови, группы крови и резус-фактора, коагулограммы, проведение обзорной рентгеноскопии брюшной полости (на наличие признаков кишечной непроходимости).
5. Учитывая жизнеугрожающую ситуацию, показано проведение грыжесечения в экстренном порядке. Учитывая длительность заболевания, клинических признаков странгуляционной тонкокишечной непроходимости, возможно предположить развитие некроза ущемленного участка тонкой кишки. В сложившейся ситуации необходимо расширить объем оперативного вмешательства: переход на лапаротомию, резекция участка тонкой кишки с захватом приводящего сегмента не менее 30-40 см и отводящего – не менее 15-20 см, восстановление непрерывности кишечной трубки путем формирования тонко-тонкокишечного по типу «конец в конец».

4) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии:*

Задача №1

Больная, 65 лет, доставлена в хирургическое отделение с жалобами на резко болезненное выпячивание в пупочной области, повышение температуры тела до 38,5°C, общую слабость.

В течение 10 лет страдает пупочной грыжей. Последние 3 года грыжа утратила способность вправляться в брюшную полость, но не беспокоила. Неоднократно осматривалась хирургом, от оперативного лечения категорически отказывалась.

В течение последних 6 дней появились нарастающие боли в области выпячивания, присоединились отечность, краснота. Повысилась температура тела до 38°C. Накануне перенесла острый трахеобронхит. Страдает хроническими запорами.

Состояние средней тяжести, питание повышенное. Язык чистый, обложен серым налетом. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. Пульс - 90 ударов в минуту. АД - 160/90 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий. Перистальтика не усилена. Симптом раздражения брюшины не определяется. В области пупка выпячивание 5x5 см, напряженное, резко болезненное, в брюшную полость не вправляется. Кожа над ним ярко гиперемирована, отечна. Симптом кашлевого толчка отрицательный.

Газы отходят. Мочеиспускание не нарушено.

В крови лейкоцитов $10 \times 10^9 / л$. Анализ мочи без патологии.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите причины возникшей ситуации.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Дополнительные методы исследования.
5. Особенности хирургической тактики.

Задача №2.

Больной, 45 лет, поступил в клинику с жалобами на резко болезненное, невправимое выпячивание в правой паховой области, вздутие живота, задержку газов.

Заболел более 8 часов назад, когда после поднятия тяжести на работе появились интенсивные

боли в области грыжевого выпячивания. Обратился в медпункт, был направлен к хирургу в поликлинику, затем доставлен в экстренную хирургию. Выпячивание появилось 3 года назад, постепенно увеличивалось, самостоятельно вправлялось в положении лежа. К врачу больной не обращался.

Состояние средней тяжести. Температура тела в норме. Кожные покровы бледные, влажные. Язык покрыт белым налетом. Пульс - 86 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, резко болезненный в правой паховой области, где определяется подкожное эластическое образование размером 8x5 см, напряженное, резко болезненное, расположенное кнутри и кверху от лонного бугорка. Симптом кашлевого толчка отрицательный. Перистальтика неравномерная, ослабленная. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Больной был оперирован.

На операции: выделен и вскрыт грыжевой мешок, в нем имеется серозно-геморрагический выпот и две петли тонкой кишки, которые визуально были не изменены, перистальтировали, пульсация сосудов отчетливая. Ущемляющее кольцо рассечено, кишечные петли вправлены в брюшную полость. Операция закончилась грыжесечением и пластикой пахового канала по Жирару-Спасоку-коцкому. В первые сутки после операции у больного появились признаки распространенного перитонита.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз при поступлении больного в клинику.
2. Перечислите синдромы.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Назовите возможный механизм ущемления.
5. Назовите причину послеоперационного перитонита.

Задача №3

Больная 66 лет, доставлена в хирургическое отделение с жалобами на резко болезненное выпячивание в левой паховой области, вздутие живота, задержку стула и газов, тошноту, рвоту.

Заболела остро 20 часов назад. После поднятия мешка с картошкой появилось опухолевидное выпячивание в левой паховой области. За медицинской помощью не обращалась. Прикладывала горячую грелку. Боли не стихали, приняла схваткообразный характер, появилось вздутие живота, неоднократная рвота с примесью желчи. Доставлена машиной «Скорой помощи».

Состояние средней тяжести. Повышенного питания. Язык сухой, обложен коричневым налетом. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс - 98 ударов в минуту. АД - 90/60 мм рт. ст. Живот вздут, при перкуссии тимпанит с металлическим оттенком, определяется «шум плеска». При пальпации болезненность в нижних отделах живота, больше слева. Перистальтика не выслушивается. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. В левой паховой области под паховой складкой опухолевидное образование 6x4 см, резко болезненное, невправимое, «кашлевой толчок» отрицательный.

При ректальном пальцевом исследовании ампула прямой кишки пустая, новообразований не пальпируется.

В крови лейкоцитов $12,4 \times 10^9$ /л. Анализ мочи без патологии.

По экстренным показаниям больная взята на операцию. Под местной анестезией бедренным доступом после вскрытия грыжевого мешка выявлено, что ущемленная петля подвздошной кишки багрово-красного цвета, кровоизлияния в брыжейке, пульсация сосудов не определяется, перистальтики нет. После комплекса мероприятий цвет кишки не изменился, перистальтики нет, серозный покров кишки тусклый, пульсация брыжеечных сосудов не определяется.

Контрольные вопросы

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) Предполагаемый механизм ущемления.
- 3) Дифференциальная диагностика.
- 4) Дополнительные методы обследования.
- 5) Определите нежизнеспособность кишки.
- 6) Перечислите дальнейшие действия хирурга.

Задача №4

Больной 47 лет, обратился к терапевту предприятия (цеховому) с жалобами на резко

болезненное выпячивание в правой паховой области.

В течение 2-х лет страдает правосторонней паховой грыжей.

3 часа назад после подъема тяжести (работает грузчиком) в правой паховой области появилось выпячивание, резкая болезненность, что заставило больного обратиться за медицинской помощью.

Состояние удовлетворительное. Нормостеник. Язык влажный, чистый. В легких везикулярное дыхание. Пульс - 86 ударов в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот подвздут, асимметричен за счет невравого, резко болезненного, плотноэластической консистенции подкожного образования размерами 5х5 см. При пальпации передней брюшной стенки отмечается болезненность в нижних отделах. Перистальтика неравномерная. Симптомов раздражения брюшины не определяется. При осмотре в положении лежа – выпячивание самостоятельно вправилось в брюшную полость.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите причины данного заболевания.
3. Перечислите дальнейшие мероприятия цехового терапевта.
4. Определите лечебную тактику.

Задача №5

Больной 32 лет, доставлен в хирургическое отделение с жалобами на резко болезненное выпячивание в правой паховой области, тошноту, многократную рвоту с неприятным запахом, боли по всему животу.

В течение 5 лет страдает правосторонней паховой грыжей. Неоднократно осматривался хирургом поликлиники, от хирургического лечения категорически отказывался. Сутки назад при кашле появились сильные боли в области выпячивания, оно перестало вправляться в брюшную полость. Попытки самостоятельно вправить выпячивание неудачны. Появились тошнота, рвота, схваткообразные боли в животе, которые в последующем распространились по всему животу.

Состояние больного тяжелое. В сознании, контактен, адекватен. Язык сухой, покрыт серым налетом. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. Пульс - 124 удара в минуту, АД - 90/40 мм рт. ст. Живот вздут, напряжен и болезненный по всему животу. Перистальтика не выслушивается. Положителен симптом Щеткина-Блюмберга. В правой паховой области выпячивание 6х5 см, напряженное, резко болезненное, в брюшную полость не вправляется, кожа над ним не изменена. Симптом кашлевого толчка отрицательный.

Газы не отходят. Задержка мочи 8 часов.

В крови лейкоцитов 12×10^9 /л., сдвиг влево. Анализ мочи без патологии.

После предоперационной подготовки выпячивание самостоятельно вправилось.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите причины заболевания.
3. Алгоритм дополнительной диагностики.
4. Определите лечебную тактику.
5. Особенности хирургической тактики.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.
2. Ответить на вопросы для самоконтроля:
 - 1) Определение ущемления грыжи, частота встречаемости.
 - 2) Отличия ущемленной и невравой грыжи.
 - 3) Виды ущемленных грыж.
 - 4) Патологические и клинические отличия калового и эластического ущемления.
 - 5) Клиника ущемленных грыж.
 - 6) Понятие ложного вправления.
 - 7) Положения лечебной тактики при ущемленных грыжах.
 - 8) Особенности оперативного лечения ущемленных грыж.

- 9) Этапы операции при ущемленных грыжах (обезболивание, доступ, порядок выполнения, способы и критерии оценки жизнеспособности кишки, варианты операций в зависимости от жизнеспособности кишки, виды анастомозов, выбор метода пластики грыжевых ворот).
- 10) Критерии оценки жизнеспособности ущемленной кишки.
- 11) Виды кишечных анастомозов, варианты тактики при ущемлении тонкой и толстой кишок.
- 12) Особенности тактики при самостоятельно вправившейся грыже
- 13) Копростаз (клиника, диагностика, отличие от ущемленной грыжи).
- 14) Воспаление грыж (клиника, лечение).
- 15) Профилактика осложнений грыж передней брюшной стенки.
- 16) Принципы ведения послеоперационного периода.
- 17) Особенности заполнения первичной медицинской документации у пациентов с жизнеугрожающими осложнениями наружных грыж живота.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Вопрос №1

При самостоятельном вправлении ущемленной грыжи срочная операция показана:

- 1 сразу после поступления в стационар
- 2 при развитии острого перитонита
- 3 в случаях прогрессирования признаков кишечной непроходимости
- 4 при повторном выхождении грыжевого выпячивания
- 5 при тяжелом состоянии пациента

Вопрос №2

К редким видам ущемления наружных грыж живота относятся:

- 1 ущемление петли тонкой кишки
- 2 ущемление дивертикула Меккеля
- 3 ущемление противобрыжеечного края кишки
- 4 ущемление толстой кишки
- 5 ущемление поджелудочной железы

Вопрос №3

При ущемлении дивертикула Меккеля выполняют:

- 1 клиновидную резекцию дивертикула
- 2 погружение дивертикула в кишку с ушиванием его основания
- 3 дивертикулэктомия, основание его загружается в кисетный и Z-образный швы
- 4 удаление части тонкой кишки, несущей дивертикул
- 5 при отсутствии признаков некроза дивертикул не удаляется

Вопрос №4

При сомнительных признаках жизнеспособности ущемленной кишки производят:

- 1 введение раствора новокаина в брыжейку ущемленного участка
- 2 прошивание брыжейки ущемленной кишки и погружение в брюшную полость
- 3 интубацию тонкой кишки
- 4 обкладывание кишки салфетками, смоченными в теплом физрастворе
- 5 резекцию ущемленной кишки

Вопрос №5

Признаками флегмоны грыжевого мешка являются:

- 1 свободный газ в брюшной полости
- 2 боль в области грыжевого выпячивания
- 3 невраивимость грыжи

- 4 гиперемия кожи над грыжевым выпячиванием
- 5 положительный симптом "кашлевого толчка"

Вопрос №6

Грыжа Литтре характеризуется:

- 1 ущемлением дивертикула Меккеля
- 2 ущемление аппендикса
- 3 ущемлением двух петель тонкой кишки
- 4 ущемлением стенки мочевого пузыря
- 5 ущемлением противобрыжеечного края стенки кишки

Вопрос №7

Рихтеровское ущемление характеризуется:

- 1 узкими грыжевыми воротами
- 2 признаками кишечной непроходимости
- 3 ущемлением пряди большого сальника
- 4 ущемлением дивертикула Меккеля
- 5 ущемлением противобрыжеечного края кишки

Вопрос №8

При выявлении некроза тонкой кишки вследствие ущемления производят:

- 1 резекцию участка некроза через грыжевой оперативный доступ
- 2 лапаротомию, резекцию участка тонкой кишки
- 3 формирование тонко-тонкокишечного анастомоза
- 4 формирование наружного тонкокишечного свища
- 5 герниопластику

Вопрос №9

Срочность оперативного вмешательства при ущемлении обусловлена:

- 1 резкой болевой реакцией
- 2 возможностью рецидива ущемления
- 3 развитием некроза ущемленного органа
- 4 опасностью развития перитонита
- 5 возникновением острой кишечной непроходимости

Вопрос №10

Лечение флегмоны грыжевого мешка предусматривает:

- 1 консервативное лечение: холод, голод, антибиотикотерапия
- 2 вскрытие флегмоны
- 3 герниотомию, ревизию грыжевого мешка
- 4 лапаротомию
- 5 иссечение единым блоком грыжевого мешка с некротизированными петлями кишечника и воспаленными тканями

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	2, 3	2, 3	1, 3, 4	1, 2, 4	2, 3, 4	1, 2	1, 5	2, 3	3, 4, 5	4, 5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. Мерзлякин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
5. Никитин Н.А., Касаткин Е.Н., Коршунова Т.П. Учебное пособие для студентов медицинских вузов «Основы герниологии», 2-е издание, Киров, 2008.
6. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
7. Ущемленная грыжа живота [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2017. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.

Тема 1.6: Желчнокаменная болезнь

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики при желчнокаменной болезни (далее ЖКБ).

Задачи:

- 1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию ЖКБ;
- 2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики желчнокаменной болезни;
- 3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- 4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при различных вариантах течения желчнокаменной болезни;
- 5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению желчнокаменной болезни;
- 6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- распространенность, причины, основные теории возникновения желчнокаменной болезни;
- принципы классификации;
- основные патологические симптомы и синдромы, характеризующие различные стадии течения ЖКБ;
- особенности клинического течения стадии поражения желчного пузыря, поражения внепеченочных желчных протоков, поражения органов гепатопанкреатобилиарной зоны;
- специальные методы лабораторной и инструментальной диагностики ЖКБ;
- дифференциальную диагностику ЖКБ с другими заболеваниями;
- лечебную тактику;
- показания к оперативному лечению, виды и этапы операций, показания и виды интраоперационного исследования желчных путей, показания и виды наружного и внутреннего дренирования желчных путей;
- стандарты и протоколы диагностики и лечения ЖКБ;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации при лечении пациентов с желчнокаменной болезнью;
- основы ведения периоперационного периода;
- профилактику ЖКБ.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные мероприятия по диагностике различных проявлений желчнокаменной болезни;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы характеризующие различные стадии течения ЖКБ;
- разрабатывать диагностическую программу в стадию поражения желчного пузыря, поражения внепеченочных желчных протоков, поражения органов гепатопанкреатобилиарной зоны;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом стадийности ЖКБ;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике ЖКБ;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению и дифференциальной диагностике ЖКБ в зависимости от стадии;
- интерпретацией результатов диагностических исследований;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики;
- способностью оформлять медицинскую документацию при ЖКБ в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Сущность понятия, классификация ЖКБ.
- 2) Хирургическая и функциональная анатомия желчных путей.
- 3) Физиология желчеотделения и коллоидная стабильность желчи.
- 4) Современные теории патогенеза ЖКБ.
- 5) Общие принципы диагностики и лечебной тактики в доклинические стадии ЖКБ.
- 6) Клиника, диагностика, лечение хронического калькулезного холецистита.
- 7) Общие принципы диагностики и лечения форм поражений протоковой системы при ЖКБ.
- 8) Критерии инструментальных методов диагностики ЖКБ.
- 9) Интраоперационные методы исследования желчных путей.
- 10) Виды операций при ЖКБ, показания и противопоказания к ним.
- 11) Способы завершения операции по поводу ЖКБ (виды и показания к ним).
- 12) Наружное дренирование желчных путей при ЖКБ (показания, виды, функции дренажей; сроки дренирования; правила установки и удаления дренажа).
- 13) Альтернативные методы лечения ЖКБ, прогноз результатов.
- 14) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.
- 15) Профилактика ЖКБ.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента (при наличии в стационаре) с желчнокаменной болезнью.
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя (при наличии пациентов).

3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью с желчнокаменной болезнью;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях выявления ЖКБ;

2. Отработка практических навыков по определению составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

5. Решить ситуационные задачи

2) *Алгоритм разбора задач:*

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Больная 62 лет жалуется на постоянные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку, сопровождающиеся повышением температуры тела до 39-39,5°C, чувством озноба, проливными потами.

Из анамнеза выяснено, что периодические боли в правом подреберье возникают после погрешностей в диете на протяжении 2 лет. 1 месяц назад при УЗИ выявлены конкременты в желчном пузыре. За последний месяц болевые приступы участились и стали появляться каждые 2-3 дня. Ухудшение состояния в течение последних суток – рецидив болевого синдрома, появилась желтуха, лихорадка до 39,5°C в сопровождении озноба, повышенного потоотделения.

При обследовании живота выявлена болезненность в правом подреберье при глубокой пальпации. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Ортнера, Кера, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Пульсация брюшной аорты отчетливая.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Перечислите необходимые диагностические мероприятия.

3. Сформулируйте основные положения лечебной тактики.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. На основании особенностей болевого синдрома (часто рецидивирующие боли в правом подреберье после погрешностей в диете, болезненность в правом подреберье при глубокой пальпации, отрицательные симптомы Ортнера, Кера, Щеткина-Блюмберга отрицательные), интоксикационно-воспалительного синдрома (повышение температуры тела до 39-39,5°C, в

сопровождении озноба, повышенного потоотделения), синдрома желтухи, анамнестического синдрома (ЖКБ в течение 1 месяца) возможно предположить о 5 стадии желчнокаменной болезни – ЖКБ: хронический калькулезный холецистит, гнойный холангит.

2. Дополнительное исследование предполагает проведение общеклинических анализов крови и мочи, биохимических параметров крови: билирубин общий, прямой, аст, алт, щф, ггтп, СРБ; определения маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ, реакции Вассермана, коагулограммы, УЗИ исследование гепатопанкреатобилиарной зоны.

3. Лечебная тактика предусматривает экстренное направление и госпитализацию в хирургический стационар; двигательный, пищевой покой; консервативное лечение (экстренная операция не показана вследствие отсутствия признаков острого перитонита): дезинтоксикационная, антибактериальная, противовоспалительная терапия.

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии:*

Задача №1.

Больная 53 лет, поступила в первые сутки от начала заболевания с жалобами на сильные боли в области правого подреберья, тошноту, рвоту. В течение года перенесла несколько подобных приступов, в том числе тяжелых.

При поступлении температура тела 39°C. Язык покрыт белым налетом. При осмотре выраженная желтушность склер и кожных покровов. Пульс – 115 ударов в минуту, АД – 130/80 мм рт. ст. При пальпации выявлено напряжение и резкая болезненность в правом подреберье и эпигастриальной области. Перистальтика кишечника ослаблена. Симптомы Ортнера, Кера, Образцова, Мюсси-Георгиевского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

В крови лейкоцитоз $14,6 \times 10^9$ /л. Билирубин крови – 63 мкмоль/л, за счет прямой фракции. Протромбиновый индекс – 80%. Анализ мочи: реакция кислая, плотность 1022, число лейкоцитов – 1-3 в поле зрения, положительная реакция на уробилин и желчные пигменты. Общий белок 75,3 г/л.

Больной в течение 20 часов проводилась консервативная терапия. Эффекта не отмечено. Выполнена срочная операция. В брюшной полости небольшое количество желчного выпота. Печень увеличена, серовато-коричневого цвета, мягкая, с множеством рубцов под капсулой. Желчный пузырь 10x5x3 см, с утолщенной гиперемированной стенкой. Шейка пузыря в большом плотном инфильтрате. Пузырный проток не дифференцируется. Общий желчный проток расширен до 12 мм, напряжен, стенка его утолщена, двенадцатиперстная кишка не изменена.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Принципы консервативной терапии, которая проводилась больной.
5. Методы интраоперационного обследования.
6. Дальнейшая хирургическая тактика.

Задача №2.

Больная 60 лет, поступила с жалобами на боли в правом подреберье, интенсивные, с иррадиацией в область сердца, повторную рвоту желчью, не приносящую облегчения, озноб. Боли в правом подреберье появились накануне после погрешностей в диете. Спазмолитики оказывали кратковременный эффект. Подобные болевые приступы, меньшей интенсивности, отмечает в течение 3 лет. Лечилась у терапевта по месту жительства по поводу хронического холецистита, не обследовалась. В анамнезе сахарный диабет.

Состояние средней тяжести. Питание повышено. Склеры, кожные покровы обычной окраски. Пульс 90 уд. в мин. Язык покрыт белым налетом. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации резко болезненный в правом подреберье, где пальпируется напряженный болезненный желчный пузырь. Печень у края реберной дуги. Перистальтика равномерная. Симптомы Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга

отрицательный.

В крови повышено количество лейкоцитов 18×10^9 /л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Возможные причины заболевания.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика.

Задача №3.

Больная, 62 лет, поступила с жалобами на умеренные боли в правом подреберье без иррадиации, желтуху.

Больна в течение 7 дней, когда после приема жареной пищи появились интенсивные боли в правом подреберье, рвота желчью. После приема спазмолитиков боли уменьшились. На следующий день отметила мочу темного цвета, желтушность склер. На 4 день от начала заболевания обратилась к участковому терапевту. Была консультирована инфекционистом. Направлена в экстренную хирургию. Подобные явления отмечает впервые. В анамнезе хронический гастрит, гипертоническая болезнь.

Состояние средней тяжести. Температура тела $36,6$ °С. Больная повышенного питания. Кожные покровы и склеры желтой окраски. Язык покрыт белым налетом. Пульс – 84 ударов в минуту. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Печень у края реберной дуги. Симптомы Ортнера, Мерфи, Мейо-Робсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Перистальтика равномерная.

В крови лейкоцитов - $6,0 \times 10^9$ /л. Билирубин общий – 212 мкмоль/л, прямой – 160 мкмоль/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Причина желтухи.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика.
6. Варианты хирургического вмешательства.

Задача №4.

Больная 67 лет, поступила с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье, без иррадиации, повторную рвоту желудочным содержимым, не приносящую облегчения.

Больна в течении 20 часов, когда после употребления жирной пищи появились боли в правом подреберье. Была 3 раза рвота, не приносящая облегчения. Температура тела повысилась до 38 °С. Вызвала машину “Скорой помощи”. После введения спазмолитиков боль не купировалась. Подобные явления отмечает впервые. В анамнезе хронический гастрит, хронический колит.

Состояние средней тяжести. Питание повышено. Кожные покровы и склеры обычной окраски. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс – 98 ударов в минуту. Живот симметричный, правая половина живота отстает в акте дыхания, при пальпации определяется напряжение и болезненность в правом подреберье. Перистальтика неравномерная, в правых отделах живота ослаблена. Симптомы Ортнера, Мерфи, Образцова, френikus-симптом положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в правой половине живота. Мочиспускание не нарушено.

В общем анализе крови отмечается повышение лейкоцитов до 12×10^9 /л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Какое осложнение развилось у больной?
3. Дополнительные методы обследования.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика.

Задача №5.

Больная 49 лет поступила с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье с

иррадиацией в правую ключицу, тошноту, озноб, головные боли.

Боли появились 10 часов назад после погрешностей в диете. Прием но-шпы болей не купировал. Бригадой «Скорой помощи» была доставлена в отделение экстренной хирургии. Подобные боли, меньшей интенсивности, отмечает периодически в течение 2 лет. Ранее боли быстро купировались но-шпой. Страдает ожирением.

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,9°C. Склеры желтой окраски. Язык покрыт белым налетом. Пульс – 98 ударов в минуту. Живот напряжен, резко болезненный в правом подреберье. Перистальтика равномерная, ослабленная. Симптомы Ортнера, Кера, Образцова, Мюсси-Георгиевского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень перкуторно у края реберной дуги.

В анализах крови: лейкоциты – $13,4 \times 10^9/\text{л}$, билирубин – 82 мкмоль/л, за счет прямой фракции.

Больной в течение 1 суток проводилась консервативная терапия. Эффекта не отмечалось. Выполнена срочная операция. На операции выявлен флегмонозноизмененный желчный пузырь, холедох диаметром до 15 мм, из просвета его через культю пузырного протока поступает мутная желчь с примесью песка.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно было применить.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Методы интраоперационного исследования.
5. Дальнейшая хирургическая тактика.

Задача №6.

Больная 62 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастральной области, интенсивные, опоясывающего характера, повторную рвоту слизью и желчью, не приносящую облегчения, общую слабость, сердцебиение.

Больна в течение 3 дней, когда после погрешностей в диете появились боли в правом подреберье. Спазмолитики оказывали кратковременный эффект. Была рвота с примесью желчи. Интенсивность болей нарастала. Боли стали носить характер опоясывающих. Бригадой скорой помощи доставлена в экстренную хирургию. 2 года назад по поводу болей в правом подреберье, менее интенсивных, купирующихся спазмолитиками, была обследована участковым терапевтом. На УЗИ выявлены камни в желчном пузыре. От предложенной операции отказалась.

Состояние средней тяжести. Температура тела в норме. Питание повышено. Склеры и кожные покровы обычной окраски. Язык покрыт белым налетом, суховат. Пульс – 100 ударов в минуту. АД – 160/90 мм рт. ст. Живот вздут, болезненный в верхней половине, особенно в эпигастрии, где определяется ригидность мышц. Пульсация брюшной аорты не определяется. Перистальтика кишечника ослаблена. Симптом Мейо-Робсона, Ортнера, Кера слабоположительные.

Консервативное лечение в течение 12 часов эффекта не дало: состояние ухудшилось, боли в эпигастральной области сохраняются, появились симптомы раздражения брюшины в правой половине живота. Появилась глюкоземия - 14 ммоль/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Причина заболевания.
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать.
4. Какая консервативная терапия была назначена больной?
5. Есть ли показания к операции? Варианты оперативного вмешательства.

Задача №7.

Больная, 40 лет поступила в клинику с жалобами на резкие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и подключичную область, частую рвоту желчью, желтуху.

Заболела 3 дня назад. После обеда внезапно почувствовала сильные боли в правом подреберье. После инъекции спазмолитиков врачом скорой помощи, боли несколько уменьшились. На второй день заболевания появилась иктеричность склер, затем больная заметила обесцвеченный кал и интенсивно окрашенную мочу. В день поступления в стационар с утра появились резкие,

приступообразного характера боли в области правого подреберья. Инъекции спазмолитиков боли не купировали.

Состояние средней тяжести. Пульс – 120 ударов в минуту, ритмичный. Температура тела 37,8°C. АД – 130/100 мм рт. ст.

При пальпации живота имеется напряжение мышц передней брюшной стенки справа. Пальпировать желчный пузырь из-за резкой болезненности не представляется возможным. Симптомы Кера, Ортнера, Мюсси – положительные. Симптом Пастернацкого – отрицательный с обеих сторон.

В анализах крови: лейкоциты – $13,3 \times 10^9$ /л, билирубин крови – 70 мкмоль/л, сахар крови – 4,8 ммоль/л.

В результате проведенной интенсивной терапии в стационаре, боли в правом подреберье уменьшились, постепенно стала исчезать желтуха.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Возможные причины заболевания.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика.

Задача №8.

Больная, 49 лет. Заболела 3 дня тому назад. После обеда почувствовала внезапно острые боли в правом подреберье, иррадиирующие в поясницу, лопатку, правое надплечье. Неоднократно была рвота желчью. После инъекции спазмолитиков врачом скорой помощи боли несколько уменьшились. На второй день заболевания появилась иктеричность склер (подобные боли в правом подреберье с появлением желтухи были полгода тому назад). Затем больная заметила обесцвеченный кал и интенсивно окрашенную мочу. В день поступления в стационар с утра появились резкие приступообразные боли в области правого подреберья. На сей раз инъекции спазмолитиков боли не сняли. При пальпации живота имеется напряжение брюшной стенки справа. Из-за напряжения мышц живота не удается определить желчный пузырь и печень.

В результате проведенной интенсивной терапии в стационаре боли в правом подреберье стихли, напряжение брюшной стенки уменьшилось, постепенно стала исчезать желтуха.

В анализах крови: лейкоциты – $12,2 \times 10^9$ /л, билирубин – 56 мкмоль/л, сахар – 4,8 ммоль/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Тактика хирурга.

Задача №9.

Больной Л., 46 лет. Поступил в инфекционное отделение с жалобами на пожелтение кожных покровов, сильный кожный зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время, постоянные неинтенсивные боли и тяжесть в правой половине живота и эпигастральной области, слабость, незначительное похудание, отсутствие аппетита. Заболел 2 месяца назад. На фоне полного здоровья отметил пожелтение склер, затем кожных покровов. Госпитализирован в инфекционный стационар с диагнозом «вирусный гепатит». Несмотря на проводимое лечение желтуха нарастала, присоединился кожный зуд.

На консультацию приглашен хирург. При осмотре – состояние средней тяжести, кожные покровы интенсивно желтого цвета с зеленоватым оттенком, на коже живота и конечностей – следы расчесов. В легких везикулярное дыхание. Пульс – 58 ударов в минуту, АД – 120/70. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезнен в области правого подреберья. Печень +1,5 см, край ее уплотнен. В проекции желчного пузыря определяется плотно-эластичное, легко смещаемое, слабоболезненное образование 3x4 см. Лабораторные тесты: общий анализ крови без существенных изменений, СОЭ 29 мм/ч. Биохимические показатели: общий белок – 65,8 г/л; билирубин общий – 365 мкмоль/л, прямой – 320 мкмоль/л, АСТ – 56, АЛТ – 43, ЩФ – 1026.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Природа желтухи у данного больного.
3. Какое обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какова тактика хирурга в данной ситуации.

Задача №10.

Больная З., 45 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, многократную рвоту съеденной пищей, желчью, вздутие живота, потемнение мочи.

Из анамнеза. В течение последних 4-х лет периодически беспокоят боли в правом подреберье. Тогда же при УЗИ выявлены конкременты в желчном пузыре 1-2 мм. В течение последнего года стали беспокоить приступообразные боли после погрешностей в диете, которые самостоятельно купировала приемом баралгина. Последний болевой приступ возник сутки назад, плохо купировались спазмолитиками. Ночь спала плохо из-за болей. Сегодня с утра заметила потемнение мочи, боли усилились, приняли опоясывающий характер, появилась рвота, вздутие живота.

Состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное (сидя, согнувшись) Повышенного питания. Кожа, склеры иктеричны. Со стороны легких, сердца в пределах нормы. Живот увеличен в объеме за счет жировой клетчатки, симметричный, подвздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации живот болезненный в эпигастрии, правом подреберье, там же ригидность мышц. Печень, желчный пузырь пальпировать не удается. Пульсация брюшного отдела аорты не определяется. Поколачивание по подреберью, реберной дуге справа болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перкуторно свободной жидкости. Перистальтика ослаблена в верхних отделах. Стула не было в течение последних суток, мочеиспускание не нарушено.

При исследовании ОАК: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 174 г/л, лейкоциты – $15,4 \times 10^9/л$, в ОАМ: лейкоциты – 0-2 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 72,3 мкмоль/л, прямой - 52 мкмоль/л, α амилаза – 1034 ед/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Причины возникшей ситуации.
3. С чем и какими методами необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Тактика хирурга.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля:
- 3) Сущность понятия, классификация ЖКБ.
- 4) Хирургическая и функциональная анатомия желчных путей.
- 5) Физиология желчеотделения и коллоидная стабильность желчи.
- 6) Современные теории патогенеза ЖКБ.
- 7) Общие принципы диагностики и лечебной тактики в доклинические стадии ЖКБ.
- 8) Клиника, диагностика, лечение хронического калькулезного холецистита.
- 9) Общие принципы диагностики и лечения форм поражений протоковой системы при ЖКБ.
- 10) Критерии инструментальных методов диагностики ЖКБ.
- 11) Интраоперационные методы исследования желчных путей.
- 12) Виды операций при ЖКБ, показания и противопоказания к ним.
- 13) Способы завершения операции по поводу ЖКБ (виды и показания к ним).
- 14) Наружное дренирование желчных путей при ЖКБ (показания, виды, функции дренажей; сроки дренирования; правила установки и удаления дренажа).
- 15) Альтернативные методы лечения ЖКБ, прогноз результатов.
- 16) Профилактика желчнокаменной болезни.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Оперативное вмешательство при наличии камней в холедохе завершают:

- 1 транспеченочным дренированием гепатикохоледоха
- 2 дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому
- 3 формированием холедоходуоденоанастомоза
- 4 формированием холецистоеюноанастомоза
- 5 резекцией холедоха

Вопрос №2

В случаях приступа желчной колики на фоне холецистолитиаза показано:

- 1 экстренная операция
- 2 консервативное лечение
- 3 плановая операция после купирования приступа
- 4 антиферментная терапия
- 5 лапароскопическая холецистостомия

Вопрос №3

Интраоперационная ревизия желчных путей предусматривает:

- 1 пальпацию холедоха
- 2 интраоперационную холангиографию
- 3 холедохоскопию
- 4 внутривенное контрастирование желчных протоков
- 5 экспресс-диагностику литогенности желчи

Вопрос №4

Длительное существование камней во внепеченочных желчных протоках может приводить к развитию:

- 1 перитонита
- 2 холангита
- 3 язвенной болезни
- 4 абсцессов печени
- 5 подпеченочного абсцесса

Вопрос №5

Показаниями к интраоперационной ревизии желчных протоков являются:

- 1 перенесенный панкреатит
- 2 частые приступы желчных колик
- 3 признаки воспаления желчного пузыря
- 4 увеличение диаметра общего желчного протока
- 5 желтуха до операции

Вопрос №6

Диагностика холангиолитиаза включает:

- 1 ультразвуковое исследование
- 2 физикальное обследование
- 3 эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию
- 4 пероральную холецистографию
- 5 внутривенную холецистохолангиографию

Вопрос №7

Клиническими признаками острого холангита являются:

- 1 высокая температура
- 2 боли в правом подреберье
- 3 желтуха
- 4 боли опоясывающего характера
- 5 вздутие живота

Вопрос №8

При желтухе желчнокаменного происхождения показано:

- 1 экстренная операция
- 2 только консервативное лечение
- 3 обследование и оперативное лечение в первые 3-5 дней
- 4 детоксикационная терапия
- 5 катетеризация чревной артерии

Вопрос №9

Осложненное течение желчнокаменной болезни характеризуется развитием:

- 1 острого панкреатита
- 2 механической желтухи
- 3 дуоденостаза
- 4 обтурационной тонкокишечной непроходимости
- 5 язвенной болезни

Вопрос №10

К камнеобразованию в желчном пузыре приводят:

- 1 нарушение диеты
- 2 застой желчи в пузыре
- 3 обменные нарушения
- 4 воспалительные процессы в желчном пузыре
- 5 поло-возрастные изменения

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	2, 3	2, 3	1, 2, 3	2, 4	1, 4, 5	1, 2, 3	1, 2, 3	3, 4	1, 2, 4	2, 3, 4

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Дополнительная:

1. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
3. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

4. Механическая желтуха доброкачественного характера [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2018. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.
5. Острый холангит [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2017. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.

Тема 1.7: Острый холецистит

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при остром холецистите.

Задачи:

- 1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию острого холецистита;
- 2) обучить методам его клиничко-инструментальной диагностики;
- 3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- 4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при развитии острого холецистита;
- 5) рассмотреть современные подходы к лечению;
- 6) изучить принципы ведения периоперационного периода
- 7) рассмотреть основные направления профилактики острого холецистита.

Обучающийся должен знать:

- определение, причины, основные теории развития, современную классификацию острого холецистита;
- основные патологические симптомы и синдромы острого холецистита;
- клинические проявления основных синдромов различных морфологических форм острого аппендицита;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику: показания к консервативному лечению, его основные направления, оперативное лечение, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении острого холецистита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации при остром холецистите.

Обучающийся должен уметь:

- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы острого холецистита;
- определять функциональные, лабораторные признаки острого холецистита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания острого холецистита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с острым холециститом, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию у пациентов с острым аппендицитом в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике острого холецистита;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов острого холецистита;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);

- назначением основных диагностических мероприятий по выявлению острого холецистита;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при остром аппендиците;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики острого холецистита;
- способностью оформлять медицинскую документацию при остром холецистите в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Сущность понятия «острый холецистит».
- 2) Значение острого холецистита в разделе экстренной хирургии.
- 3) Модели развития острого холецистита.
- 4) Классификация острого холецистита по МКБ, Б.А. Королеву, В.С. Савельеву.
- 5) Основные симптомы острого холецистита: Ортнера, Кера, Мерфи, Образцова, Мюсси-Георгиевского, Елекера и др.
- 6) Дополнительные методы исследования при остром холецистите.
- 7) Изменения лабораторных показателей, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
- 8) Основные дифференциальные критерии с другими заболеваниями.
- 9) Особенности лечебно-диагностической тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.
- 10) Консервативное лечение: показания, основные направления, применяемые препараты.
- 11) Оперативное лечение: показания, классификация холецистэктомий в зависимости от сроков, доступов, этапов. Способы завершения операции.
- 12) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.
- 13) Профилактика острого холецистита.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острым холециститом (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования лечения, показания к оперативному лечению, мероприятия предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый холецистит;

в. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого холецистита, составлению плана диагностических

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- 1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального

обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная 46 лет на приеме участковому терапевту предъявляет жалобы на интенсивные боли в правой половине живота постоянного характера, 2-х кратную рвоту желудочным содержимым, неприносящую облегчения.

Из анамнеза выяснено, что боли появились два дня назад, за медицинской помощью не обращалась, принимала самостоятельно спазмолитические препараты без особого эффекта. За 3 часа до поступления боли в животе приняли интенсивный характер.

При обследовании живота выявлена болезненность и мышечный дефанс в правом подреберье, мезогастррии. Желчный пузырь из-за ригидности мышц пальпировать не удается. Пульсация брюшной аорты сохранена. Симптомы Ортнера, Кера положительные, симптом Щеткина-Блюмберга так же положителен в правой подреберной, мезогастральных областях.

Контрольные вопросы.

1. Клинические синдромы.
2. Установите диагноз, обоснуйте его.
3. Перечислите необходимые диагностические мероприятия.
4. Определите дальнейшие действия участкового терапевта.
5. Сформулируйте основные положения лечебной тактики на уровне стационара.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. а) болевой синдром: интенсивные боли в правой половине живота постоянного характера, некупирующиеся спазмолитиками, локальная болевая симптоматика: болезненность и мышечный дефанс в правом подреберье, мезогастррии, резко положительные симптомы Ортнера, Кера, Щеткина-Блюмберга);

б) синдром диспепсии (повторная рвота желудочным содержимым);

в) клинико-анамнестический синдром (острое начало заболевания 2 дня назад, ухудшение состояния 3 часа назад)

2. Характеристики болевого синдрома с особенностями клинико-анамнестического синдрома позволяют говорить об остром деструктивном холецистите, осложненном перфорацией в свободную брюшную полость, местном перитоните.

3. Дополнительное исследование предполагает проведение общеклинических анализов крови и мочи, биохимических параметров крови: билирубин общий, прямой, аст, алт, щф, ггтп, α -амилазы, СРБ, электролитного состава (K^+ , Na^+ , Cl^-); определения маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ, реакции Вассермана, коагулограммы, обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости; УЗИ исследование гепатопанкреатобилиарной зоны.

4. Разъяснение информации о заболевании; вызов бригады скорой медицинской помощи «на себя»; оформление направления на госпитализацию в экстренном порядке в стационар хирургического профиля, занимающийся оказанием медицинской помощи экстренного характера; обеспечение двигательного, психо-эмоционального, пищевого покоя.

5. Лечебная тактика предусматривает проведение оперативного вмешательства в экстренном порядке вследствие клинических признаков перитонита, развившегося вследствие перфорации желчного пузыря.

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии:*

Задача №1.

Больной А., 68 лет поступил в ЭХО с жалобами на зуд кожи, боли тянущего характера в верхних отделах живота, слабость, упадок сил, желтушность глазных яблок, кожи, отсутствие аппетита, похудение.

Из анамнеза: считает себя больным в течение полугода, когда отметил снижение аппетита, отвращение к пище, периодические рвоты, умеренную слабость. За это время похудел примерно на 10-15 кг. В течение 1,5 месяцев периодически беспокоят боли в верхних отделах живота, зуд кожи. Желтуха появилась 1 месяц назад.

При осмотре: пониженного питания, склеры и кожа оливкового цвета, тургор кожи резко понижен, на ней множество расчесов. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 62 удара в минуту. АД – 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье, где определяется незначительно болезненное овоидное образование туго-эластической консистенции. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перкуторно свободной жидкости в животе не определяется. Перистальтика не усилена. Диурез не нарушен, моча темная, при ректальном исследовании – кал светлый.

В ОАК: эритроциты – 3×10^{12} /л, гемоглобин – 104 г/л, лейкоциты – 10×10^9 /л, ОАМ: лейкоциты – 2-3 в поле зрения, уробилин ++.

В биохимическом анализе крови: повышение общего билирубина до 330 мкмоль/л за счет прямой фракции (220 мкмоль/л), ЩФ-150, АСТ-132, АЛТ-200 ед/л.

При рентгенконтрастном исследовании ЖКТ: разворачивание подковы ДПК.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Дополнительные диагностические исследования.
5. Особенности лечения данного больного.

Задача №2.

Больная Б., 65 лет обратилась в поликлинику с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, рвоту желудочным содержимым, неприносящую облегчения.

Из анамнеза: заболела 3-е суток назад, когда после употребления в пищу жареного мяса, появились вышеперечисленные симптомы. Самостоятельно принимала но-шпу с незначительным эффектом. На следующий день вызов бригады СМП – внутримышечно введен баралгин, боли стихли, оставлена дома. Боли сохранялись, сегодня обратилась в поликлинику. Ранее отмечала периодические боли в правом подреберье после жареной пищи, которые с течением времени самостоятельно проходили.

Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания, склеры и кожа физиологической окраски. Со стороны легких, сердца патологии не выявлено. Пульс – 82 ударов в минуту, АД – 140/60 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожной клетчатки, не вздут, симметричный. При пальпации локальная болезненность и ригидность мышц в правом подреберье, где определяется резкоболезненное овоидное образование туго-эластической консистенции. Симптомы Кера, Ортнера положительные, Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика равномерная.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Возможные причины заболевания.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Тактика лечения.
5. Виды операций

Задача №3.

Больной В., 75 лет доставлен бригадой СМП с выраженным болевым синдромом (боли в животе с иррадиацией в правую половину шеи, ключицу, усиливаются при глубоком дыхании).

Болен в течение суток, когда появились боли в правом подреберье, за медицинской помощью не обращался. Ухудшение состояния в течение последнего часа - боли резко усилились, стали отдавать в правую половину шеи, ключицу, затруднение дыхания. Бригадой СМП доставлен в ЭХО. Ранее дважды перенес инфаркт миокарда.

Объективно: поведение беспокойное (часто меняет положение из-за болей), контактен, адекватен. Состояние средней степени тяжести, склеры и кожа физиологической окраски. Со стороны легких патологии не выявлено. Пульс – 86 ударов в минуту. АД – 40/60 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, правая половина ограничено участвует в акте дыхания. При пальпации резкая болезненность и ригидность мышц в правом подреберье, мезогастрии. Печень, желчный пузырь пальпировать не удается из-за выраженного мышечного напряжения. Там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно определяется притупление звука по правому флангу, границы печени не изменены. Перистальтика справа ослаблена, «шума плеска» не определяется.

Симптом поколачивания поясничной области отрицательный.

Контрольные вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Тактика лечения.

Задача №4.

Больная З., 45 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, многократную рвоту съеденной пищей, желчью, вздутие живота, потемнение мочи.

Из анамнеза. В течение последних 4-х лет периодически беспокоят боли в правом подреберье. Тогда же при УЗИ выявлены конкременты в желчном пузыре 1-2 мм. В течение последнего года стали беспокоить приступообразные боли после погрешностей в диете, которые самостоятельно купировала приемом баралгина. Последний болевой приступ возник сутки назад, плохо купировались спазмолитиками. Ночь спала плохо из-за болей. Сегодня с утра заметила потемнение мочи, боли усилились, приняли опоясывающий характер, появилась рвота, вздутие живота.

Состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное (сидя, согнувшись) Повышенного питания. Кожа, склеры иктеричны. Со стороны легких, сердца в пределах нормы. Живот увеличен в объеме за счет жировой клетчатки, симметричный, подвздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации живот болезненный в эпигастрии, правом подреберье, там же ригидность мышц. Печень, желчный пузырь пальпировать не удается. Пульсация брюшного отдела аорты не определяется. Поколачивание по подреберью, реберной дуге справа болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перкуторно свободной жидкости не выявлено. Перистальтика ослаблена в верхних отделах. Стула не было в течение последних суток, мочеиспускание не нарушено.

При исследовании ОАК: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 174 г/л, лейкоциты – $15,4 \times 10^9/л$, в ОАМ: лейкоциты – 0-2 п/зр.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин - 72,3 мкмоль/л, прямой - 52 мкмоль/л, α амилаза - 1034 ед/л.

Контрольные вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Причины возникшей ситуации.
3. С чем и какими методами необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Тактика хирурга.

Задача №5.

Больная Д., 40 лет предъявляет жалобы на резкие боли в правом подреберье, боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, 3-х кратную рвоту желчью, не приносящую облегчения.

Больна в течении 6 часов, подобный болевой приступ впервые. Около 10 лет назад во время

беременности при УЗИ заподозрены камни в желчном пузыре. В течение последних двух лет беспокоят горечь во рту, периодические боли в правом подреберье после употребления жирной, жареной пищи.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение вынужденное (сидя согнувшись, придерживая правый бок). Повышенного питания. Кожа, склеры чистые, физиологической окраски. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 84 удара в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожной клетчатки, правая половина ограниченно участвует в дыхании. При пальпации живот болезненный в правом подреберье, там же ригидность мышц, из-за чего не удается пальпировать ни печень, ни желчный пузырь. Симптомы Ортнера, Кера, Мерфи положительные, Щеткина-Блюмберга сомнительный. Перкуторно размеры печени не увеличены, свободного газа, жидкости не определяется. Перистальтика равномерная. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный. Стул был сутки назад, диурез сохранен, моча светлая.

При исследовании ОАК: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 154 г/л, лейкоциты – $15,4 \times 10^9/л$, в ОАМ: лейкоциты – 0-2 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин - 12,3 мкмоль/л, прямой - 2 мкмоль/л, α амилаза - 34 ед/л.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
3. Дополнительные методы диагностики.
4. Тактика лечения данной пациентки.
5. Показания к операции.

Задача №6.

Больной Е., 57 лет в течение 2-х лет неоднократно поступает в ЭХО с приступами острых болей в правом подреберье, которые сопровождаются желтушностью кожи, потемнением мочи. При УЗИ желчных путей выявлены камни желчного пузыря, расширение общего желчного протока до 12 мм, конкрементов в протоковой системе не определяется. После консервативных мероприятий вышеперечисленные симптомы купируются. После чего больной неоднократно отказывался от оперативного вмешательства и выписывался с рекомендациями. Во время последней госпитализации боли и желтуха на фоне медикаментозного лечения сохранялись, после чего больной дал согласие на операцию. Во время операции выявлены признаки острого калькулезного флегмонозного холецистита. После выполнения холецистэктомии через культю пузырного протока произведена холангиография. На рентгенограмме определяется расширение печеночных и общего желчного протоков. На 1 см ниже впадения пузырного протока в общий печеночный проток имеется полное препятствие для поступления контрастного вещества дистальнее.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причины диагностированной ситуации.
3. Дальнейшие действия хирурга.
4. Способ завершения операции.

Задача №7.

Больной Ж., 48 лет болен в течение 3-х дней, когда возникли интенсивные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, постоянные, не купирующиеся анальгином, многократная рвота. В течение 7 дней злоупотреблял спиртными напитками. Боли с течением времени нарастали, бригадой СМП доставлен в ЭХО.

Объективно: состояние тяжелое, в сознании, ориентирован в месте, времени, выраженный тремор конечностей, беспокоен из-за болей, не может лечь. Кожа лица гиперемирована, склеры чистые. В легких резкое ослабление дыхания в нижних отделах справа, хрипов нет, частота дыхания – 20 в минуту. Пульс - 98 ударов в минуту, АД-100/70 мм рт.ст. Живот вздут, симметричный, при пальпации резко болезненный в эпигастрии, по правому флангу, где определяется ригидность мышц, там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно свободного газа жидкости не определяется. Перистальтика резко ослаблена, «шума плеска нет».

При исследовании ОАК: эритроциты – $5,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 184 г/л, лейкоциты –

20x10⁹/л, в ОАМ: лейкоциты – 0-2 п/зр, α амилаза мочи по Вольгемуту - 2048 ед.

Выполнена обзорная рентгеноскопия брюшной полости – свободного газа в брюшной полости не выявлено, в кишечнике небольшое количество газов.

Экстренно выполнена лапароскопия: в брюшной полости около 200 мл серозно-геморрагического выпота, на париетальной и висцеральной брюшине множество мелких белесоватых образований, имеет место выбухание желудочно-ободочной связки, брюшина в верхних отделах гиперемирована, желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен, стенка его значительно отечна по типу желе, сероза его не изменена.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причины возникшей ситуации.
3. Дополнительные методы диагностики.
4. Тактика хирурга.

Задача №8.

Во время операции после разделения рыхлых спаек между прядью большого сальника и желчным пузырем выявлено, что последний увеличен в размерах, напряжен, стенка инфильтрирована, темно-вишневого цвета, покрыта фибрином, пальпаторно в его полости определяется множество мелких камней; гепатодуоденальная связка отечна; холедох увеличен до 2 см в диаметре, напряжен, пальпаторно камней в нем не определяется; головка поджелудочной железы в размерах не увеличена, не уплотнена. Произведена холецистэктомия от шейки. Через культю пузырного протока по направлению к ДПК установлен пластиковый катетер. Выполнена интраоперационная холангиография. Рентгенологически: выполнены внутри- и внепеченочные протоки, внутренний диаметр гепатикохоледоха около 1,5 см, в его полости определяется несколько рентгеноположительных структур от 0,3 до 0,5 см, контраст в ДПК поступает.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите методы интраоперационной диагностики ЖКБ.
3. Показания к интраоперационной холангиографии.
4. Дальнейшие действия хирурга.
5. Выберите способ завершения операции.

Задача №9.

Больной Ф., 75 лет поступил в ЭХО через 5 дней с момента заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожи, слабость, недомогание, повышение температуры до 38°C, сопровождающееся ознобами. В анамнезе ЖКБ, ИБС, ГБ.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа, склеры желтушны. Со стороны органов дыхания, сердца без существенных изменений. Пульс – 92 ударов в минуту, АД - 130/80 мм рт.ст. Живот не вздут, при пальпации болезненный в правом подреберье, там же ригидность мышц. Печень, желчный пузырь не пальпируются. Перитонеальных симптомов нет. Пульсация брюшного отдела аорты определяется. В ОАК: эритроциты – 3,9x10¹²/л, гемоглобин – 124 г/л, лейкоциты – 19,4x10⁹/л; в ОАМ: лейкоциты – 0-2 в поле зрения, уробилин ++. В биохимическом анализе крови общий билирубин - 312,3 мкмоль/л, прямой - 162 мкмоль/л, α амилаза – 34 ед/л. При УЗИ – печень не увеличена, структура однородная, желчный пузырь размерами 100x54 мм, стенка 1 мм, в его полости множество конкрементов от 2 до 5 мм, холедох расширен до 12 мм, толстостенный с гиперэхогенной взвесью.

На фоне консервативного лечения боли уменьшились, однако желтуха сохранялась. Был взят на операцию. После холецистэктомии (желчный пузырь гангренозно изменен, в его полости много камней и гнойная желчь) выполнена интраоперационная холангиография - диаметр гепатикохоледоха около 12 мм, в его полости несколько дефектов наполнения округлой формы, контраст в ДПК поступает, однако в дистальной части холедоха имеется участок сужения протяженностью около 1,5 см.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Что явилось показанием для холангиографии?

3. Основные направления применяемой консервативной терапии.
4. Последовательность действий хирурга.
5. Способ завершения операции.

Задача №10.

Больная 53 года, поступила в первые сутки от начала заболевания с жалобами на сильные боли в области правого подреберья, тошноту, рвоту. В течение года перенесла несколько подобных приступов, в том числе тяжелых.

При поступлении температура тела 39°C. При осмотре выраженная желтушность склер и кожных покровов. Язык покрыт белым налетом. Пульс - 115 ударов в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. При пальпации выявлено напряжение и резкая болезненность в правом подреберье и эпигастриальной области. Перистальтика кишечника ослаблена. Симптомы Ортнера, Кера, Образцова, Мюсси-Георгиевского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. В общем анализе крови: лейкоцитоз $14,6 \times 10^9/\text{л}$. Билирубин крови - 63 мкмоль/л, за счет прямой фракции. Анализ мочи: лейкоцитов 1-3 в поле зрения, положительная реакция на уробилин и желчные пигменты. Общий белок - 75,3 г/л. Больной в течение 20 часов проводилась консервативная терапия. Эффекта не отмечено. Выполнена срочная операция. В брюшной полости небольшое количество желчного выпота. Печень увеличена, серовато-коричневого цвета, мягкая, с множеством рубцов под капсулой. Желчный пузырь 10x5x3 см, с утолщенной гиперемированной стенкой. Шейка пузыря в большом плотном инфильтрате. Пузырный проток не дифференцируется. Общий желчный проток расширен до 12 мм, напряжен, стенка его утолщена, двенадцатиперстная кишка не изменена.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Принципы консервативной терапии, которая проводилась больной.
3. Дальнейшая хирургическая тактика.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Сущность понятия, принципы классификации острого холецистита.
2. Особенности патогенеза острого калькулезного холецистита.
3. Особенности этиопатогенеза острого бескаменного холецистита.
4. Клиническая симптоматика острого холецистита.
5. Лабораторные и инструментальные методы диагностики острого холецистита.
6. Дифференциальная диагностика острого калькулезного холецистита с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости.
7. Принципы консервативного лечения при остром холецистите.
8. Основы купирования острой и хронической боли.
9. Особенности предоперационной подготовки больных острым холециститом с холангитом.
10. Показания и виды операций по срокам выполнения.
11. Особенности клинических проявлений, дополнительной диагностики и лечения осложнений острого холецистита.
12. Показания для наружного дренирования желчных путей, виды и функции дренажей.
13. Показания для внутреннего дренирования желчных путей, виды операций.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Срочная операция при остром холецистите проводится в случаях:

- 1 стихания болевого синдрома
- 2 отсутствия эффекта от консервативного лечения
- 3 появления желтухи
- 4 появления неукротимой рвоты

5 повышения температуры

Вопрос №2

Признаками острого холецистита при ультразвуковом исследовании являются:

- 1 увеличение размеров желчного пузыря
- 2 наличие камней в просвете желчного пузыря
- 3 увеличение головки поджелудочной железы
- 4 утолщение стенки желчного пузыря
- 5 увеличение внутреннего диаметра гепатикохоледоха

Вопрос №3

Основными признаками ферментативного холецистита являются:

- 1 увеличение желчного пузыря в размерах
- 2 стекловидный отек стенки желчного пузыря
- 3 наличие камней в просвете желчного пузыря
- 4 высокое содержание амилазы в желчи
- 5 высокая билирубинемия

Вопрос №4

Обтурационный деструктивный холецистит развивается вследствие:

- 1 фиксации камня в шейке желчного пузыря
- 2 обтурации пузырного протока
- 3 нарушения проходимости дистальной части холедоха
- 4 рефлюкса панкреатического сока
- 5 нарушения эвакуации из ДПК

Вопрос №5

Пациентам, перенесшим холецистэктомию, в послеоперационном периоде назначают:

- 1 морфин
- 2 кетопрофен
- 3 длительный постельный режим
- 4 фраксипарин
- 5 детралекс

Вопрос №6

Лапароскопическая холецистэктомию при воспалении желчного пузыря противопоказана в случаях:

- 1 деструктивного холецистита
- 2 распространенного перитонита
- 3 у пожилых пациентов
- 4 признаков воспаления поджелудочной железы
- 5 выявления камней во внепеченочных желчных протоках

Вопрос №7

При остром холецистите в сочетании с механической желтухой формирование холедоходуоденоанастомоза показано в случаях:

- 1 множественного холедохолитиаза
- 2 холангита
- 3 стриктуры дистальной части холедоха
- 4 острого панкреатита

5 блока дистального отдела холедоха

Вопрос №8

Диагностическая программа при неосложненном течении острого холецистита предусматривает:

- 1 ретроградную холангиопанкреатографию
- 2 лапароскопию
- 3 УЗИ
- 4 компьютерную томографию
- 5 физикальное обследование

Вопрос №9

Варианты холецистэктомии:

- 1 от шейки
- 2 от тела
- 3 от печени
- 4 от холедоха
- 5 от дна

Вопрос №10

Осложнениями острого холецистита являются:

- 1 острый перитонит
- 2 кишечная непроходимость
- 3 межорганные свищи
- 4 кровотечение
- 5 перивезикальный инфильтрат

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	2, 3	1, 4	2, 4	1, 2	2, 4	2, 4, 5	1, 3	3, 5	1, 5	1, 3, 5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016
5. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
6. Острый холецистит [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2015. Режим доступа: [https:// www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines](https://www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines).

Тема 1.8: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (далее ЯБЖ и ДПК).

Задачи:

- 1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
- 2) обучить методам ее клинико-инструментальной диагностики;
- 3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- 4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику;
- 5) рассмотреть современные подходы к лечению.

Обучающийся должен знать:

- определение, причины, основные теории развития, современную классификацию ЯБЖ и ДПК;
- основные патологические симптомы и синдромы;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику: показания к консервативному лечению, его основные направления, оперативное лечение, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении ЯБЖ И ДПК;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи.

Обучающийся должен уметь:

- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы ЯБЖ И ДПК;
- определять функциональные, лабораторные признаки данного заболевания;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план лечебных мероприятий;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию у пациентов с острым аппендицитом в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике язвенной болезни;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- назначением основных диагностических мероприятий по выявлению ЯБЖ и ДПК;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения больных;
- теоретическими и методическими основами профилактики ЯБЖ и ДПК.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Сущность понятия «язвенная болезнь».
- 2) Модели развития ЯБЖ и ДПК.
- 3) Классификация язвенной болезни.
- 4) Клиническая диагностика, характеристика основных клинических синдромов.
- 5) Дополнительные методы исследования.

- 6) Изменения лабораторных показателей, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
- 7) Основные дифференциальные критерии с другими заболеваниями.
- 8) Особенности лечебно-диагностической тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.
- 9) Консервативное лечение: показания, основные направления, применяемые препараты.
- 10) Оперативное лечение: показания, классификация хирургических вмешательств.
- 11) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.
- 12) Профилактика язвенной болезни, развития рецидивов.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с язвенной болезнью (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования лечения, показания к оперативному лечению, мероприятия предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

2. Моделирование клинической ситуации:

- а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
- б) лечебно-диагностическая тактика в случаях оказания хирургической помощи;
- с. Отработка практических навыков по определению клинической симптоматики язвенной болезни, составлению плана диагностических и лечебных мероприятий.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.
2. Ответить на вопросы для самоконтроля:
 - 1) Сущность понятия, особенности течения и характера ЯБЖ и ДПК.
 - 2) Современные теории патогенеза язвенной болезни.
 - 3) Особенности этиопатогенеза, патоморфологии и клинических проявлений ЯБЖ и ДПК.
 - 4) Дифференциальная диагностика язвенной болезни.
 - 5) Секреторная функция желудка и методы ее изучения.
 - 6) Критерии лабораторно-инструментальной диагностики язвенной болезни.
 - 7) Принципы консервативного лечения ЯБЖ и ДПК, прогноз результатов.
 - 8) Основы купирования острой и хронической боли.
 - 9) Показания к хирургическому лечению ЯБЖ и ДПК.
 - 10) Понятие и виды радикальных и паллиативных операций, резекционных и органосохраняющих; показания к ним.
 - 11) Резекция желудка по Бильрот-I, Бильрот-II, их достоинства и недостатки, возможные модификации.
 - 12) Показания и виды органосберегающих операций, их достоинства и недостатки.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Вопрос №1

Для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерны:

- 1 ночные боли
- 2 боль в правом подреберье с иррадиацией в спину
- 3 боль в эпигастральной области спустя 1,5-2 часа после приема пищи
- 4 боль в области мечевидного отростка с иррадиацией в левое плечо и лопатку
- 5 голодные боли

Вопрос №2

Оперативное лечение при язвенной болезни показано в случаях:

- 1 непрерывно рецидивирующего течения
- 2 положительного теста на хеликобактериоз
- 3 гипоацидного состояния
- 4 развития осложнений

Вопрос №3

Классификация язвенной болезни по Jonson предусматривает выделение:

- 1 медиогастральных язв
- 2 язв пилорического канала
- 3 язв двойной локализации (желудок и двпк)
- 4 язвы кардиального отдела желудка
- 5 ювенильные язвы

Вопрос №4

Диагностика язвенной болезни включает:

- 1 фиброгастродуоденоскопию
- 2 пункцию желудка с биопсией слизистой
- 3 тестирование на хеликобактериоз
- 4 компьютерную томографию
- 5 рентгеноскопию желудка

Вопрос №5

Ульцерогенным действием обладают:

- 1 бутадион
- 2 гастропепин
- 3 преднизолон
- 4 дигиталис
- 5 индометацин

Вопрос №6

Формирование анастомоза между культей желудка и тощей кишкой предусматривает способ резекции:

- 1 Бильрот I
- 2 Бильрот II
- 3 Ру
- 4 Гейнеке-Микулича
- 5 Ниссена

Вопрос №7

О наличии язвы при рентгенологическом исследовании могут свидетельствовать:

- 1 симптом булыжной мостовой
- 2 симптом перистости

- 3 симптом указующего перста
- 4 симптом чаши Клойбера
- 5 симптом ниши

Вопрос №8

Стандартная тройная схема терапии первой линии при язвенной болезни предусматривает применение:

- 1 эзомепразола
- 2 метронидазола
- 3 альмагеля
- 4 кларитромицина
- 5 цефтриаксона
- 6 амоксициллина

Вопрос №9

К язвам большого размера относят:

- 1 язвы диаметром 0,5 см
- 2 язвы диаметром 1 см
- 3 язвы диаметром 2 см
- 4 язвы диаметром 3 см
- 5 язвы диаметром 4 см

Вопрос №10

План диспансерного наблюдения пациентов с неосложненной язвенной болезнью предусматривает выполнение:

- 1 ФГДС
- 2 рентгеноскопию желудка
- 3 теста на хеликобактериоз
- 4 компьютерной томографии
- 5 эндоУЗИ гастродуоденальной зоны

Тестовые задания репродуктивного уровня (выберите комбинацию правильных ответов).

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	1, 3, 5	1, 4	1, 2, 3	1, 3, 5	1, 3, 5	2, 3	3, 5	1, 4, 6	3, 4	1, 3

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Хубутя М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016

5. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
6. Язвенная болезнь у взрослых [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российская гастроэнтерологическая ассоциация, 2016. Режим доступа: [https:// www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines](https://www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines).

Тема 1.9: Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при осложненном течении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (далее ЯБЖ и ДПК).

Задачи:

- 1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию осложнений язвенной болезни;
- 2) обучить методам их клиничко-инструментальной диагностики;
- 3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- 4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при осложненном течении язвенной болезни;
- 5) рассмотреть современные подходы к лечению;
- 6) изучить принципы ведения периоперационного периода
- 7) рассмотреть основные подходы к профилактике развития осложнений ЯБЖ и ДПК.

Обучающийся должен знать:

- определение, причины, основные теории развития, современную классификацию осложнений язвенной болезни желудка и ДПК (перфорация, кровотечение, пилородуоденальный стеноз, пенетрация, малигнизация);
- основные патологические симптомы и синдромы, характеризующие осложнения язвенной болезни;
- клинические проявления основных синдромов;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику при различных видах осложнений: показания к консервативному лечению, его основные направления, оперативное лечение, показания, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении осложненной язвенной болезни;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы язвенных перфорации, кровотечения, пенетрации, пилородуоденального стеноза;
- определять их функциональные, лабораторные признаки;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом особенностей протекания осложнений язвенной болезни;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике любого из осложнений язвенной болезни (перфорация, кровотечение, пилородуоденальный стеноз, пенетрация, малигнизация);
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов;

- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- назначением основных диагностических мероприятий по выявлению осложненной язвенной болезни;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- теоретическими и методическими основами профилактики осложнений ЯБЖ и ДПК;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Виды осложнений ЯБЖ и ДПК, частота их встречаемости.
- 2) Этиопатогенез перфорации гастродуоденальной язвы.
- 3) Классификация перфораций.
- 4) Клиническая симптоматика перфоративной язвы (основные и вспомогательные признаки Мондора); особенности клиники и течения, причины развития атипичных симптомов.
- 5) Алгоритм дополнительной и дифференциальной диагностики перфорации.
- 6) Хирургическая тактика: выбор операции при перфоративной язве; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.
- 7) Этиопатогенез язвенных гастродуоденальных кровотечений.
- 8) Классификация кровотечений.
- 9) Клиническая симптоматика кровоточащей язвы.
- 10) Алгоритм дополнительной и дифференциальной диагностики.
- 11) Хирургическая тактика: показания к консервативной терапии, принципы ее проведения; показания к оперативному лечению, выбор операции; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.
- 12) Патогенетические особенности течения пилородуоденального стеноза.
- 13) Принципы классификации язвенных стенозов.
- 14) Критерии клинико-инструментальной диагностики язвенной болезни, осложненной стенозом.
- 15) Выбор лечебной тактики.
- 16) Показания и основные направления консервативного лечения пилородуоденальных стенозов.
- 17) Хирургическое лечение: виды, сроки, объемы оперативного вмешательства, принципы периоперационного ведения.
- 18) Особенности клинической и дополнительной диагностики пенетрации и малигнизации язв пилородуоденальной зоны.
- 19) Основные направления в их лечении.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с осложненным течением язвенной болезни желудка и ДПК (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования лечения, показания к оперативному лечению, мероприятия предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

3. Моделирование клинической ситуации:

- а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на осложненную язвенную болезнь;

d. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики, составлению плана диагностических и лечебных мероприятий.

Решить ситуационные задачи

2) *Алгоритм разбора задач:*

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

б) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 48 лет, поступил в экстренное хирургическое отделение с жалобами на общую слабость, головокружение, шум в ушах, рвоту черным желудочным содержимым. Сознание не терял. Подобные явления впервые возникли 2 часа назад. В течение последних 6 месяцев отмечает развитие периодических болей в верхних отделах живота через 1,5-2 часа после еды, чувство тяжести.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологичны. Язык влажный. В легких везикулярное дыхание. Пульс – 78 ударов в минуту, ритмичный. АД – 130/70 мм рт.ст. При осмотре живот не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации живот мягкий безболезненный во всех отделах. Перистальтика равномерная. Печень не выступает из-под реберной дуги. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

При ФГДС выявлена язва на передней стенке луковицы ДПК диаметром 5 мм, покрытая вишневым сгустком.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Оцените эндоскопическую характеристику кровотечения.
3. Какие методы обследования необходимо провести.
4. Основные направления в лечении пациента.
5. Дальнейшая тактика лечения.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Язвенная болезнь ДПК с локализацией язвы на передней стенке луковицы, впервые выявленная, осложненная кровотечением.

2. Форрест IIВ.

3. Общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови на: аст, алт, щф, общий белок, мочевины, креатинин, сахар, билирубин, α -амилаза; коагулограмма, группа крови и резус-фактор; маркеры вирусных гепатитов, ВИЧ; анализ кала на реакцию Грегерсена.

4. При поступлении необходимо назначение консервативного лечения: инфузионная и гемостатическая терапия, ингибиторы протонной помпы, эрадикационная терапия, противорвотные препараты, эндоскопическая остановка кровотечения.

5. Дальнейшая тактика формируется после динамического осмотра пациента и проведения контрольной ФГДС. При возникновении рецидива кровотечения и ухудшении эндоскопической характеристики гемостаза по шкале Форреста показано оперативное лечение по жизненным показаниям. При отсутствии клинических признаков продолжающегося кровотечения и стабильности гемостаза необходимо продолжить консервативную терапию.

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии:*

Задача №1.

Больной А., 22 лет доставлен в ЭХО бригадой СМП. Предъявляет жалобы на интенсивные боли в животе постоянного характера с иррадиацией в правое плечо, лопатку.

Из анамнеза заболевания. Болен в течение 3-х часов, когда отметил появление резких болей в верхних отделах живота, которые позднее распространились по правому флангу. Ранее не обследовался, периодически в течение 2-х лет беспокоили изжоги, периодические боли в животе, которые возникали через 1,5-2 часа после приема пищи.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение вынужденное (сидя, согнувшись). Кожа бледноватая, теплая, покрыта потом. Язык сухой, у корня обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание. Пульс – 84 удара в минуту, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, равномерно ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации определяется резкая болезненность и напряжение мышц правой половины живота, там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно отмечается исчезновение печеночной тупости. Перистальтика ослаблена. Осмотр больного в положении лежа затруднен из-за выраженности болевого синдрома, частой смены положения тела.

В ОАК: лейкоциты – $17,4 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 132 г/л, в ОАМ: лейкоциты – 3-4 в поле зрения.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные диагностические мероприятия показаны данному больному?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Выберите оптимальный способ оперативного вмешательства.
5. Основные принципы послеоперационного ведения.

Задача №2.

Больная З., 63 лет поступила в ЭХО с жалобами на боли по всему животу, 1-кратную рвоту желчью, выраженную слабость.

Из анамнеза заболевания. В течение 3-х лет неоднократно лечилась амбулаторно и в стационаре по поводу язвенной болезни ДПК. Ухудшение состояния отмечает в течение 12 часов, когда отметила появление резких болей в верхних отделах живота. В течение этого времени за мед. помощью не обращалась, ухудшение состояния связывала с обострением язвенной болезни, самостоятельно принимала омез без существенного эффекта.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа физиологической окраски. Язык сухой. Со стороны легких изменений не выявлено. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный, АД – 140/80 мм рт. ст. Брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При пальпации живот болезненный во всех отделах, больше по правому флангу. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный во всех отделах. Перкуторно край печени не определяется. Перистальтика выслушивается.

В ОАК определяется лейкоцитоз до $16 \times 10^9/\text{л}$.

При обзорной рентгеноскопии брюшной полости патологии не выявлено.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями Вы будете дифференцировать данную патологию?
3. Перечислите основные причины данного заболевания.
4. Какая операция показана данной больной?
5. Перечислите основные направления послеоперационного лечения больной.

Задача №3.

Больной З., 25 лет поступил в ЭХО с жалобами на боли в животе.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение 3-х часов, когда отметил появление резких болей в верхних отделах живота. Спустя 1 час состояние улучшилось: боли уменьшились, распространились по правому флангу.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Кожа чистая, физиологической окраски. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 82 удара в минуту, ритмичный. АД – 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, при пальпации незначительно

болезненный в эпигастрии, по правому флангу. В правой подвздошной области определяется напряжение мышц, там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В ОАК отмечается лейкоцитоз до $13 \times 10^9/\text{л}$

Дежурным хирургом поставлен диагноз: острый аппендицит, взят на операцию. После вскрытия брюшной полости разрезом Волковича-Дьяконова выявлено, что червеобразный отросток не изменен, из брюшной полости эвакуировано около 100 мл мутного выпота с примесью желчи.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите ошибки, которые были допущены в диагностике данного заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Определите тактику хирурга в сложившейся ситуации.
5. Основные аспекты п/о ведения данного больного.

Задача №4.

Больной М., 43 лет поступил в приемный покой ЭХО с жалобами на интенсивные боли в животе с иррадиацией в правую надключичную область, 1-кратную рвоту темными массами со сгустками крови, 2-х кратный жидкий черный стул, выраженную слабость.

Из анамнеза. Болен в течение 1 недели, когда отметил появление изжоги, болей в верхних отделах живота через 1 час после еды. В течение 3-х лет периодически возникают подобные явления, не обследован. Ухудшение состояния в течение 6 часов появилась рвота темными массами со сгустками, слабость. Спустя 2 часа появился черный жидкий стул. Боли в животе усилились около 3 часов назад. Бригадой СМП доставлен в ЭХО.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание ясное, положение вынужденное (лежа на правом боку с приведенными к животу ногами). Кожа бледная, покрыта липким потом. ЧДД – 26/мин, в легких дыхание без хрипов. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный. АД – 80/40 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, в акте дыхания участвует ограниченно. При пальпации определяется болезненность и напряжение мышц во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен.

В ампуле прямой кишки неоформленные каловые массы черного цвета.

В ОАК: эритроциты – $2,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 70 г/л, гематокрит – 19%.

Экстренно выполнена обзорная рентгеноскопия брюшной полости – патологии не выявлено.

При ФГДС – на передней стенке луковицы ДПК имеется язвенный дефект диаметром 1 см, прикрытый рыхлым сгустком.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите основные причины развития заболевания.
3. Оцените ОАК.
4. Тактика хирурга в данной ситуации.
5. Выбор объема оперативного вмешательства

Задача №5.

Больной С., 32 лет предъявляет жалобы на 1-кратную рвоту пищей, затем дважды темной кровью, сгустками, 2-х кратный черный жидкий стул, слабость, потерю сознания.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение суток, когда отметил появление черного стула, однократной рвоты пищей, не приносящей облегчения. Через 5 часов рвота повторилась. Со слов рвотные массы приобрели кровянистый характер. Со слов жены: пошел в туалет, потерял сознание, упал. Язвенной болезнью ДПК в течение 10 лет.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожа бледная. Пульс – 96 ударов в минуту, ритмичный. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика активная.

Ректально: в ампуле прямой кишки полужидкие каловые массы черного цвета.

В ОАК: лейкоциты – $10,4 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 96 г/л, гематокрит – 23%.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие диагностические мероприятия нужно провести для подтверждения диагноза?
3. Неотложные мероприятия в сложившейся ситуации на догоспитальном этапе.
4. Рассчитайте объемы инфузионно-трансфузионной терапии.
5. Определите тактику ведения данного больного.

Задача №6.

Больной М., 48 лет доставлен в ЭХО бригадой СМП с жалобами на изжогу, периодические боли в эпигастральной области, слабость, черный жидкий стул.

Из анамнеза. Периодические «голодные» боли, боли в животе по ночам беспокоят в течение 1 года. Ранее за мед. помощью не обращался, самостоятельно принимал соду, после чего вышеперечисленные симптомы исчезали. В течение 2-х последних суток 4 раза был черный жидкий стул, в течение последних суток беспокоит выраженная слабость, по поводу чего обратился в поликлинику к участковому терапевту.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожа бледная, теплая, покрыта потом. Язык суховат, у корня обложен белым налетом. Пульс – 98 ударов в минуту, ритмичный. АД – 90/60 мм рт. ст. При пальпации живот незначительно болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов не определяется. Перкуторные размеры печени сохранены.

В ОАК: эритроциты – $2,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 82 г/л, гематокрит – 17%.

Анализ кала на скрытую кровь +++++.

ФГДС: слизистая желудка, ДПК гиперемирована, в луковице ДПК на передней стенке определяется язвенный дефект диаметром 0,5 см, прикрытый рыхлым сгустком крови.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Оцените эндоскопическую картину кровотечения по шкале Forrest.
3. Тактика хирурга в данной ситуации.
4. Перечислите методы эндоскопического гемостаза.
5. Если необходимо оперативное вмешательство, определите объем операции.

Задача №7.

Больной Ф., 22 лет доставлен в приемный покой ЭХО через 8 часов с момента заболевания с клиникой перфоративной гастро-дуоденальной язвы. Спустя 30 мин. был взят на операцию. После вскрытия брюшной полости выявлено, что на передней стенке луковицы ДПК ниже привратника на 1 см имеется язвенной инфильтрат диаметром 1 см, в центре которого перфоративное отверстие 2 мм, в верхнем этаже брюшной полости, по правому боковому каналу, в малом тазу – большое количество гнойного выпота.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте полный диагноз.
2. Перечислите основные клинические симптомы перфорации язвы.
3. Объем хирургического вмешательства в данной ситуации.
4. Как необходимо завершить операцию.
5. План послеоперационного ведения данного больного.

Задача №8.

Больной П., 62 лет предъявляет жалобы на периодические боли в животе после еды, чувство переполнения в желудке после еды, отрыжку, периодические рвоты пищей, принятой накануне, отсутствие аппетита, слабость, похудение.

Из анамнеза. Периодические боли в верхних отделах живота, частые изжоги беспокоят в течение нескольких лет. Боли возникали после еды через 30-60 мин. В течение этого времени за мед. помощью не обращался, ранее не обследован. Ухудшение состояния отмечает в течение последних 2-х месяцев, когда отметил появление чувство переполнения в желудке, периодической рвоты, слабости. Накануне осмотрен участковым терапевтом, направлен в ЭХО.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании, заторможен, адекватен, в контакт вступает. Пониженного питания. Кожа бледноватая, теплая, тургор снижен. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 86 ударов в минуту, аритмичный. АД – 130/60 мм рт. ст. Живот вздут в верхних отделах живота,

в акте дыхания участвует. При пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области. Образований в животе не пальпируется. Перитонеальных симптомов не определяется. Печень не выходит из-под края реберной дуги. Перистальтика равномерная, кишечные шумы ослаблены, в эпигастрии определяется «шум плеска». Стул был накануне.

В ОАК: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 94 г/л, гематокрит – 19%.

Биохимический анализ крови: L-амилаза – 32 ед., билирубин общий – 12, непрямой – 7 мкмоль/л, сахар – 3,2 ммоль/л, K^+ – 2,8, Na^+ – 160, Cl^- – 80 ммоль/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Возможные причины возникшей ситуации.
3. Перечислите необходимые инструментальные диагностические мероприятия.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
5. Определите тактику хирурга.

Задача №9.

Больной Ф., 61 г. доставлен бригадой СМП в приемный покой ЭХО в тяжелом состоянии.

Из анамнеза. Со слов жены болен в течение 2-х суток, когда появилась рвота темным содержимым со сгустками крови, которая повторялась за это время трижды, дегтеобразный жидкий стул до 5 раз, жаловался на слабость. Около 3-х лет назад – кровотечение из язвы ДПК. После этого противоязвенного лечения не получал. При ухудшении состояния вызвана СМП. Дома падение АД до 50/0 мм рт. ст., начата инфузионная, гемостатическая терапия, в/в вводился дексаметазон.

Объективно: состояние тяжелое. Кожа бледная, теплая. Пульс на периферии нитевидный, ритмичный, частота – 96 ударов в минуту, АД – 80/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

В ОАК: эритроциты – $2,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 64 г/л, гематокрит – 12%.

Кал на скрытую кровь ++++.

При ФГДС – на передней стенке луковицы ДПК имеется язва диаметром 0,7 см, в центре крупный сосуд, из которого пульсирует алая кровь

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Причины развития данной патологии.
3. Оцените эндоскопическую находку по шкале Forrest.
4. Перечислите неотложные мероприятия на догоспитальном этапе.
5. Особенности лечебной тактики в данной ситуации.

Задача №10.

Больной З., 27 лет поступил с жалобами на выраженную слабость, головокружение, рвоту пищей, темной кровью со сгустками.

Из анамнеза. Болен в течение 12 часов. Подобные явления впервые. Наследственный анамнез отягощен – отец страдает язвенной болезнью ДПК.

Объективно: состояние средней степени тяжести. В сознании. Кожные покровы бледноватые, теплые. Со стороны легких без патологии. Пульс – 86 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена.

Ректально: в ампуле прямой кишки опухолей не определяется, на перчатке кашицеобразный кал черного цвета.

В ОАК: эритроциты – $2,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 76 г/л, гематокрит – 17%.

Кал на скрытую кровь ++++.

При ФГДС – хроническая язва луковицы ДПК, осложненная кровотечением F IIa.

Назначена консервативная терапия. За время лечения и динамического наблюдения признаков продолжающегося кровотечения не отмечено, гемодинамические показатели стабильные.

При контрольной ФГДС через 8 часов сохраняются признаки кровотечения, выявленные при первичном исследовании.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Интерпретируйте эндоскопическую картину кровотечения.

3. Перечислите основные направления консервативного лечения язвенного кровотечения.
4. Методы гемостатической терапии.
5. Тактика хирурга в данной ситуации.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

- 1) Виды осложнений язвенной болезни.
- 2) Степени тяжести пилородуоденальных стенозов язвенной природы.
- 3) Хирургическое лечение пилородуоденальных стенозов язвенной природы.
- 4) Основные и вспомогательные симптомы прободной язвы желудка и ДПК.
- 5) Периоды течения перфоративной язвы.
- 6) Особенности клинической картины атипичных и прикрытых перфораций.
- 7) Показания к ушиванию перфоративной язвы, способы.
- 8) Показания и условия к резекции желудка при перфоративной язве, способы.
- 9) Особенности клинической картины при сочетании желудочного кровотечения и перфорации
- 10) Какие состояния и заболевания могут симулировать желудочное кровотечение?
- 11) Методы определения величины кровопотери при гастродуоденальном кровотечении.
- 12) Методы диагностики язвенных гастродуоденальных кровотечений.
- 13) Консервативное лечение кровоточащей язвы желудка или ДПК.
- 14) Методы местного воздействия на кровоточащую язву желудка или ДПК.
- 15) Показания, виды и методы операций при кровоточащей язве желудка и ДПК.
- 16) Основы диагностики и лечебной тактики при пенетрации и малигнизации пилородуоденальных язв.
- 17) Особенности до- и послеоперационного ведения больных с язвенным кровотечением.
- 18) Профилактика развития осложнений язвенной болезни.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Резекция желудка показана в ситуациях:

- 1 перфорации в сочетании со стенозом
- 2 перфорации симптоматической язвы
- 3 перфорации с наличием гнойного перитонита
- 4 перфорации впервые выявленной язвы ДПК у пожилых пациентов
- 5 активного артериального кровотечения из пенетрирующей язвы

Вопрос №2

Тактика лечения больного с признаками кровотечения Forrest IIА предусматривает:

- 1 гемостатическую терапию
- 2 инфузионную терапию
- 3 экстренную операцию
- 4 срочную операцию
- 5 консервативное лечение в условиях терапевтического стационара

Вопрос №3

В случаях малигнизации желудочных язв показано:

- 1 антрумэктомия
- 2 субтотальная резекция желудка

- 3 стволовая ваготомия с одним из вариантов пилоропластики
- 4 гастрэктомия
- 5 строго консервативное лечение

Вопрос №4

После перенесенной резекции желудка в ранние сроки назначают:

- 1 опиоидные анальгетики
- 2 спазмолитические препараты
- 3 энтеральное зондовое питание
- 4 ингибиторы протонной помпы
- 5 диуретики

Вопрос №5

Клиническое течение перфорации характеризуется:

- 1 периодом шока
- 2 периодом комы
- 3 периодом мнимого благополучия
- 4 периодом гнойного перитонита
- 5 периодом сепсиса

Вопрос №6

С гемостатической целью при язвенных кровотечениях применяют:

- 1 промывание желудка холодными растворами
- 2 октреотид
- 3 зонд Блэкмора
- 4 этамзилат натрия
- 5 викасол

Вопрос №7

Хирургическая тактика при язвенных кровотечениях зависит от:

- 1 причины образования язвы
- 2 степени риска рецидива
- 3 возраста пациента
- 4 положительного теста на хеликобактериоз
- 5 эндоскопической характеристики гемостаза

Вопрос №8

Наличие свободного газа в брюшной полости характеризуют симптомы:

- 1 Холстеда
- 2 Керкрингера
- 3 Спигарного
- 4 Грюнвальда
- 5 Жобера

Вопрос №9

Клиника стеноза привратника II степени характеризуется:

- 1 стойкой атонией желудка
- 2 периодическими рвотами
- 3 отрыжкой «тухлым»
- 4 рвотой пищей, съеденной накануне

5 рвотой с примесью крови

Вопрос №10

Признаками язвенного кровотечения являются:

- 1 усиление болей в животе
- 2 рвота «кофейной гущей»
- 3 уменьшение болевого синдрома
- 4 симптом Щеткина-Блюмберга
- 5 мелена

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	1, 5	1, 2, 4	2, 4	1, 3	1, 3, 4	4, 5	2, 5	3, 5	2, 3	2, 3, 5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016
5. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
6. Язвенные гастродуоденальные кровотечения [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2014. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.
7. Прободная язва [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2015. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.

Тема 1.10: Острый панкреатит

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при остром панкреатите.

Задачи:

- 1) рассмотреть этиологию, патогенез, классификацию острого панкреатита;
- 2) обучить методам клиничко-инструментальной диагностики острого панкреатита;
- 3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- 4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при остром панкреатите;
- 5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению панкреатита;
- 6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- причины и условия, основные теории возникновения, патогенез острого панкреатита;
- принципы классификации острого панкреатита;
- основные патологические симптомы и синдромы острого панкреатита;
- клинические проявления основных синдромов различных морфологических форм острого панкреатита;
- особенности клинического течения острого панкреатита у лиц разного возраста, беременных;
- дифференциальную диагностику острого панкреатита;
- лабораторно-инструментальную диагностику острого панкреатита;
- лечебную тактику при остром панкреатите;
- показания к консервативному лечению, его направления;
- показания к оперативному лечению, виды и этапы операций при остром панкреатите;
- стандарты и протоколы при лечении острого панкреатита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи при остром панкреатите;
- особенности оформления медицинской документации при остром панкреатите.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при остром панкреатите;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы острого панкреатита;
- определять функциональные, лабораторные признаки острого панкреатита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели при остром панкреатите с учетом возрастных особенностей;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания острого панкреатита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с острым панкреатитом, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию у пациентов с острым панкреатитом в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике острого панкреатита;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов острого панкреатита;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению острого панкреатита;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при остром панкреатите;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста;
- теоретическими и методическими основами профилактики острого панкреатита;
- способностью оформлять медицинскую документацию при остром панкреатите в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Сущность понятия «острый панкреатит».
- 2) Значение острого панкреатита в разделе экстренной хирургии.
- 3) Модели развития, патогенез острого панкреатита.
- 4) Современные подходы к классификации острого панкреатита.

- 5) Основные клинические симптомы острого панкреатита: Воскресенского, Джанелидзе, Дежардена, Кача, Кергэ, Мейо-Робсона, и др.
- 6) Дополнительные методы исследования при остром панкреатите.
- 7) Изменения лабораторных показателей и при остром панкреатите, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
- 8) Основные дифференциальные критерии с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.
- 9) Особенности лечебно-диагностической тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.
- 10) Показания к консервативному лечению, принципы и направления фармакотерапии.
- 11) Оперативное лечение острого аппендицита: классификация операций в зависимости от сроков, доступов, этапов. Способы завершения операции.
- 12) Профилактика острого панкреатита.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острым панкреатитом (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
 - а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
 - б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый панкреатит;
2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого панкреатита, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

3) *Алгоритм разбора задач:*

- 1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.
- 2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.
- 3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.
- 4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.
- 5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.
- 6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Больной К., 47 лет, при поступлении в хирургическое отделение предъявлял жалобы на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту, не приносящую облегчения, вздутие живота.

Из анамнеза выяснено, что заболел 7 часов назад после употребления спиртных напитков.

При поступлении был в сознании, ориентирован в пространстве и времени. При осмотре

кожа и склеры физиологической окраски. Дыхание в легких проводится во все отделы с частотой 24 в минуту. Пульс – 96 ударов в минуту, слабого наполнения. АД – 110/70 мм.рт.ст. Живот равномерно вздут, в акте дыхания участвовал равномерно. При пальпации выявлена умеренная болезненность и ригидность в эпигастрии. Печень и желчный пузырь пальпировать не удавалось, пульсация брюшной аорты не определялась из-за ригидности мышц, перитонеальные симптомы не отчетливы. В анализах крови выявлена амилаземия. Проводилось консервативное лечение.

Через 1 неделю на фоне лечения болевой синдром полностью купирован, отмечено снижение активности амилазы в крови до нижних границ нормы, при УЗИ патологии не выявлено.

Контрольные вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите диагностическую тактику при госпитализации пациента.
3. Основные направления лечения пациента.
4. Признаки патологии при ультразвуковом исследовании.

Рекомендации при выписке из стационара.

Алгоритм разбора:

1. Острый отечный панкреатит.
2. Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (определение амилазы, липазы, СРБ, сахара, билирубина, мочевины, креатинина, ВЭБ и КЩС), УЗИ желчных путей и поджелудочной железы.
3. Инфузионная и дезинтоксикационная терапия (в т.ч. с использованием метода «форсированного диуреза»), антисекреторная терапия (препараты сандостатинового ряда, ингибиторы протонной помпы), симптоматическая терапия (спазмолитики, прокинетики).
4. Увеличение размеров поджелудочной железы, повышение эхогенности паренхимы поджелудочной железы.
5. Строгое соблюдение диеты (исключение жирной, жареной пищи, специй, алкогольных напитков), наблюдение терапевтом с контролем биохимических показателей сахара крови (сахарная кривая и гликозилированный гемоглобин по показаниям), СРБ, копрограмма, контроль УЗИ через 1,6 месяцев после выписки из стационара, по показаниям контрольный осмотр хирургом.

5) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии:*

Задача №1.

Больная 58 лет, при вызове на дом участковому терапевту предъявляет жалобы на боли в эпигастрии, интенсивные, опоясывающего характера, повторную рвоту слизью и желчью, не приносящую облегчения, общую слабость, сердцебиение. Больна в течение 3 дней, когда после погрешностей в диете появились боли в правом подреберье. Спазмолитики оказывали кратковременный эффект. Была рвота с примесью желчи. Через сутки боли стали интенсивными, приобрели опоясывающий характер.

Из анамнеза: 2 года назад обследована терапевтом по поводу болей в правом подреберье, менее интенсивных, купирующихся спазмолитиками. На УЗИ выявлены камни в желчном пузыре. От предложенной операции отказалась. Страдает гипертонической болезнью.

Состояние средней тяжести. Питание повышено. Пульс – 88 ударов в минуту. АД – 160/90 мм.рт.ст. Температура тела 37,2⁰С. Склеры и кожные покровы обычной окраски. Язык покрыт белым налетом, суховат. Живот вздут, болезненный в верхней половине, особенно в эпигастрии, где определяется ригидность мышц. Пульсация брюшной аорты не определяется. Перистальтика кишечника ослаблена. Симптомы Мейо-Робсона, Ортнера, Кера положительные.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причина заболевания.
3. Трактовка эпонимной симптоматики.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Перечислите дальнейшие действия

участкового терапевта

Задача №2.

У больного 33 лет, злоупотребляющего алкоголем, сутки назад появилась резкая опоясывающая боль в верхней половине живота, многократная рвота с примесью желчи, не приносящая облегчения, общая слабость. Приемом спазмолитиков и анальгетиков боли не купировались. Подобные явления отмечает впервые. Бригадой скорой помощи доставлен в хирургическое отделение.

При поступлении состояние тяжелое. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс – 110 ударов в минуту. АД – 100/60 мм рт.ст. Температура тела 36,8⁰С. Верхние отделы живота в акте дыхания не участвуют. При пальпации в эпигастральной области отмечается резкая болезненность и ригидность. При перкуссии – высокий тимпанит над поперечно-ободочной кишкой. Перистальтика резко ослаблена. Положительные симптомы Воскресенского, Мейо-Робсона, Щеткина-Блюмберга. Мочеиспускание не нарушено, диурез снижен.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причина заболевания.
3. План лабораторно-инструментальной диагностики.
4. Лечебная тактика.
5. Принципы консервативной терапии.

Задача №3.

Больной К., 47 лет при вызове участкового терапевта предъявляет жалобы на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Заболел остро 2 суток назад после употребления маринованных грибов.

Ориентирован в пространстве и времени. При осмотре отмечается акроцианоз. Язык сухой, чистый. Частота дыхательных движений – 28 в минуту. Пульс – 100 ударов в минуту, слабого наполнения. АД – 110/60 мм.рт.ст. Живот был мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, больше в левом подреберье, перитонеальные симптомы не отчетливы.

Контрольные вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Перечислите дальнейшие действия врача первичного звена.
3. Сформулируйте план диагностических мероприятий на госпитальном этапе.
4. Хирургическая тактика.
5. Принципы консервативного лечения.

Задача №4

Больной Р. 32 лет поступил в приемное отделение хирургического стационара с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области опоясывающего характера, вздутие живота, тошноту, общую слабость.

Боли появились 3 дня назад после употребления жирной пищи и алкоголя. Дважды была рвота пищей, не приносящая облегчения. После приема баралгина эффекта не отмечал. Интенсивность болей нарастала. Обратился к участковому терапевту, было назначено обследование желудка. На 3 день от начала заболевания вызвал бригаду скорой помощи на фоне нарастания симптоматики, был доставлен в экстренный хирургический стационар. Подобные явления отмечает впервые. В анамнезе хронический гастрит.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Язык покрыт белым налетом. Пульс – 92 ударов в минуту. Живот симметричный. При пальпации в эпигастрии и в левом подреберье определяется болезненность и ригидность. При перкуссии в верхних отделах живота – тимпанит. Перистальтика кишечника неравномерная, в верхних отделах резонирующая. Пульсация брыжеечной аорты не определяется. Симптомы Мейо-Робсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. В течение 20 часов консервативная терапия эффекта не дала: боли сохраняются, появился положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Выполнена диагностическая лапароскопия, обнаружены очаги стеатонекроза, серозный выпот, гиперемия и отечность париетальной и висцеральной брюшины по левому флангу живота.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причины заболевания.

3. Перечислите дополнительные методы обследования, необходимые для диагностики заболевания.
4. Дифференциальная диагностика при госпитализации.
5. Определите дальнейшую лечебную тактику.

Задача №5.

Больная М. 56 лет поступила в клинику с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие в поясницу, многократную рвоту съеденной пищей и желчью, не приносящую облегчения, повышение температуры тела до 37,2°C. Боли появились сутки назад после употребления жареной пищи. Спазмолитики оказывали кратковременный эффект. В анамнезе желчнокаменная болезнь, артериальная гипертензия.

Бригадой скорой помощи была доставлена в хирургический стационар, где спустя 3 суток после купирования желчной колики и явлений воспаления была прооперирована по поводу калькулезного холецистита. Выполнена холецистэктомия, дренирование брюшной полости. Назначено традиционное медикаментозное лечение.

Несмотря на проводимую инфузионную, противовоспалительную, антибактериальную терапию в течение 5 суток, послеоперационный период протекал тяжело. Сохранялись тупые боли в верхней половине живота, тошнота, упорная неукротимая рвота, которые уменьшались после введения обезболивающих средств. Нарастала тахикардия до 110-130 ударов в минуту, АД – 110/70 мм.рт.ст. Температура тела 37,9°C. Появилась иктеричность склер. Отмечалось резкое вздутие живота, отсутствие перистальтики, несмотря на проведение стимуляции кишечника. Симптом Щеткина-Блюмберга был сомнительный. Диурез снижен. По улавливающему дренажу – до 150 мл в сутки серозно-геморрагического отделяемого. В анализах крови: лейкоцитов $-16,8 \times 10^9/\text{л}$, амилаза крови-512 ед/л, билирубин – 30 мкмоль/л за счет прямой фракции.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причина заболевания.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Лечебная тактика.

Задача №6.

В экстренное хирургическое отделение бригадой скорой помощи доставлен больной П. 46 лет в состоянии алкогольного опьянения. Контакт с больным затруднен. Со слов сопровождающих, около 3 суток назад после злоупотребления алкоголем, жаловался на появление острых резких интенсивных болей в верхней половине живота, которые затем приобрели разлитой характер. Была неоднократная, неукротимая рвота с примесью желчи.

При поступлении состояние тяжелое. Лицо бледное. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс – 120 ударов в минуту. АД – 90/60 мм.рт.ст. Температура тела в норме. Живот вздут, болезненный во всех отделах, особенно в эпигастрии, где определяется ригидность мышц. При перкуссии – высокий тимпанит над поперечно-ободочной кишкой. Перистальтика резко ослаблена. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Был взят на операцию в экстренном порядке после дополнительных лабораторно-инструментальных исследований. На операции: в брюшной полости геморрагический выпот, отек и геморрагическая имбибиция большого сальника и брыжейки поперечно-ободочной кишки. Висцеральная брюшина гиперемирована. Петли кишечника раздуты, вяло перистальтируют. Забрюшинная клетчатка отечна, с участками ткани бурого цвета.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите возможные исследования, проведенные дооперационно.
3. Определите объем оперативного вмешательства.
4. Принципы дальнейшей консервативной терапии.

Задача №7.

Больная Л. 58 лет, поступила с жалобами на интенсивные боли в эпигастриальной области, иррадиирующие в поясницу, больше слева, повторную рвоту с примесью желчи, не приносящую облегчения, слабость.

Заболела остро 3 дня назад, когда после погрешности в диете, появились боли в эпигастрии, горечь во рту, неукротимая рвота, частый жидкий стул, а затем – вздутие живота, метеоризм, урчание. Принимала спазмолитики и анальгетики – без эффекта. Боли усилились, стали постоянными. Бригадой скорой помощи доставлена в экстренное хирургическое отделение. Подобные явления впервые. В анамнезе гипертоническая болезнь.

Состояние больной средней тяжести. Больная повышенного питания. Кожные покровы физиологической окраски. Язык суховат, обложен белым налетом. Пульс – 110 ударов в минуту. АД – 120/80 мм.рт.ст. Живот вздут, болезненный и ригидный в эпигастральной области. Пульсация брюшной аорты не определяется. Печень у края реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. При перкуссии по левому флангу притупление перкуторного звука. Симптом Мейо-Робсона положительный. Симптомы Ортнера, Кера – слабopоложительные. Перистальтика кишечника ослаблена. Симптомов раздражения брюшины нет. Рентгенологически определяется повышенная пневматизация поперечно-ободочной кишки, высокое стояние купола диафрагмы.

В крови лейкоцитов – $12,0 \times 10^9/\text{л}$, глюкоза – 7 ммоль/л.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Алгоритм дополнительной диагностики.
4. Лечебная тактика.
5. Основные направления консервативной терапии.

Задача №8.

Больной 24 лет поступил через 12 часов с жалобами на сильные, внезапно возникшие боли в эпигастрии постоянного характера, многократную рвоту с примесью желчи, что связывает с обильным приемом пищи и алкоголя. В анамнезе аппендэктомия нижнесрединным доступом.

Состояние при поступлении тяжелое, стонет от болей. Бледен, лицо покрыто холодным потом. Пульс – 112 ударов в минуту, АД – 90/60 мм.рт.ст. Живот вздут, больше в верхних отделах, где отмечаются резкая болезненность и напряжение при пальпации. Положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика ослабленная, неравномерная, пульсация брюшной аорты не определяется. Перкуторно – в отлогих местах притупление. Стула не было в течение суток. Мочевыделение не нарушено. В общем анализе: лейкоцитов - $14,2 \times 10^9/\text{л}$.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Назовите основные патогенетические звенья процесса.
4. Перечислите основные принципы лечебной тактики.

Задача №9.

При обращении к участковому терапевту поликлиники больной Н. 48 лет предъявляет жалобы на периодические боли в животе (больше в верхних его отделах) опоясывающего характера, многократную рвоту. Заболел остро 4 часа назад. Рвота появилась через 1 час после начала заболевания, рвотные массы носили дуоденальный характер.

Из анамнеза известно, что 2 года назад больной был оперирован по поводу желчнокаменной болезни - произведена холецистэктомия. Год назад находился на обследовании с подозрением на «забытый камень» холедоха, хронический панкреатит. Результаты обследования неизвестны.

При осмотре в отделении состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Язык влажный. Частота дыхательных движений – 20 в минуту. Пульс – 92 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Отмечается умеренное вздутие верхних отделов живота. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии и подреберьях. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтические шумы выслушиваются отчетливо. Шума плеска нет. Печеночная тупость сохранена, печень не увеличена.

Контрольные вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Маршрутизация пациента.

4. Лечебная тактика.
5. Перечислите принципы лечения данного больного.

Задача №10.

Больная С. 67 лет вызвала дежурного терапевта поликлиники по поводу на желтушного окрашивания кожи и склер, тянущих болей в животе с иррадиацией в поясницу, тошноту, повторной рвоты желчью, не приносящей облегчения, слабости, потливости, ознобов, потемнения мочи. Больна в течение 8 суток, когда отметила появление болевого синдрома. Приступы боли купировала но-шпой, после чего, со слов больной, их интенсивность уменьшилась. Спустя 3 суток отметила появление желтушности кожи, склер, темную мочу. Сегодня на фоне повышения температуры до 39 °С, сопровождающейся чувством слабости, потливости, озноба, вызвала участкового терапевта.

Состояние тяжелое. Температура тела 39 °С. Желтушность кожи и склер. Язык покрыт коричневым налетом. Пульс – 130 ударов в минуту, АД – 110/80 мм.рт.ст. Живот вздут. При пальпации – некоторое напряжение и болезненность по всему животу, больше в правом подреберье и эпигастрии. Симптомы Ортнера, Кера, Мейо-Робсона положительные, Щеткина-Блюмберга отрицательны. Перкуторно – тимпанит с притуплением перкуторного звука в отлогих местах. Перистальтика ослаблена.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите возможные причины заболевания, основные патогенетические звенья процесса.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Перечислите дальнейший порядок действий врача первичного звена.
5. Лечебная тактика.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.
2. Ответить на вопросы для самоконтроля:
 - 1) Анатомо-физиологические особенности поджелудочной железы, факторы «защиты».
 - 2) Определение понятия острого панкреатита, частота его встречаемости.
 - 3) Этиопатогенез острого панкреатита, его «пусковые» механизмы.
 - 4) Классификация острого панкреатита.
 - 5) Клинические особенности фаз течения острого панкреатита.
 - 6) Критерии патогенетической и индикаторной ферментативной диагностики панкреатита.
 - 7) Морфологические формы острого панкреатита, критерии диагностики.
 - 8) Критерии тяжести острого панкреатита.
 - 9) Принципы консервативного лечения острого панкреатита.
 - 10) Подходы к лечению болевого синдрома.
 - 11) Особенности антибактериальной терапии панкреонекроза.
 - 12) Современные подходы к хирургическому лечению острого панкреатита: показания, виды, оперативная техника, способы завершения операции.
 - 13) Принципы адекватного интраоперационного дренирования в лечении острого панкреатита.
 - 14) Способы афферентной терапии острого панкреатита.
 - 15) Особенности клиники, диагностики, лечения билиарного панкреатита.
 - 16) Профилактика заболевания и послеоперационных осложнений.
 - 17) Принципы ведения послеоперационного периода.
 - 18) Особенности заполнения первичной медицинской документации у пациентов с острым панкреатитом.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Тяжесть панкреонекроза определяется:

- 1 высокими цифрами уровня амилазы крови
- 2 наличием полиорганной недостаточности
- 3 нарастанием прокальцитонина
- 4 выраженным болевым синдромом
- 5 повышением температуры

Вопрос №2

Морфологическими признаками отека панкреатита являются:

- 1 увеличение размеров поджелудочной железы
- 2 сохранение дольчатой структуры
- 3 наличие очагов некроза парапанкреатической клетчатки
- 4 геморрагический выпот в брюшной полости
- 5 уменьшение размеров поджелудочной железы

Вопрос №3

При жировом панкреонекрозе могут наблюдаться:

- 1 многократная рвота
- 2 опоясывающие боли
- 3 симптом Мейо-Робсона
- 4 стеариновые пятна на коже передней брюшной стенки
- 5 симптом Бартомье-Михельсона

Вопрос №4

Диагностика острого панкреатита включает:

- 1 целиакографию
- 2 УЗИ брюшной полости
- 3 рентгеноскопию желудка и ДПК бариевой смесью
- 4 лапароскопию
- 5 компьютерную томографию

Вопрос №5

Для лечения острого панкреатита применяют:

- 1 пантапризол
- 2 варфарин
- 3 диосмин
- 4 сандостатин
- 5 морфин

Вопрос №6

Основными агрессивными звеньями патогенеза острого панкреатита являются:

- 1 аминотрансфераза
- 2 эластаза
- 3 фосфолипаза
- 4 трипсин
- 5 щелочная фосфатаза

Вопрос №7

Основные направления патогенетического лечения острого панкреатита:

- 1 подавление экскреторной деятельности железы
- 2 ликвидация гиповолемии

- 3 инактивация панкреатических ферментов
- 4 анальгетическая терапия
- 5 экстракорпоральная детоксикация

Вопрос №8

Триада Мондора включает:

- 1 наличие рвоты
- 2 запоры
- 3 явления желтухи
- 4 вздутие живота
- 5 боли в эпигастрии

Вопрос №9

Лапароскопическими признаками панкреонекроза являются:

- 1 геморрагический выпот
- 2 кровь
- 3 гнойный экссудат
- 4 бляшки стеатонекроза
- 5 наложения фибрина на брюшине

Вопрос №10

Для дифференциации острого панкреатита с перфорацией гастродуоденальной язвы необходимо выполнить:

- 1 обзорную рентгеноскопию брюшной полости
- 2 лапароскопию
- 3 ангиографию
- 4 гастродуоденоскопию
- 5 общий анализ крови

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	2, 3	1, 2	1, 2, 3	2, 4, 5	1, 4	2, 3, 4	1, 2, 3, 5	1, 4, 5	1, 4	1, 2, 4

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Хубутя М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А. и др. Основы диагностики острого панкреатита и его осложнений: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.
5. Никитин Н.А. и др. Хирургическая тактика при остром панкреатите: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.

6. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
7. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
8. Острый панкреатит [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2015. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.

Тема 1.11: Осложнения острого панкреатита

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при осложненном течении острого панкреатита.

Задачи:

- 1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию осложнений острого панкреатита;
- 2) обучить методам клиничко-инструментальной диагностики осложнений острого панкреатита;
- 3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- 4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при развитии осложнений острого панкреатита;
- 5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению осложнений острого панкреатита;
- 6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики развития осложнений острого панкреатита.

Обучающийся должен знать:

- характеристику синдрома системной воспалительной реакции, причины и условия ее развития;
- основные осложнения острого панкреатита в различные фазы его течения (перипанкреатический инфильтрат, гнойный перитонит, ферментативный асцит-перитонит, панкреатогенные абсцессы брюшной полости, забрюшинная флегмона), причины и условия их развития;
- клинические проявления основных синдромов различных осложнений острого панкреатита;
- лабораторно-инструментальную диагностику различных осложнений острого панкреатита;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику при основных осложнениях острого панкреатита;
- показания, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении осложнений острого панкреатита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы при осложненном течении острого панкреатита;
- определять функциональные, лабораторные признаки осложненного течения острого панкреатита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели при осложнениях острого панкреатита;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- разработать индивидуальный план маршрутизации в зависимости от вида оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом осложнений острого панкреатита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;

- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию в периоперационном периоде у пациентов с осложнениями острого панкреатита, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике осложнений острого панкреатита;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов острого панкреатита и его осложнений;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению осложнений острого панкреатита;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при осложнениях острого панкреатита;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики осложнений острого панкреатита;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Понятие, причины, классификация, клиническая диагностика перипанкреатического инфильтрата.
- 2) Понятие, причины, классификация, клиническая диагностика панкреатогенных абсцессов.
- 3) Понятие, причины, классификация, клиническая диагностика распространенного асцит-перитонита, гнойного перитонита.
- 4) Понятие, причины, классификация, клиническая диагностика забрюшинных флегмон панкреатогенного происхождения.
- 5) Понятие, причины, особенности клинической диагностики синдрома системной воспалительной реакции при панкреонекрозе.
- 6) Основные дифференциальные критерии с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.
- 7) Особенности лечебно-диагностической тактики при осложнениях острого панкреатита на различных уровнях оказания медицинской помощи.
- 8) Оперативное лечение осложнений острого панкреатита: показания, сроки проведения, оперативные доступы, этапы. Способы завершения операции.
- 9) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента (при наличии в стационаре) с осложнениями острого панкреатита.
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя (при наличии пациентов).
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

- а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью с различными осложнениями острого панкреатита;
- б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения осложненного течения острого панкреатита;

2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого панкреатита и его возможных осложнениях, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной К., 47 лет, при поступлении в хирургическое отделение предъявлял жалобы на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту, не приносящую облегчения, вздутие живота.

Из анамнеза выяснено, что заболел 7 часов назад после употребления спиртных напитков.

При поступлении был в сознании, ориентирован в пространстве и времени. При осмотре кожа и склеры физиологической окраски. Частота дыхательных движений – 28 в минуту, дыхание в легких проводится во все отделы. Пульс – 100 ударов в минуту, слабого наполнения. АД – 110/70 мм.рт.ст. Живот был мягкий, равномерно вздут, в акте дыхания участвовал равномерно. При пальпации выявлена умеренная болезненность и ригидность в эпигастрии. Печень и желчный пузырь пальпировать не удавалось, пульсация брюшной аорты не определялась из-за ригидности мышц, перитонеальные симптомы не отчетливы. В анализах крови определялась высокая активность амилазы. Проводилось консервативное лечение.

Через 1 неделю на фоне лечения болевой синдром уменьшился значительно, отмечается субфебрилитет, при физикальном обследовании выявлено наличие объемного несмещаемого образования в верхних отделах живота однородной консистенции, в анализах крови отмечен лейкоцитоз без сдвига лейкоформулы, снижение активности амилазы в крови до нижних границ нормы, повышение СРБ в 10 раз.

Контрольные вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите диагностическую тактику.
3. Перечислите ожидаемые признаки патологии при ультразвуковом исследовании.
4. Основные направления лечения пациента.

Алгоритм разбора:

1. Острый стерильный тотальный панкреонекроз IV-фаза, парапанкреатический инфильтрат.

2. Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (определение СРБ, сахара, билирубина, мочевины, креатинина, ВЭБ и КЩС), УЗИ или КТ поджелудочной железы, перипанкреатических клетчаточных пространств.

3. Увеличение размеров поджелудочной железы, нечёткость её контуров за счет участков секвестрации, инфильтративные изменения окружающих клетчаточных

пространств, возможно там же появление жидкости.

4.

Про-

должение консервативной терапии: лечебное питание (стол ЩД с исключением жирных, жареных, острых продуктов, специй), дезинтоксикационная, противовоспалительная терапия, системная антибиотикопрофилактика, назначение физиопроцедур после купирования синдрома системной воспалительной реакции.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача № 1.

Больной В. 66 лет поступил в приемный покой с жалобами на боли в эпигастральной области и в левом подреберье с иррадиацией в поясничную область. Болен в течение суток, заболевание связывает с приемом жирной пищи.

Объективно: состояние средней степени тяжести. кожные покровы желтушной окраски. Билирубин крови 65 мкмоль/л (прямой – 43), амилаза крови – 1000 ед/л. По данным УЗИ: желчный пузырь размерами 14х6 см, стенка 2 мм, в просвете густая желчь, конкрементов нет, холедох 10 мм. Размеры поджелудочной железы увеличены, контуры нечеткие. При лапароскопии: в брюшной полости небольшое количество серозного выпота, на большом сальнике единичные бляшки стено-некроза. Желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен. Амилаза выпота из брюшной полости 20480 ед/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Возможные причины заболевания.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Лечебная тактика.

Задача №2.

Больной 55 лет находился на лечении в хирургическом отделении с диагнозом острый панкреатит. Получал консервативное лечение, в удовлетворительном состоянии выписан домой на 5 сутки. В течение месяца беспокоили тянущие боли и чувство тяжести в эпигастральной области. За медицинской помощью не обращался. В последние 2 суток отмечает ухудшение состояния, подъем температуры до 38⁰, усиление боли, на фоне чего обратился к участковому терапевту.

На момент осмотра состояние средней степени тяжести. Живот не вздут, при пальпации в левом подреберье определяется незначительно болезненное, опухолевидное, эластичное образование, без четких контуров, размерами 12х23 см. Перитонеальных симптомов нет.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Дальнейшие действия врача первичного звена.
3. План обследования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Лечебная тактика.

Задача №2.

Больная К. 59 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли, многократную рвоту, неприносящую облегчения. Проводилось консервативное лечение. Болевой синдром уменьшился, состояние стабилизировалось. Однако сохранялась субфебрильная температура, пальпаторно в эпигастральной области определялся болезненный инфильтрат. На 12 сутки отмечает ухудшение состояния – гектическая лихорадка, сопровождающаяся чувством выраженной слабости, проливным потом. По данным УЗИ: эхоструктура поджелудочной железы неоднородна, имеются участки пониженной эхогенности, размеры увеличены, контуры нечеткие в сальниковой сумке незначительное количество жидкости.

В анализах крови выявлен лейкоцитоз ($15,6 \times 10^9$ /л: п-12%), повышение С-реактивный белок в 20 раз.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Перечислите направления проведенного лечения.

4. Лечебная тактика.

Задача №3.

Больной О. 46 лет поступил в приемный покой хирургического отделения в тяжелом состоянии. При поступлении сознание спутано, предъявляет жалобы на интенсивные боли в эпигастральной области с иррадиацией в левое плечо и поясничную область. Кожные покровы бледные, в поясничных областях петехиальные высыпания. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, перистальтика ослаблена, равномерная.

Больной госпитализирован, проводилась комплексная консервативная терапия, состояние больного оставалось тяжелым. Суточный диурез составил 200 мл. АЛТ – 400 ед/л, АСТ – 570 ед/л, креатинин – 160 ммоль/л. Живот болезненный в эпигастральной области и по левому флангу, сохраняется перитонизм.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Перечислите направления проведенного лечения.
4. Дальнейшая лечебная тактика.

Задача №4.

Больная Т. 46 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, рвоту желудочным содержимым. При поступлении состояние средней степени тяжести, кожные покровы физиологической окраски, склеры и слизистые субиктеричны. Пульс – 90 ударов в минуту. АД – 190/100 мм рт.ст. По данным УЗИ желчный пузырь 12 на 5 см, стенка 2 мм в просвете множество мелких конкрементов, поджелудочная железа визуализируется с трудом, контуры ее нечеткие. В брюшной полости определяется свободная жидкость.

После проводимого консервативного лечения, состояние больной улучшилось. Болевой синдром значительно уменьшился. При пальпации в эпигастральной области определяется плотное болезненное образование размерами 10x10 см, не смещаемое, без четких контуров, сохраняется субфебрильная температура.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите методы исследования, проведенные в момент госпитализации.
3. Направления проводимого лечения.
4. Дальнейшая тактика лечения пациента, ее основные направления.

Задача № 5.

Больной У. был прооперирован по поводу инфицированного панкреонекроза, произведена некрэктомия, дренирование, тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости. На 7 сутки после проведенной операции состояние резко ухудшилось – выраженная слабость, недомогание.

Объективно: состояние тяжелое. Обращает внимание бледность кожных покровов. Пульс – 120 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт.ст. При пальпации отмечается болезненность в области послеоперационной раны, дренажных каналов. Однако выявлено обильное промокание свежей кровью установленных в сальниковую сумку тампонов.

Общий анализ крови СГО: эритроциты – $2,1 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 80 г/л, лейкоциты – $10,6 \times 10^9$ /л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Причины развившегося осложнения.
3. Дальнейшая хирургическая тактика.
4. Напишите лист врачебных назначений.

Задача № 6.

Больному К. 56 лет, была выполнена некрсеквестрэктомия, абдоминализация поджелудочной железы, дренирование, тампонирование сальниковой сумки, брюшной полости по поводу

субтотального инфицированного панкреонекроза. Послеоперационный период протекал тяжело. В результате проводимого комплексного лечения состояние улучшилось, явления интоксикации купированы.

Предъявляет жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны. На момент осмотра состояние удовлетворительное. Живот не вздут, при пальпации мягкий умеренно болезненный в области верхней трети послеоперационной раны, где определяется гиперемия, инфильтрация. Из раны выделяется прозрачная жидкость без запаха в количестве 100 мл/сутки, амилаза отделяемого – 24000 ед/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите основные направления лечения, проведенного в послеоперационном периоде.
3. Дальнейшая лечебная тактика.

Задача № 7.

Больной Ф. 45 лет проходил лечение в хирургическом отделении в течение 21 дня с диагнозом острый панкреатит. Лечился консервативно. Выписан домой в удовлетворительном состоянии. Через 2 недели обратился на прием к участковому терапевту с жалобами на периодические боли, тяжесть в левом подреберье.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в левом подреберье, где определяется плотноэластическое образование с четкими контурами размерами 15x25 см. Перитонеальные симптомы отрицательны. При УЗИ в сальниковой сумке выявлено жидкостное образование с однородной эхоструктурой размерами 10x24 см.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите основные направления проведенного лечения.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Дальнейшая лечебная тактика.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

- 1) Классификация осложнений острого панкреатита.
- 2) Клиническая симптоматика локальных осложнений абактериального и гнойного характера, синдрома системной воспалительной реакции.
- 3) Общие подходы к лабораторно-инструментальной диагностике осложнений острого панкреатита в различные фазы.
- 4) Принципы консервативной терапии панкреонекроза и его осложнений.
- 5) Показания, виды операций при осложнениях острого панкреатита.
- 6) Тактика хирурга при перипанкреатическом инфильтрате.
- 7) Клиника, диагностика, лечение панкреатогенного абсцесса.
- 8) Дифференциальная диагностика инфицированного панкреонекроза, панкреатогенного абсцесса и инфицированной псевдокисты поджелудочной железы.
- 9) Принципы лечения панкреатогенного перитонита.
- 10) Хирургическая тактика при остром панкреатите, осложненном механической желтухой.
- 11) Клиника и диагностика флегмон забрюшинной клетчатки.
- 12) Хирургическое лечение забрюшинных флегмон: показания, оперативные доступы.
- 13) Причины возникновения, клиника и тактика хирурга при аррозивных кровотечениях.
- 14) Показания и виды дренирования постнекротических кист поджелудочной железы.
- 15) Подходы к лечению панкреатических свищей.
- 16) Принципы профилактики развития осложнений.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Перечислите слои стенки псевдокисты:

- 1 фиброзный
- 2 флегмонозный
- 3 грануляционный
- 4 пиогенная капсула
- 5 сосочковый

Вопрос №2

Операция при ограниченных забрюшинных панкреатогенных гнойниках проводится через доступы:

- 1 Федорова
- 2 Шпренгеля
- 3 Бергмана-Израеля
- 4 лапаротомия
- 5 Воскресенского

Вопрос №3

При остром панкреатите показаниями для оперативного лечения в экстренном порядке являются:

- 1 поражение клетчаточных пространств
- 2 острый холецистопанкреатит
- 3 гнойный перитонит
- 4 острый отечный панкреатит
- 5 признаки аррозивного кровотечения

Вопрос №4

Способами внутреннего дренирования псевдокист поджелудочной железы являются:

- 1 цистогастроанастомоз
- 2 цистодуоденоанастомоз
- 3 цистоеюноанастомоз
- 4 марсупиализация
- 5 дренирование полости псевдокисты под контролем УЗИ

Вопрос №5

Наружному дренированию подлежат следующие осложнения панкреонекроза:

- 1 инфицированная псевдокиста
- 2 жидкостные парапанкреатические образования с несформированной стенкой при угрозе разрыва
- 3 рыхлый парапанкреатический инфильтрат
- 4 аррозивные кровотечения из паренхимы поджелудочной железы
- 5 абсцесс поджелудочной железы

Вопрос №6

Диагностика гнойных осложнений панкреонекроза предусматривает:

- 1 проведение фиброгастродуоденоскопии
- 2 выполнение компьютерной томографии
- 3 определение прокальцитонина

- 4 пункцию и тонкоигольную биопсию участков некроза
- 5 определение уровня амилаземии

Вопрос №7

Осложнениями острого панкреатита являются:

- 1 абсцесс сальниковой сумки
- 2 камни желчных протоков
- 3 портальная гипертензия
- 4 панкреатические псевдокисты
- 5 перитонит

Вопрос №8

Абсолютными признаками развития гнойных осложнений панкреонекроза являются:

- 1 пузырьки воздуха в зоне панкреонекроза, выявленные при компьютерной томографии
- 2 лейкоцитоз
- 3 положительный бакпосев аспирата, полученного при тонкоигольной пункции
- 4 положительный бакпосев отделяемого, полученного при санирующей операции
- 5 повышение СРБ

Вопрос №9

Признаками полиорганной недостаточности при панкреонекрозе являются:

- 1 терминальная стадия острой почечной недостаточности
- 2 острая печеночно-почечная недостаточность
- 3 признаки ферментативно-некротической забрюшинной флегмоны
- 4 панкреатогенная энцефалопатия
- 5 сочетание остро возникшей дыхательной и печеночно-почечной недостаточности

Вопрос №10

Поздняя фаза развития острого панкреатита характеризуется:

- 1 асептической секвестрацией
- 2 формированием очагов панкреонекроза
- 3 септической секвестрацией
- 4 реакцией организма на сформировавшиеся очаги некроза

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	1, 3	1, 3	3, 5	1, 2, 3	1, 2, 5	2, 3, 4	1, 4, 5	1, 3, 4	2, 5	1, 3

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндокхирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзлякин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

4. Никитин Н.А. и др. Основы диагностики острого панкреатита и его осложнений: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.
5. Никитин Н.А. и др. Хирургическая тактика при остром панкреатите: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.
6. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
7. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
8. Острый панкреатит [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2015. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.
9. Хронический панкреатит, хирургическое лечение [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2016. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.

Тема 1.12: Заболевания толстой кишки

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при хирургических заболеваниях толстой кишки.

Задачи:

- 1) изучить классификацию заболеваний толстой кишки;
- 2) рассмотреть этиологию, патогенез наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний толстой кишки;
- 3) обучить методам клинико-инструментальной диагностики заболеваний толстой кишки;
- 4) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- 5) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при жизнеугрожающих заболеваниях толстой кишки;
- 6) рассмотреть современные подходы к их хирургическому лечению;
- 7) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- принципы классификации заболеваний толстой кишки;
- основные патологические симптомы и синдромы, характеризующие патологию толстой кишки неопухолевой (дивертикулярная болезнь, неспецифические воспалительные заболевания) и опухолевой природы, включая возможные осложнения;
- клинические проявления основных синдромов дивертикулярной болезни, неспецифических воспалительных заболеваний, онкопатологии толстой кишки, включая их осложнения;
- особенности их клинического течения;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику;
- виды и этапы операций на толстой кишке с учетом течения заболеваний;
- стандарты и протоколы при лечении заболеваний толстой кишки;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации при патологии толстой кишки.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при заболеваниях толстой кишки;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы, характеризующие патологию толстой кишки неопухолевой (дивертикулярная болезнь, неспецифические воспалительные заболевания) и опухолевой природы, включая возможные осложнения;
- определять функциональные, лабораторные признаки хирургических заболеваний толстой кишки с учетом их осложнений;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;

- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания заболеваний толстой кишки;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с заболеваниями толстой кишки, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике заболеваний толстой кишки;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов, характеризующих патологию толстой кишки неопухолевого (дивертикулярная болезнь, неспецифические воспалительные заболевания) и опухолевой природы, включая возможные осложнения;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению хирургических заболеваний толстой кишки с учетом их осложнений;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики заболеваний толстой кишки и их осложнений;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Хирургическая анатомия ободочной кишки.
- 2) Принципы классификации хирургических заболеваний ободочной кишки.
- 3) Понятие дивертикула, дивертикулярной болезни ободочной кишки.
- 4) Принципы классификации дивертикулярной болезни ободочной кишки.
- 5) Клиническая симптоматика дивертикулярной болезни.
- 6) Подходы к дополнительной диагностике дивертикулярной болезни.
- 7) Показания к хирургическому лечению, варианты оперативных вмешательств при дивертикулярной болезни ободочной кишки.
- 8) Профилактика осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки.
- 9) Понятие неспецифического язвенного колита.
- 10) Принципы классификации неспецифического язвенного колита.
- 11) Клиническая симптоматика неспецифического язвенного колита.
- 12) Подходы к дополнительной диагностике неспецифического язвенного колита.
- 13) Направления консервативной терапии неспецифического язвенного колита, основные фармакологические препараты.
- 14) Показания к хирургическому лечению, варианты оперативных вмешательств при неспецифического язвенного колита.
- 15) Понятие болезни Крона.
- 16) Принципы классификации болезни Крона.
- 17) Клиническая симптоматика болезни Крона.
- 18) Подходы к дополнительной диагностике болезни Крона.

- 19) Направления консервативной терапии болезни Крона, основные фармакологические препараты.
- 20) Показания к хирургическому лечению, варианты оперативных вмешательств при болезни Крона.
- 21) Виды полипов ободочной кишки.
- 22) Показания, виды, объемы операций при полипах и полипозе ободочной кишки.
- 23) Особенности течения и лечебной тактики при наследственных полипозах толстой кишки.
- 24) Принципы послеоперационного ведения больных с заболеваниями толстой кишки.
- 25) Принципы классификации, основные клинические проявления, дополнительная диагностика, хирургическая тактика и объемы оперативного вмешательства при злокачественных новообразованиях толстой кишки.
- 26) Основные дифференциальные критерии патологии ободочной кишки с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с заболеваниями ободочной кишки (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
 - а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
 - б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на патологию ободочной кишки;
2. Отработка практических навыков по определению симптоматики хирургических заболеваний ободочной кишки, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.
2. Ответить на вопросы для самоконтроля:
 - 1) Определение, принципы классификации дивертикулярной болезни ободочной кишки.
 - 2) Клиническая и дополнительная диагностика дивертикулярной болезни.
 - 3) Показания к хирургическому лечению, варианты оперативных вмешательств при дивертикулярной болезни ободочной кишки.
 - 4) Профилактика осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки.
 - 5) Понятие о неспецифических воспалительных заболеваниях ободочной кишки.
 - 6) Определение неспецифического язвенного колита.
 - 7) Принципы классификации неспецифического язвенного колита.
 - 8) Клиническая и дополнительная диагностика неспецифического язвенного колита.
 - 9) Понятие болезни Крона.
 - 10) Принципы классификации болезни Крона.
 - 11) Клиническая симптоматика болезни Крона.
 - 12) Подходы к дополнительной диагностике болезни Крона.
 - 13) Показания к хирургическому лечению при неспецифических воспалительных заболеваниях ободочной кишки, варианты оперативных вмешательств и способы завершения операции.

- 14) Направления консервативной терапии неспецифических заболеваний ободочной кишки, основные фармакологические препараты.
- 15) Классификация рака ободочной кишки по стадиям и по системе TMN.
- 16) Особенности клинической картины рака правой и левой половины толстой кишки.
- 17) «Сигналы тревоги» рака ободочной кишки.
- 18) Принципы и методы лечения рака ободочной кишки, виды хирургических вмешательств.
- 19) Лечебно-диагностическая тактика в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи.
- 20) Маршрутизация пациентов с подозрением на онкопатологию толстой кишки.
- 21) Профилактика заболевания и послеоперационных осложнений.
- 22) Принципы ведения послеоперационного периода.
- 23) Особенности заполнения первичной медицинской документации.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Болезнь Крона устанавливается на основании результатов исследований:

- 1 гирияндообразное чередование расширенных и суженных участков кишки при ирригографии
- 2 наличие чаш Клойбера при обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости
- 3 признаков анемии в общем анализе крови
- 4 колоноскопии с биопсией
- 5 лапароскопии с биопсией лимфоузлов брыжейки

Вопрос №2

Оперативное лечение при неспецифическом язвенном колите абсолютно показано в случаях:

- 1 длительных запоров
- 2 перфорации кишки
- 3 токсической дилатации
- 4 тяжелой анемии
- 5 профузного кровотечения

Вопрос №3

Консервативное лечение неспецифического язвенного колита включает:

- 1 диетотерапию (исключение молока и молочных продуктов)
- 2 применение преднизолона
- 3 лечение аminosалицилатами
- 4 наркотические анальгетики
- 5 антикоагулянты

Вопрос №4

Осложнениями рака ободочной кишки являются:

- 1 перфорация опухоли
- 2 токсическая дилатация толстой кишки
- 3 острая кишечная непроходимость
- 4 кровотечение
- 5 токсический панкреатит

Вопрос №5

Для болезни Крона характерно:

- 1 развитие внутриорганных свищей

- 2 изменения в стенке кишки по типу «бульжной мостовой»
- 3 поражение только слизистой оболочки кишечника
- 4 перерождение в рак
- 5 поражение терминального отдела подвздошной кишки, правой половины толстой кишки

Вопрос №6

К осложнениям токсической дилатации ободочной кишки при неспецифическом язвенном колите относятся:

- 1 кровотечение
- 2 перфорация
- 3 инвагинация
- 4 интоксикация
- 5 малигнизация

Вопрос №7

Осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки являются:

- 1 кровотечение
- 2 острая почечная недостаточность
- 3 инвагинация дивертикула
- 4 перфорация дивертикула
- 5 токсическая дилатация толстой кишки

Вопрос №8

Токсическая дилатация ободочной кишки при язвенном колите обусловлена:

- 1 дистрофией мышечных волокон
- 2 повреждением нервного аппарата кишки
- 3 анемией
- 4 заворотом сигмовидной кишки
- 5 ускоренной эвакуацией из толстой кишки

Вопрос №9

Для неспецифического язвенного колита характерны:

- 1 поражение правой половины толстой кишки
- 2 поносы со слизью и кровью
- 3 запоры
- 4 внекишечные проявления
- 5 склонность к малигнизации

Вопрос №10

Информативными методами диагностики полипов ободочной кишки являются:

- 1 рентгеноконтрастное исследование путем дачи сульфата бария через рот
- 2 ирригография
- 3 колоноскопия
- 4 исследование кала на скрытую кровь
- 5 лапароскопия

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный	1, 4	2, 3, 5	1, 2, 3	1, 3, 4	1, 2, 5	1, 2, 4	1, 3, 4	1, 2	2, 4, 5	2, 3

вариант от- вета										
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Хубутя М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А. и др. Хирургические заболевания тонкой кишки и их оперативное лечение: учебное пособие для студентов медвузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.
5. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
6. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
7. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных с болезнью Крона [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2013. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.
8. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов дивертикулярной болезнью ободочной кишки [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2013. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.
9. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных неспецифическим язвенным колитом [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2013. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.

Тема 1.13: Острая кишечная непроходимость

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при острой кишечной непроходимости.

Задачи:

- 1) изучить классификацию острой кишечной непроходимости;
- 2) рассмотреть этиологию, патогенез острой кишечной непроходимости;
- 3) обучить методам клинико-инструментальной диагностики острой кишечной непроходимости;
- 4) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- 5) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при острой кишечной непроходимости;
- 6) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению;
- 7) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- принципы классификации острой кишечной непроходимости;
- основные патологические симптомы и синдромы, характеризующие острой кишечной непроходимости;
- клинические проявления основных симптомов острой кишечной непроходимости;
- особенности клинического течения;
- дифференциальную диагностику;

- лечебную тактику;
- виды и этапы операций при острой кишечной непроходимости;
- стандарты и протоколы при лечении острой кишечной непроходимости;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации при острой кишечной непроходимости.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при острой кишечной непроходимости;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы, характеризующие острую кишечную непроходимости;
- определять функциональные, лабораторные признаки острой кишечной непроходимости;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания острой кишечной непроходимости;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с острой кишечной непроходимости, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при острой кишечной непроходимости;
- навыками выявления основных патологических симптомов, характеризующих острую кишечную непроходимости;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению острой кишечной непроходимости;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения больных;
- теоретическими и методическими основами профилактики острой кишечной непроходимости;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Хирургическая анатомия кишечной трубки.
- 2) Определение «острая кишечная непроходимость»
- 3) Этиология, механизмы, патогенез острой кишечной непроходимости.
- 4) Классификация острой кишечной непроходимости.
- 5) Особенности клинической симптоматики острой кишечной непроходимости в зависимости от механизма и уровня обструкции кишечной трубки.
- 6) Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики при острой кишечной непроходимости.
- 7) Основные дифференциальные критерии патологии прямой кишки с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.
- 8) Показания и основные направления консервативной терапии острой кишечной непроходимости.

9) Показания, виды, этапы оперативного вмешательства при острой кишечной непроходимости, принципы предоперационной подготовки.

10) Профилактика развития острой кишечной непроходимости.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острой кишечной непроходимостью (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
 - а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
 - б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острую кишечную непроходимость.
2. Отработка практических навыков по определению симптоматики острой кишечной непроходимостью, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

4) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной Н., 36 лет поступил в хирургический стационар с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота, рвоту пищей, не приносящую облегчения.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение 6 часов, когда отметил появление вышеперечисленных симптомов. Накануне вечером ел салат из свежих овощей. Около 5 лет назад оперирован по поводу перфорации гастро-дуоденальной язвы. Подобные явления возникли впервые.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожа теплая, физиологической окраски. Язык суховат. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс – 82 удара в минуту, ритмичный. АД – 120/80 мм рт.ст. Живот симметрично подвздут, равномерно участвует в акте дыхания. Послеоперационный рубец в удовлетворительном состоянии. При пальпации живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перкуторно над всей поверхностью живота определяется тимпанит. Перистальтика неравномерная, в нижних отделах определяется «шум плеска».

Стул был 3 часа назад.

При ректальном исследовании образований в прямой кишке не определяется, передняя стенка не нависает, ампула прямой кишки пустая, анальный сфинктер тоничен.

В общем анализе крови: лейкоциты – $12 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 132 г/л, в ОАМ: лейкоциты – 1-2 в п/зр.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Перечислите необходимые методы диагностики.
3. Основные направления лечебной тактики.
4. Показания к оперативному лечению.

Алгоритм разбора задачи.

1. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость.
2. Биохимические анализ крови на содержание общего белка, сахара, билирубина, мочевины, креатинина, электролитный состав (калий, натрий, хлор), показатели кЩС; обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости; ЭКГ.
3. Учитывая признаки острой кишечной непроходимости смешанного механизма, больному показано консервативное лечение с последующим рентгенологическим контроле за пассажем бариевой взвеси.

Направления лечебной тактики предусматривают: лечебно-охранительный режим (диета-голод, режим полупостельный); декомпрессию желудочно-кишечного тракта (назогастральное зондирование, очистительная клизма); выполнение катетеризации периферической вены для проведения инфузионной терапии в объеме не менее 1500 мл; контроль почасового диуреза; назначение препаратов спазмолитического и противорвотного действия. Контрольное рентгенологическое исследование необходимо выполнить через 6 часов.

4. Сохранение и нарастание клинических и рентгенологических признаков острой кишечной непроходимости; развитие клиники острого перитонита.

б) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1.

У больного К. 48 лет за 6 часов до поступления в клинику внезапно появились интенсивные схваткообразные боли в животе, была многократная рвота пищей, слизью, не приносящая облегчения. Подобные явления отмечает впервые. Анамнез без особенностей. Работает слесарем.

Состояние тяжелое, беспокоен, часто меняет положение в постели, стонет. Кожные покровы бледные. Язык сухой. Пульс – 110 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст.

При осмотре правая половина живота вздута, левая западает. При пальпации определяется болезненность во всех отделах живота, больше в окологупочной области, где пальпируется овальной формы плотно-эластическое образование, перкуторно над которым определяется высокий тимпанит. Перистальтика редкая, резонирующая. Определяется «шум плеска». Перитонеальные симптомы отрицательные. Стул был за несколько часов до заболевания.

При ректальном исследовании ампула заполнена калом, сфинктер тоничен.

При обзорной рентгеноскопии брюшной полости выявлен пневматоз тонкой и толстой кишки, чаши Клойбера.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Механизм развития данного состояния.
3. Перечислите возможные предрасполагающие факторы.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика.

Задача №2.

Больной М. 69 лет в течение последних 6 месяцев отмечает затруднения при дефекации, слизь и следы темной крови в кале. К врачу не обращался, не обследовался. За сутки до поступления в клинику появились схваткообразные боли в животе. Перестали отходить газы, стула не было 3 дня.

Общее состояние больного средней тяжести. Язык покрыт белым налетом, суховат. Пульс – 94 удара в минуту. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот вздут, симметричный, при пальпации болезненный во всех отделах. При перкуссии определяется тимпанит во всех отделах. Перистальтика кишечника резонирующая, неравномерная. Определяется «шум плеска» во всех отделах. Перитонеальные симптомы положительные. Ректальное исследование – ампула пустая.

При обзорной рентгеноскопии определяются чаши Клойбера. Пневматоз кишечника.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.

2. Механизм развития данного состояния.
3. Перечислите возможные предрасполагающие факторы.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика.

Задача №3.

Больная, 32 лет, поступила в клинику с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе, многократную рвоту слизью с примесью желчи, вздутие живота.

Боли появились 10 часов назад после приема грубой растительной пищи. Затем присоединилась рвота. После приема спазмолитиков эффекта не отмечала. Подобные явления отмечает впервые. В анамнезе аппендэктомия.

Состояние средней тяжести. Язык сухой, покрыт белым налетом. Пульс – 88 ударов в минуту. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот асимметричный за счет выбухания правых отделов кишечника. При пальпации вздут, болезненный больше в правой половине живота. Перкуторно определяется высокий тимпанит. Перистальтика неравномерная, справа резонирующая. Определяется «шум плеска». Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Ректально: в ампуле прямой кишки кал обычной консистенции.

В общих анализах крови и мочи без патологии.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости: раздутые петли тонкого кишечника, «чаши Клойбера».

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Механизм развития данного состояния.
3. Перечислите возможные предрасполагающие факторы.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика.

Задача №4.

Больная Ю. 66 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли по всему животу, схваткообразного характера, вздутие живота, задержку стула.

Больна в течение 6 дней, когда появились вздутие живота, умеренные боли по всему животу. Интенсивность болей постепенно нарастала, дважды была рвота слизью. Перестали отходить газы. 3 дня не было стула. Последние 4 месяца отмечает запоры, слизь в кале.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, несколько бледноватые. Язык суховат, покрыт белым налетом. Пульс – 84 удара в минуту. АД – 150/90 мм рт. ст. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, больше в левой подвздошной области, где неотчетливо пальпируется опухолевидное образование. При перкуссии - тимпанит. Перистальтика неравномерная, резонирующая. Определяется «шум плеска». Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Ректально: сфинктер атоничен, ампула пустая.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Причины заболевания.
3. Дальнейшие действия врача первичного звена.
4. Дополнительные методы обследования.
5. Лечебная тактика.

Задача №5.

Больной Н. 64 лет, поступил в клинику через 16 часов с момента заболевания с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, тошноту, неоднократную рвоту сначала съеденной пищей, затем желчью, наличие резко болезненного невраваемого выпячивания в области послеоперационного рубца после нижне-срединной лапаротомии.

4 года назад оперирован по поводу деструктивного аппендицита с разлитым перитонитом. Страдает ИБС, гипертонической болезнью.

Состояние тяжелое, стонет от болей. Кожные покровы чистые, физиологичны. Язык сухой, обложен серым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Пульс – 104 ударов в минуту, аритмичный. АД – 160/80 мм рт. ст. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в нижних отделах, где в зоне послеоперационного рубца определяется напряженное, резко болезненное выпячивание размерами 12x10x6 см, в брюшную полость не вправляется, перкуторно над ним притупление. Перистальтика неравномерная. Перитонеальные симптомы отрицательные. Мочеиспускание не нарушено. Стул был сутки назад.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечебная тактика.

Задача №6.

Больной Н., 26 лет при вызове домой участкового терапевта предъявляет жалобы на боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота, рвоту пищей, не приносящую облегчения.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение 6 часов, когда отметил появление вышеперечисленных симптомов. Накануне вечером ел салат из свежих овощей. Около 5 лет назад оперирован по поводу перфорации гастро-дуоденальной язвы. Подобные явления возникли впервые.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожа теплая, физиологической окраски. Язык суховат. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс – 82 удара в минуту, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот симметрично подвздут, равномерно участвует в акте дыхания. Область послеоперационного рубца без видимых изменений. При пальпации живот мягкий, определяется болезненность в нижних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перкуторно над всей поверхностью живота определяется тимпанит. Перистальтика неравномерная, в нижних отделах определяется «шум плеска».

Стул был 3 часа назад.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Перечислите факторы, которые могли послужить причиной возникновения этой патологии.
3. Перечислите дальнейшие действия врача первичного звена.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Разработайте алгоритм лечебно-диагностической программы при оказании стационарной помощи.

Задача №7.

Больной Т. 34 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в животе, вздутие живота, многократную рвоту, не приносящую облегчение, слабость, головокружение.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение 2 часов, когда появились вышеперечисленные симптомы. Самостоятельно принимал но-шпу без значимого эффекта. Бригадой скорой помощи доставлен в хирургический стационар. Около 10 лет назад оперирован по поводу деструктивного аппендицита.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Больной стонет от боли, часто меняет положение тела. Кожные покровы бледноватые, теплые. Со стороны органов дыхания патологии не выявлено. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот вздут неравномерно, асимметричный за счет выбухания брюшной стенки в правой подвздошной, мезогастральной областях. При пальпации там же определяется резко болезненное опухолевидное объемное образование эластической консистенции. В области послеоперационного рубца дефектов в мышечно-апоневротическом слое не определяется. Перистальтика резонирующая, неравномерная, над образованием определяется «шум падающей капли».

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Причины заболевания.
3. Алгоритм дополнительной диагностики.
4. Ожидаемая рентгенологическая картина при обследовании данного больного.
5. Лечебная тактика.

Задача №8.

Больной Т. 67 лет поступил в ЭХО с жалобами на боли в животе, многократную рвоту.

Из анамнеза. Болен в течение 2-х суток, когда отметил появление вздутия живота, задержку стула, газов. Самостоятельно принимал слабительные средства – стула не было. Подобные явления неоднократно возникали в течение последнего года. Сегодня появилась многократная рвота, выраженные боли в животе.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы бледноватые, теплые, тургор снижен. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 82 ударов в минуту, ритмичный. АД – 130/70 мм рт. ст. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется болезненность во всех отделах. В эпигастрии, по левому флангу определяется раздутая петля кишечника, эластической консистенции, болезненная. Перитонеальных симптомов не определяется. Перкуторно над ней всей поверхностью живота определяется тимпанит. Перистальтические шумы неравномерные, во всех отделах определяется положительный симптом Склярова. При поступлении температура тела 37,3°C.

Стул был 2 дня назад, мочился сегодня однократно.

В общем анализе крови: лейкоциты – $16 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты – $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 86 г/л, в общем анализе мочи: лейкоциты – 3-4 в поле зрения.

При ректальном исследовании определяется расширение анального кольца, ампула прямой кишки расширена, пустая, определяются не увеличенные геморроидальные узлы.

Контрольные вопросы.

1. Определите ведущий синдром.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Укажите решающие эпонимные симптомы при установлении диагноза.
4. Дополнительные диагностические мероприятия.
5. Хирургическая тактика.

Задача №9.

Больная Х. 28 лет, поступила с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе, многократную рвоту слизью, не приносящую облегчения, задержку стула и газов.

Боли появились 8 часов назад, после приема пищи. Интенсивность болей нарастала. Была многократная рвота. Бригадой скорой помощи доставлена в отделение экстренной хирургии. Подобные явления впервые. Два года назад кесарево сечение.

Состояние средней тяжести, беспокойна, стонет. Язык суховат, покрыт белым налетом. Пульс – 88 ударов в минуту. Живот равномерно участвует в акте дыхания. По средней линии ниже пупка послеоперационный рубец, его область без видимых изменений. При пальпации живот вздут, болезненный больше в нижних отделах живота. В нижних отделах перкуторно определяется тимпанит. Перистальтика кишечника резонирующая, определяется «шум плеска» в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Ректально – без особенностей.

При обзорной рентгенографии брюшной полости отмечены повышенная пневматизация кишечника и горизонтальные уровни жидкости в мезо- и гипогастральной областях.

Проведенные в клинике консервативные мероприятия эффекта не дали.

Контрольные вопросы

1. Сформируйте диагноз.
2. Причины заболевания.
3. Какие консервативные мероприятия проводились больной.
4. Дальнейшая тактика.

Задача №10.

Во время операции у больного П., 47 лет по поводу острой спаечной кишечной непроходимости выявлено, что непроходимость обусловлена сдавлением петли тонкой кишки (длиной 20 см) в 40 см от баугиниевой заслонки в окне, образованном спаечными сращениями между илеоцекальным углом и брюшиной правого бокового кармана. Участок тонкой кишки темного цвета с продольными серозными разрывами, не перистальтирует, пульсация сосудов брыжейки не определяется. В брюшной полости обнаружено 500 мл геморрагического выпота, приводящая петля расширена до 8 см, содержит жидкость, газ, отводящая – спавшаяся. Из желудка эвакуировано около 700 мл тонкокишечного содержимого, однако напряжение кишки не уменьшилось.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Определите признаки жизнеспособности кишки.
3. Дальнейшая тактика.
4. Выбор способа декомпрессии.
5. Принципы лечения в послеоперационном периоде.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

- 1) Определение понятия «острая кишечная непроходимость», ее виды.
- 2) Предрасполагающие и производящие факторы острой кишечной непроходимости.
- 3) Патогенез и патанатомия острой кишечной непроходимости.
- 4) Основные симптомы острой кишечной непроходимости.
- 5) Клинические отличия механической и динамической, обтурационной и странгуляционной, высокой и низкой, тонко- и толстокишечной острой кишечной непроходимости.

- 6) Критерии и виды рентгенодиагностики острой кишечной непроходимости.
- 7) Дифференциальная диагностика острой кишечной непроходимости.
- 8) Лечебная тактика при острой кишечной непроходимости.
- 9) Консервативная терапия острой кишечной непроходимости.
- 10) Показания к операции по поводу острой кишечной непроходимости, принципы предоперационной подготовки.
- 11) Виды и этапы операций при острой кишечной непроходимости.
- 12) Методы оценки жизнеспособности кишки. Показания и принципы ее резекции.
- 13) Методы декомпрессии кишечника, их преимущества и недостатки.
- 14) Виды кишечных анастомозов, их преимущества и недостатки.
- 15) Особенности операционной тактики при острой кишечной непроходимости, осложненной некрозом толстой кишки или перитонитом.
- 16) Принципы ведения больных после операции по поводу острой кишечной непроходимости.
- 17) Профилактика острой кишечной непроходимости.
- 18) Лечебно-диагностическая тактика в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи.
- 19) Маршрутизация пациентов с подозрением на острую кишечную непроходимость.
- 20) Особенности заполнения первичной медицинской документации.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Для высокой тонкокишечной непроходимости характерны:

- 1 схваткообразные боли в животе
- 2 симптом Склярова
- 3 многократная рвота
- 4 симптом Цеге-Мантейфеля
- 5 симптом Жобера

Вопрос №2

При тонкокишечной непроходимости оперативное вмешательство предусматривает:

- 1 резекцию некротизированного участка тонкой кишки
- 2 формирование межкишечного энтеро-энтероанастомоза по типу «конец в конец»
- 3 формирование межкишечного энтеро-энтероанастомоза по типу «бок в бок»
- 4 назоинтестинальную интубацию
- 5 трансанальную интубацию кишечника

Вопрос №3

Причинами тонкокишечной непроходимости являются:

- 1 инородные тела
- 2 желчные камни
- 3 опухоли
- 4 спайки брюшной полости
- 5 спазм участка тонкой кишки

Вопрос №4

Характерными признаками острой механической кишечной непроходимости являются:

- 1 постоянные боли в животе
- 2 однократная рвота
- 3 положительный симптом «шум плеска»
- 4 схваткообразные боли в животе

5 многократная рвота

Вопрос №5

Консервативное лечение показано в случаях:

- 1 заворота
- 2 узлообразования
- 3 спастической непроходимости кишечника
- 4 паралитической кишечной непроходимости
- 5 копростаз

Вопрос №6

Для низкой толстокишечной непроходимости характерно:

- 1 постепенное нарастание симптомов
- 2 вздутие живота
- 3 появление чаш Клойбера
- 4 схваткообразные боли в животе
- 5 быстрое обезвоживание

Вопрос №7

Лечение динамической кишечной непроходимости предусматривает:

- 1 применение спазмолитиков
- 2 экстренную операцию
- 3 назначение препаратов, стимулирующих перистальтику
- 4 декомпрессию желудочно-кишечного тракта
- 5 применение НПВС

Вопрос №8

Для тонко-толстокишечной инвагинации характерно:

- 1 кровянистые выделения из прямой кишки
- 2 «овечий кал»
- 3 пальпируемое опухолевидное образование в правой подвздошной области
- 4 схваткообразные боли в животе
- 5 атония сфинктера прямой кишки

Вопрос №9

Лечебные мероприятия при обтурационной кишечной непроходимости предусматривают:

- 1 введение спазмолитиков
- 2 выполнение сифонной клизмы
- 3 коррекцию водно-электролитных нарушений
- 4 применение промедола
- 5 экстренную операцию

Вопрос №10

Дегидратация организма наиболее быстро развивается при:

- 1 завороте тонкой кишки
- 2 завороте сигмовидной кишки
- 3 обтурации тощей кишки желчным камнем
- 4 полной обтурации опухолью поперечно-ободочной кишки
- 5 илеоцекальной инвагинации

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	1, 2, 3	1, 2, 4	1, 2, 4	3, 4, 5	3, 4, 5	1, 2, 3	1, 3, 4	1, 3, 4	1, 3	1, 3

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
3. Никитин Н.А. и др. Хирургические заболевания тонкой кишки и их оперативное лечение: учебное пособие для студентов медвузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.
4. Никитин Н.А. и др. Острая кишечная непроходимость: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.
5. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
6. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
7. Острая неопухольная кишечная непроходимость у взрослых [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2016. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.
8. Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2014. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.

Тема 1.14: Отдельные виды острой кишечной непроходимости

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при различных видах острой кишечной непроходимости.

Задачи:

- 1) рассмотреть особенности патогенеза острой кишечной непроходимости в зависимости от причины;
- 2) обучить методам клинко-инструментальной диагностики отдельных видов острой кишечной непроходимости;
- 3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- 4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при частных формах острой кишечной непроходимости;
- 5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению;
- 6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- основные патологические симптомы и синдромы, характеризующие различные формы острой кишечной непроходимости;
- клинические проявления основных симптомов заворота, узлообразования, инвагинации различных отделов кишечника, опухолей толстой кишки и других форм обтурационной непроходимости кишечника, спастической и паралитической кишечной непроходимости;
- особенности их клинического течения;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику;

- виды и этапы операций при частных формах острой кишечной непроходимости;
- стандарты и протоколы при лечении острой кишечной непроходимости;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации при различных вариантах течения острой кишечной непроходимости.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при различных видах острой кишечной непроходимости;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы, характеризующие заворот, узлообразование, инвагинацию, опухолей толстой кишки и других форм обтурационной непроходимости кишечника, спастической и паралитической кишечной непроходимости;
- определять их функциональные, лабораторные признаки;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с формой кишечной непроходимости и ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом формы острой кишечной непроходимости;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с острой кишечной непроходимостью, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности;
- навыками выявления основных патологических симптомов, характеризующих различные варианты острой кишечной непроходимости;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению причин острой кишечной непроходимости;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения больных;
- теоретическими и методическими основами профилактики острой кишечной непроходимости;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Особенности патогенеза основных форм странгуляции (ущемление, заворот, узлообразование).
- 2) Клиническая симптоматика и рентгенологическая диагностика заворота тонкой и толстой кишки (сигмовидной, слепой, поперечной ободочной), узлообразования, ущемления.
- 3) Хирургическая тактика при странгуляционной кишечной непроходимости.
- 4) Понятие о жизнеспособности кишки, принципы ее реанимации, принципы выполнения резекции кишки, способ завершения операции.
- 5) Причины и особенности патогенеза основных форм обтурации кишечной трубки (внутри- и внекишечной).
- 6) Клиническая симптоматика и рентгенологическая диагностика обтурационной кишечной

- непроходимости, вызванной безоарами, инородными телами, опухолями
- 7) Хирургическая тактика при обтурационной кишечной непроходимости.
 - 8) Показания и основные направления консервативной терапии.
 - 9) Показания к оперативному лечению, этапы операции и способы устранения кишечной непроходимости, способ завершения операции.
 - 10) Современные подходы к диагностике и лечению смешанных форм кишечной непроходимости.
 - 11) Профилактика развития острой кишечной непроходимости.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с различными формами острой кишечной непроходимостью (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
 - а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
 - б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острую кишечную непроходимость.
2. Отработка практических навыков по определению симптоматики острой кишечной непроходимостью, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- 1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.
- 2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.
- 3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.
- 4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.
- 5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.
- 6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной Н., 36 лет поступил в хирургический стационар с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота, рвоту пищей, не приносящую облегчения.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение 6 часов, когда отметил появление вышеперечисленных симптомов. Накануне вечером ел салат из свежих овощей. Около 5 лет назад оперирован по поводу перфорации гастро-дуоденальной язвы. Подобные явления возникли впервые.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожа теплая, физиологической окраски. Язык суховат. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс – 82 удара в минуту, ритмичный. АД – 120/80 мм рт.ст. Живот симметрично подвздут, равномерно участвует в акте дыхания. Послеоперационный рубец в удовлетворительном состоянии. При пальпации живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перкуторно над всей

поверхностью живота определяется тимпанит. Перистальтика неравномерная, в нижних отделах определяется «шум плеска».

Стул был 3 часа назад.

При ректальном исследовании образований в прямой кишке не определяется, передняя стенка не нависает, ампула прямой кишки пустая, анальный сфинктер тоничен.

В общем анализе крови: лейкоциты – $12 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 132 г/л, в ОАМ: лейкоциты – 1-2 в п/зр.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Перечислите необходимые методы диагностики.
3. Основные направления лечебной тактики.
4. Показания к оперативному лечению.

Алгоритм разбора задачи.

4. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость по типу obturации.
5. Биохимический анализ крови на содержание общего белка, сахара, билирубина, мочевины, креатинина, электролитный состав (калий, натрий, хлор), показатели КЩС; обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости; ЭКГ.
6. Учитывая признаки острой кишечной непроходимости смешанного механизма, больному показано консервативное лечение с последующим рентгенологическим контроле за пассажем бариевой взвеси.

Направления лечебной тактики предусматривают: лечебно-охранительный режим (диета-голод, режим полупостельный); декомпрессию желудочно-кишечного тракта (назогастральное зондирование, очистительная клизма); выполнение катетеризации периферической вены для проведения инфузионной терапии в объеме не менее 1500 мл; контроль почасового диуреза; назначение препаратов спазмолитического и противорвотного действия. Контрольное рентгенологическое исследование необходимо выполнить через 6 часов.

4. Сохранение и нарастание клинических и рентгенологических признаков острой кишечной непроходимости; развитие клиники острого перитонита.

2) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1.

Больной Ж. 34 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в животе, вздутие живота, многократную рвоту, не приносящую облегчение, слабость, головокружение.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение 2-х часов, когда появились вышеперечисленные симптомы. Самостоятельно принимал но-шпу без особого эффекта. Бригадой скорой медицинской помощи был доставлен в хирургический стационар. Около 10 лет назад оперирован по поводу проникающего ножевого ранения брюшной полости.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Больной стонет от боли, часто меняет положение тела. Кожные покровы бледноватые, теплые. Со стороны органов дыхания патологии не выявлено. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот неравномерно вздут, асимметричный за счет выбухания брюшной стенки в правой подвздошной, мезогастральной областях. При пальпации там же определяется объемное образование, резко болезненное образование эластической консистенции. В области послеоперационного рубца дефектов в мышечно-апоневротическом слое не определяется. Перистальтика резонирующая, неравномерная, над образованием определяется «шум падающей капли».

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Причины заболевания.
3. Алгоритм дополнительной диагностики.
4. Ожидаемая рентгенологическая картина при обследовании данного больного.
5. Хирургическая тактика

Задача №2.

Больной Т. 67 лет поступил в стационар с жалобами на боли в животе, многократную рвоту. Из анамнеза. Болен в течение 2-х суток, когда отметил появление вздутия живота, задержку

стула, газов. Самостоятельно принимал слабительные средства – стула не было. Подобные явления неоднократно возникали в течение 1 года. Сегодня появилась многократная рвота, выраженные боли в животе.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы бледноватые, теплые, тургор снижен. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 82 ударов в минуту, ритмичный, АД – 130/70 мм рт. ст. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется болезненность во всех отделах. В эпигастрии, по левому флангу определяется раздутая петля кишечника, эластической консистенции, болезненная. Перитонеальных симптомов не определяется. Перкуторно над ней всей поверхностью живота определяется тимпанит. Перистальтические шумы неравномерные, во всех отделах определяется положительный симптом Склярова.

Стул был 2 дня назад, мочился сегодня однократно.

При ректальном исследовании определяется расширение анального кольца, ампула прямой кишки расширена, пустая, определяются не увеличенные геморроидальные узлы.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Дополнительные диагностические мероприятия.
3. Хирургическая тактика.

Задача №3.

Больного Б., 72 лет в течение 6 месяцев беспокоят периодические боли в животе, неустойчивый стул, плохой аппетит, необоснованное снижение массы тела. В течение последней недели отметил появление ложных позывов на стул, выделение слизи и крови из прямой кишки. Ухудшение состояния последние 2-е суток (появилась рвота пищей, вздутие живота), что заставило его обратиться к участковому терапевту.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании. Пониженного питания. Кожа бледная, теплая, тургор снижен. Язык суховат, у корня обложен белым налетом. В легких дыхание жестковатое, хрипов не выслушивается. Пульс – 82 ударов в минуту, аритмичный, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области, где определяется опухолевидное образование плотной консистенции, несмещаемое, незначительно болезненное. Перкуторно над всей поверхностью передней брюшной стенки определяется тимпанит, на фоне чего притупление в отлогих местах. Аускультативно: перистальтика вялая, неравномерная, определяется «шум плеска» во всех отделах живота.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика врача первичного звена в данной ситуации.
3. Какие дополнительные диагностические мероприятия необходимы для подтверждения диагноза.
4. Лечебная тактика при оказании специализированной медицинской помощи.

Задача №4.

Больная Р. 28 лет поступила в стационар с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе, многократную рвоту слизью, не приносящую облегчения, задержку стула и газов.

Боли появились 8 часов назад, после приема пищи. Их интенсивность с течением времени нарастала. Была многократная рвота. Машиной скорой помощи доставлена в хирургический стационар. Подобные явления впервые. Два года назад оперирована по поводу внематочной беременности.

Состояние средней тяжести, беспокойна, стонет. Язык суховат, покрыт белым налетом. Пульс – 88 ударов в минуту. АД – 100/60 мм рт.ст. Живот равномерно участвует в акте дыхания. По средней линии ниже пупка послеоперационный рубец без видимых изменений. При пальпации живот вздут, болезненный больше в нижних отделах живота. Перистальтика кишечника резонирующая. В нижних отделах перкуторно высокий тимпанит. Определяется «шум плеска». Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

При обзорной рентгенографии брюшной полости отмечены повышенная пневматизация кишечника и горизонтальные уровни жидкости в мезогастральной области.

Проведенные в клинике консервативные мероприятия оказались неэффективными, при контрольном рентгенологическом исследовании отмечается отрицательная рентгенологическая симптоматика.

Контрольные вопросы

1. Сформируйте диагноз.
2. Причины заболевания.
3. Направления проведенной консервативной терапии.
4. Перечислите возможные отрицательные рентгенологическая симптомы.
5. Задачи оперативного вмешательства.

Задача №5.

Больная В. 55 лет поступила в хирургический стационар с жалобами на боли схваткообразного характера, многократную рвоту пищей. Подобные явления впервые. В анамнезе ЖКБ, операций не было.

Объективно: состояние средней степени тяжести, положение вынужденное (согнувшись сидя). Кожа физиологической окраски. Со стороны легких, сердечно-сосудистой системы органов патологической симптоматики не определяется.

Живот вздут, симметричный, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации живот болезненный в правой половине. Перитонеальных симптомов не определяется. Печень, желчный пузырь не пальпируются. Перкуторно тимпанит над всей поверхностью живота. Перистальтика неравномерная, выслушивается «шум плеска». Стул был за 2 часа до поступления.

В ОАК: эритроциты – $5,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 180 г/л, гематокрит – 33%, тромбоциты – $670 \times 10^9/л$, лейкоциты – $14,5 \times 10^9/л$, ОАМ: лейкоциты – 3-4 в п/зр, биохимические показатели крови: билирубин: общий – 14,2, прямой – 0 мкмоль/л, α -амилаза – 33,4 ед/л, мочевины – 4,6 ммоль/л, креатинин – 65 ммоль/л, K^+ – 1,2, Na^+ – 115, Cl^- – 72 ммоль/л, pH – 7,7.

При обзорной рентгеноскопии в среднем этаже брюшной полости выявлено наличие раздутых газом тонкокишечных петель с уровнями жидкости.

После проводимой медикаментозной терапии клинические симптомы кишечной непроходимости сохранялись, рентгенологически определялись признаки высокой кишечной непроходимости. Взята на операцию. При ревизии органов брюшной полости выявлено, что в подпеченочном пространстве имеется плотный инфильтрат, состоящий из сальника, петли тощей кишки и желчного пузыря. В просвете тонкой кишки ниже данного инфильтрата на 40 см пальпируется камень размерами 6х4 см, которое полностью обтурирует диаметр кишки, выше него кишечник раздут газами до 7 см, содержит жидкость. Ниже данного образования кишка спавшаяся на всем протяжении.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причины заболевания.
3. Принципы консервативного лечения, особенности фармакотерапии.
4. Способ устранения причины кишечной непроходимости.
5. Направления послеоперационного лечения пациента.

Задача №6.

Во время операции у больного П., 47 лет по поводу острой спаечной кишечной непроходимости выявлено, что непроходимость обусловлена сдавлением петли тонкой кишки (длиной 20 см) в 40 см от баугиниевой заслонки в окне, образованном спаечными сращениями между илеоцекальным углом и брюшиной правого бокового кармана. Участок тонкой кишки темного цвета с продольными серозными разрывами, не перистальтирует, пульсация сосудов брыжейки не определяется. В брюшной полости обнаружено 500 мл геморрагического выпота, приводящая петля расширена до 8 см, содержит жидкость, газ, отводящая – спавшаяся. Из желудка эвакуировано около 700 мл тонкокишечного содержимого, однако напряжение кишки не уменьшилось.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Патофизиологические изменения в организме при данной патологии.
3. Дальнейшая тактика.
4. Выбор способа декомпрессии.

5. Послеоперационное лечение больного.

Задача №7.

Больной З., 62 лет предъявляет жалобы на умеренные боли в правой половине живота, периодические запоры по 3-4 дня, рвоту желудочным содержимым.

Из анамнеза. Боли в животе, рвота возникли 3 дня назад, подобные явления впервые. В течение 6 месяцев стал отмечать необоснованную слабость. Запоры в течение 1,5 лет, в последнее время стул бывает лишь после приема слабительных препаратов.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная, теплая, тургор снижен. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 82 удара в минуту, АД – 110/60 мм рт.ст. Живот вздут, симметричный в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется образование 6х6 см, с четкими контурами, смещаемое, плотной консистенции, умеренно болезненное. Перитонеальных симптомов не определяется. Перистальтика не усилена, выслушивается «шум плеска» в левых отделах. Ректально: в ампуле следы кала коричневого цвета, опухолей не определяется, сфинктер тоничен.

В ОАК: эритроциты – $2,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 78 г/л, гематокрит – 17%, лейкоциты – $14,5 \times 10^9/л$, ОАМ: лейкоциты – 3-4 в п/зр,

При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены множество расширенных газом тонкокишечных петель, широкие горизонтальные уровни жидкости.

Контрольные вопросы

1. Сформируйте диагноз.
2. Причины заболевания.
3. Дальнейшая тактика.
4. Задачи оперативного вмешательства.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.
2. Ответить на вопросы для самоконтроля:
 - 1) Особенности этиопатогенеза, клинической и рентгенологической диагностики, хирургического лечения заворота тонкой и толстой кишок (сигмовидной, слепой, поперечной ободочной).
 - 2) Особенности этиопатогенеза, клинических и рентгенологических критериев диагностики, хирургического лечения узлообразования в зависимости от его локализации и осложнений.
 - 3) Понятие инвагинации, ее этиопатогенез, клинические особенности.
 - 4) Принципы консервативного и хирургического лечения инвагинации.
 - 5) Обтурационная тонкокишечная непроходимость: причины, клинические проявления, дополнительная и дифференциальная диагностика, тактика лечения, показания к оперативному лечению, виды оперативных вмешательств.
 - 6) Хирургическая тактика при раке ободочной кишки, осложненном кишечной непроходимостью, виды операций.
 - 7) Варианты течения спаечной непроходимости, методы ее лечения и профилактики.
 - 8) Причины паралитической ОКН, принципы консервативной терапии.
 - 9) Принципы ведения больных после операции по поводу острой кишечной непроходимости.
 - 10) Профилактика острой кишечной непроходимости.
 - 11) Лечебно-диагностическая тактика в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи.
 - 12) Маршрутизация пациентов с подозрением на острую кишечную непроходимость.
 - 13) Особенности заполнения первичной медицинской документации.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Для высокой тонкокишечной непроходимости характерны:

- 1 схваткообразные боли в животе

- 2 симптом Склярова
- 3 многократная рвота
- 4 симптом Цеге-Мантейфеля
- 5 симптом Жобера

Вопрос №2

При тонкокишечной непроходимости оперативное вмешательство предусматривает:

- 1 резекцию некротизированного участка тонкой кишки
- 2 формирование межкишечного энтеро-энтероанастомоза по типу «конец в конец»
- 3 формирование межкишечного энтеро-энтероанастомоза по типу «бок в бок»
- 4 назоинтестинальную интубацию
- 5 трансанальную интубацию кишечника

Вопрос №3

Причинами тонкокишечной непроходимости являются:

- 1 инородные тела
- 2 желчные камни
- 3 опухоли
- 4 спайки брюшной полости
- 5 спазм участка тонкой кишки

Вопрос №4

Характерными признаками острой механической кишечной непроходимости являются:

- 1 постоянные боли в животе
- 2 однократная рвота
- 3 положительный симптом «шум плеска»
- 4 схваткообразные боли в животе
- 5 многократная рвота

Вопрос №5

Консервативное лечение показано в случаях:

- 1 заворота
- 2 узлообразования
- 3 спастической непроходимости кишечника
- 4 паралитической кишечной непроходимости
- 5 копростазы

Вопрос №6

Для низкой толстокишечной непроходимости характерно:

- 1 постепенное нарастание симптомов
- 2 вздутие живота
- 3 появление чаш Клойбера
- 4 схваткообразные боли в животе
- 5 быстрое обезвоживание

Вопрос №7

Лечение динамической кишечной непроходимости предусматривает:

- 1 применение спазмолитиков
- 2 экстренную операцию
- 3 назначение препаратов, стимулирующих перистальтику

- 4 декомпрессию желудочно-кишечного тракта
- 5 применение НПВС

Вопрос №8

Для тонко-толстокишечной инвагинации характерно:

- 1 кровянистые выделения из прямой кишки
- 2 «овечий кал»
- 3 пальпируемое опухолевидное образование в правой подвздошной области
- 4 схваткообразные боли в животе
- 5 атония сфинктера прямой кишки

Вопрос №9

Лечебные мероприятия при обтурационной кишечной непроходимости предусматривают:

- 1 введение спазмолитиков
- 2 выполнение сифонной клизмы
- 3 коррекцию водно-электролитных нарушений
- 4 применение промедола
- 5 экстренную операцию

Вопрос №10

Дегидратация организма наиболее быстро развивается при:

- 1 завороте тонкой кишки
- 2 завороте сигмовидной кишки
- 3 обтурации тощей кишки желчным камнем
- 4 полной обтурации опухолью поперечно-ободочной кишки
- 5 илеоцекальной инвагинации

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	1, 2, 3	1, 2, 4	1, 2, 4	3, 4, 5	3, 4, 5	1, 2, 3	1, 3, 4	1, 3, 4	1, 3	1, 3

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
3. Никитин Н.А. и др. Хирургические заболевания тонкой кишки и их оперативное лечение: учебное пособие для студентов медвузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.
4. Никитин Н.А. и др. Острая кишечная непроходимость: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.
5. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

6. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
7. Острая неопухолевая кишечная непроходимость у взрослых [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2016. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.
8. Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2014. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.

Тема 1.15: Диагностика острого перитонита

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике острого перитонита.

Задачи:

- 1) рассмотреть определение, распространенность острого перитонита;
- 2) изучить причины, патогенез, классификацию острого перитонита;
- 3) обучить методам клинико-инструментальной диагностики острого перитонита;
- 4) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- 5) изучить принципы профилактики развития острого перитонита.

Обучающийся должен знать:

- анатомо-физиологические особенности брюшины;
- причины и условия, основные теории возникновения, патогенез острого перитонита;
- принципы классификации острого перитонита;
- основные патологические симптомы и синдромы острого перитонита;
- клинические проявления основных синдромов острого перитонита;
- особенности клинического течения острого аппендицита у лиц разного возраста;
- дифференциальную диагностику острого перитонита;
- лабораторно-инструментальную диагностику острого перитонита;
- особенности оформления медицинской документации при остром перитоните.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при остром перитоните;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы острого перитонита;
- определять функциональные, лабораторные признаки острого перитонита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели при остром перитоните с учетом возрастных особенностей;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- сформулировать клинический диагноз;
- заполнять медицинскую документацию у пациентов с острым аппендицитом в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике острого аппендицита;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов острого перитонита;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению острого перитонита;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- теоретическими и методическими основами профилактики острого перитонита;
- способностью оформлять медицинскую документацию при остром перитоните в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Сущность понятия «острый перитонит».
- 2) Значение острого перитонита в разделе экстренной хирургии.
- 3) Причины и механизмы развития острого перитонита.
- 4) Основные патогенетические процессы, развивающиеся при остром перитоните.
- 5) Современная классификация острого перитонита.
- 6) Основные клинические симптомы острого перитонита.
- 7) Характеристика синдрома системной воспалительной реакции.
- 8) Алгоритм дополнительной диагностики острого перитонита. методы исследования при остром аппендиците.
- 9) Изменения лабораторных показателей и при остром перитоните
- 10) Инструментальные критерии острого перитонита.
- 11) Клинические особенности течения острого перитонита в зависимости от причины и распространенности.
- 12) Основные дифференциальные критерии с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.
- 13) Профилактика развития острого перитонита.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острым перитонитом (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
 - а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
 - б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения острого перитонита;
2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого перитонита, составлению плана диагностических мероприятий.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- 1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.
- 2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.
- 3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.
- 4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.
- 5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.
- б) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лабораторное и инструментальное обследование (перечислить необходимые диагностические мероприятия).

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной В., 28 лет (вес 70 кг, рост 180 см) поступил с жалобами на сильные боли по всему животу, тошноту, вздутие живота, общую слабость, сердцебиение, постоянную жажду.

Болен в течение 36 часов. Накануне утром внезапно появились боли в эпигастрии. Самостоятельно вызывал рвоту, облегчения после которой не отмечал. Врач «Скорой помощи» ввел

больному но-шпу и анальгин, после чего боли в животе несколько уменьшились. Ночью состояние ухудшилось, боли усилились и распространились по всему животу, появилось вздутие живота. Утром был вызван участковый врач, больной направлен в экстренное хирургическое отделение. Ранее заболеваний желудка и кишечника не отмечает. Из перенесенных заболеваний отмечает пневмонию. Травм не было. У отца – язвенная болезнь ДПК. Курит с 18 лет. Работает водителем на междугородних маршрутах.

При объективном обследовании - состояние тяжелое. Температура тела 37,5°C. Язык сухой, обложен белым налетом. Тоны сердца ритмичные. Пульс – 120 ударов в минуту, ритмичный, АД – 90/50 мм.рт.ст. В легких ослабленное везикулярное дыхание в нижних отделах, частота дыханий – 26 в минуту. Живот вздут, в акте дыхания не участвует. При пальпации определяется напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность во всех отделах живота. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Печеночная тупость отсутствует. При аускультации кишечника шумы не выслушиваются. Стул и газы не отходят. Мочеиспускание не нарушено, мочи около 400 мл в сутки.

Контрольные вопросы.

1. Причины развившейся клинической ситуации.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. План дополнительной диагностики.
4. Определите определяющий метод диагностики, ожидаемые результаты при его проведении.
5. Профилактика данного заболевания.

Алгоритм разбора задачи.

- 1) Перфорация гастродуоденальной язвы.
- 2) Язвенная болезнь, впервые выявленная, осложненная перфорацией.

Острый разлитой перитонит с септическим шоком (как вариант - терминальная стадия, декомпенсация (гнойная токсемия, паралитическая кишечная непроходимость, дегидратация тяжелой степени, декомпенсированный метаболический ацидоз).

3) Общий анализ крови и мочи, биохимические параметры крови: общий белок, билирубин, мочевины, креатинин, амилаза, сахар, электролиты (K⁺, Na⁺, Cl⁻), кЩС. Анализ крови на RW. Параметры свертывающей системы (протромбин, МНО, АЧТВ), группа крови, резус-фактор. Обзорная рентгенография органов брюшной полости.

4) Обзорная рентгенография органов брюшной полости – положительный симптом Жобера (наличие свободного газа под куполом диафрагмы).

5) Отказ от курения, своевременное прохождение профилактических медицинских осмотров, режим питания (кратность, сбалансированность), избегание стрессовых ситуаций.

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии:*

Задача №1

Больная В., 38 лет поступила в стационар через 3 суток с момента заболевания. Заболевание началось с появления болей по всему животу, позднее локализовались в правой подвздошной области, За медицинской помощью не обращалась. С течением времени боли уменьшились, носили тупой постоянный характер. Отмечала повышение температуры до 37,6°C. Ухудшение состояния в течение последних 6 часов: боли усилились, распространились по всему животу, стало трудно дышать.

Объективно: состояние тяжелое. В контакт вступает, ориентирована в месте, времени, себе. Беспокойна, часто меняет место положения, стонет от боли. Кожа бледноватая, теплая. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 98/мин, АД – 90/70 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, в акте дыхания не участвует. При пальпации живот напряжен, резко болезненный во всех отделах, где определяется симптом Щеткина-Блюмберга. Печень, желчный пузырь не пальпируются из-за мышечного напряжения. Перкуторно свободного газа, жидкости не определяется. Перистальтика вялая, «шума плеска» не определяется. Температура при поступлении 38,6°C.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Перечислите необходимые дополнительные диагностические мероприятия.

Задача №2.

Больной Ф., 33 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли по всему животу, однократную рвоту желчью, выраженную слабость.

Из анамнеза заболевания выявлено, что в течение 1 недели отмечает появление периодических болей в верхних отделах живота, которые возникали чаще ночью, проходили после приема пищи через 1,5-2 часа. Ухудшение состояния отмечает в течение 12 часов, когда отметила появление резких болей в верхних отделах живота. Подобные явления впервые

Объективно: состояние тяжелое. Не может лечь, стоит на корточках. Кожа бледноватая, теплая. Язык суховат. Дыхание без хрипов, проводится во все отделы с частотой 18 в минуту. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный, АД – 110/80 мм рт. ст. Брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При пальпации живот болезненный во всех отделах, больше по правому флангу. Во всех отделах определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно край печени не определяется. Перистальтика выслушивается.

Контрольные вопросы.

1. Причины возникшей ситуации.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Перечислите основные диагностические мероприятия.
4. Ожидаемые результаты исследований.
5. Профилактика возникшей ситуации.

Задача №3.

Больной У., 32 лет поступил с жалобами на интенсивные боли в животе с иррадиацией в надплечья, усиливающиеся при смене местоположения, дыхании, общую слабость.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение 3 месяцев, когда начали беспокоить периодические боли в верхних отделах живота, там же чувство тяжести. До этого в течение 1 месяца лечился стационарно с диагнозом: острый стерильный панкреонекроз с формированием псевдокисты тела и хвоста поджелудочной железы. Неоднократно осматривался хирургом, выполнялось УЗИ. По данным последнего УЗИ (около 1 месяца назад): псевдокиста в проекции тела и хвоста поджелудочной железы напряжена, размерами 120x100x80 мм общим объемом около 1000 см³, стенка 2 мм. Назначена госпитализация для планового оперативного лечения через 1 месяц. Ухудшение состояния в течение 2 часов, когда после падения на живот появились вышеперечисленные жалобы.

При поступлении состояние тяжелое. Встывает в контакт. Лежит на боку с приведенными к животу ногами. Пониженного питания. Кожные покровы бледные. Язык покрыт белым налетом. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, частота дыхания – 24 в минуту. Пульс – 102 удара в минуту, АД – 90/60 мм рт.ст. Живот симметричный, в акте дыхания не участвует. При пальпации болезненность и ригидность во всех отделах. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга во всех отделах. При перкуссии в отлогих местах притупление. Перистальтика кишечника неравномерная. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул был сутки назад.

Контрольные вопросы.

1. Причины развившейся ситуации.
2. Ваш диагноз.
3. Дополнительные методы обследования
4. Дифференциальная диагностика.

Задача №4.

Больной Ф. 66 лет был доставлен в хирургическое отделение с жалобами на боли по всему животу, многократную рвоту.

В течение 3 лет страдает паховой грыжей справа. Около 12 часов назад после поднятия тяжести возникли резкие боли в области грыжевого выпячивания, грыжа перестала вправляться, появилась рвота. Самостоятельно вправил грыжу, что сопровождалось резкими болями в области грыжи. Спустя 1 час появились боли в животе, рвота повторялась. В течение этого времени боли

нарастали, распространились по всему животу. Доставлен в стационар машиной скорой помощи.

Состояние тяжелое. Кожа бледноватая. Язык сухой, обложен коричневым налетом. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс – 98 ударов в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации болезненный, ригидный во всех отделах, больше в нижних. Симптомы раздражения брюшины положительные. Так же положителен симптом Спигарного. Аускультативно в нижних отделах – определяется «шум плеска». В правой половине мошонки в грыжевом мешке определяется жидкостное образование, расширение наружного пахового кольца до 3 см.

При ректальном пальцевом исследовании ампула прямой кишки пустая, новообразований не пальпируется, нависание передней стенки прямой кишки, исследование болезненное.

Контрольные вопросы

1. Причины возникшей ситуации.
2. Сформулируйте диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Дополнительные методы обследования.
5. Профилактика развившейся ситуации.

Задача №5.

Больная Н., 84 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в животе, вздутие живота, рвоту кишечным содержимым, задержку стула, газов, слабость, недомогание, отсутствие аппетита.

Из анамнеза. 3 года назад в онкодиспансере установлен диагноз рака сигмовидной кишки без выявленных метастазов (выполнена ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия с биопсией, гистологически - высокодифференцированная аденокарцинома). От предложенной операции отказалась. В течение этого времени периодически беспокоят боли в животе, стул бывает после клизмы. Ухудшение состояния в течение суток: боли по всему животу, появилась рвота пищей. В течение последних 6 часов боли приняли интенсивный характер, рвота стала носить каловый характер. Стула не было 3 суток, постановка клизмы эффекта не принесла.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании, контактна, адекватна. Положение вынужденное (сидя согнувшись). Пониженного питания, тургор кожи снижен. Кожа бледная, теплая. Язык суховат. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс – 98 ударов в минуту, ритмичный, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот симметрично подвздут, левая половина отстает в акте дыхания. При пальпации живот болезненный, напряженный в левой половине, в остальных отделах мягкий. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в левых отделах. Печень, желчный пузырь не пальпируются. Пульсация брюшного отдела аорты отчетливая. Перкуторно над всей поверхностью живота определяется тимпанит. Перистальтика неравномерная, определяется «шум плеска» над всей поверхностью живота.

При ректальном исследовании образований в прямой кишке не определяется, передняя стенка нависает, ампула прямой кишки пустая, анальный сфинктер зияет, исследование резко болезненное.

Контрольные вопросы.

1. Причины возникшей ситуации.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Дополнительные методы обследования.
5. Профилактика развившейся ситуации.

Задача №6.

Больной В., 75 лет доставлен в хирургический стационар с выраженным болевым синдромом (боли в животе с иррадиацией в правую половину шеи, ключицу, усиливаются при глубоком дыхании).

Болен в течение суток, когда появились боли в правом подреберье, за медицинской помощью не обращался. Ухудшение состояния в течение последнего часа – боли резко усилились, стали отдавать в правую половину шеи, ключицу, затруднение дыхания. Транспортирован бригадой скорой помощи. Ранее дважды перенес инфаркт миокарда.

Объективно: поведение беспокойное (часто меняет положение из-за болей), контактен, адекватен. Состояние средней степени тяжести, склеры и кожа физиологической окраски. Со стороны

легких патологии не выявлено. Пульс – 86 ударов в минуту, АД – 140/60 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, правая половина ограничено участвует в акте дыхания. При пальпации определяется резкая болезненность и ригидность мышц в правом подреберье, по правому флангу. Печень, желчный пузырь пальпировать не удается из-за выраженного мышечного напряжения. Там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно определяется притупление звука по правому флангу, границы печени не изменены. Перистальтика справа ослаблена, «шума плеска» не определяется.

Симптом поколачивания поясничной области отрицательный.

Контрольные вопросы

1. Причины возникшей ситуации.
 2. Сформулируйте диагноз.
 3. Дифференциальная диагностика.
5. Дополнительные методы обследования.

Задача №7.

Больной Щ. 34 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в животе, больше в верхних отделах, вздутие живота, многократную рвоту, слабость, недомогание, повышение температуры до 37,6°C.

Болен в течение 3-х суток, когда после длительного злоупотребления алкоголем появились умеренные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, многократная рвота, не приносящая облегчения. Самостоятельно принимал баралгин, кеторол с незначительным эффектом. Ухудшение состояния в течение сегодняшнего дня: боли в животе распространились по всему животу, кратковременно терял сознание. Бригадой скорой помощи доставлен в приемное отделение стационара.

При поступлении состояние тяжелое. Контакт доступен, заторможен. Выраженная гиперемия кожи лица, склеры физиологичны. Повышенного питания. Дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, больше слева, хрипов нет, частота дыхания – 20 ударов в минуту. Пульс на периферии слабого наполнения, частота – 100 ударов в минуту, АД – 80/60 мм рт.ст. Живот увеличен за счет выраженной подкожной клетчатки, симметрично вздут, на коже боковых отделов петехиальные кровоизлияния синюшного цвета. При пальпации резкая болезненность и ригидность в верхних отделах живота. В остальных отделах живот болезненный, положительный симптом Щеткина-Блюмберга над всей поверхностью живота. Печень и желчный пузырь из-за выраженного мышечного напряжения пальпировать не удается, по этой же причине не определяется пульсация брюшного отдела аорты. Перкуторно край печени выступает из-под реберной дуги на 1 см, притупление перкуторного звука по боковым каналам. Перистальтика вялая.

Стула не было в течение 4-х суток, мочился мало в течение 2-х суток.

Контрольные вопросы

1. Причины возникшей ситуации.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Дополнительные методы обследования.

Задача №8.

Больной Ф. 43 лет госпитализирован в терапевтический стационар с жалобами на боли в животе, периодические изжоги.

Из анамнеза заболевания. Около 20 лет назад выполнено ушивание перфоративной дуоденальной язвы, после чего был пролечен в терапевтическом отделении. В течение этого времени к терапевту не обращался, профилактически не лечился. Около месяца отмечает появление периодических изжог, болей в верхних отделах живота, которые самостоятельно купировал приемом раствора соды. Ухудшение состояния около 2 часов назад: боли стали интенсивными

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа бледноватая, теплая. Язык суховат. Дыхание без хрипов, проводится во все отделы. Пульс – 72 удара в минуту, ритмичный, АД – 130/80 мм рт. ст. Живот не вздут при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, по правому флангу, там же определяется ригидность мышц при глубокой пальпации. Печень, желчный пузырь не пальпируются. Пульсация брюшного отдела аорты отчетливая. перитонеальных симптомов нет.

Перистальтика равномерная.

У больного заподозрено обострение язвенной болезни, запланировано проведение ФГДС. На следующий день до проведения исследования состояние пациента резко ухудшилось. При повторном осмотре состояние больного тяжелое. В сознании, контактен. Со стороны легких, сердца без динамики. Пульс – 92 удара в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Живот в акте дыхания не участвует, при пальпации определяется выраженное напряжение мышц в эпигастрии, по правому флангу, там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Контрольные вопросы.

1. Причины развившейся ситуации.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Диагностические мероприятия.
4. Профилактика развившегося состоя-

ния.

Задача №9.

Больной Г. 63 лет доставлен в хирургический стационар с жалобами постоянные боли в нижних отделах живота интенсивного характера.

Из анамнеза заболевания. Около 1 года назад установлен диагноз неспецифического язвенного проктосигмоидита. Принимал периодически спазмолитики, курсами месалазин. Ухудшение состояния около 2 часов назад: на фоне полного здоровья развились жалобы вышеуказанного характера.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа бледноватая, теплая. Язык суховат. Дыхание без хрипов, проводится во все отделы. Пульс – 72 удара в минуту, ритмичный, АД – 130/80 мм рт. ст. Живот не вздут при пальпации мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области над лоном, там же определяется ригидность мышц при глубокой пальпации. Печень, желчный пузырь не пальпируются. Пульсация брюшного отдела аорты отчетливая. перитонеальных симптомов нет. Перистальтика равномерная.

Контрольные вопросы.

1. Причины развившейся ситуации.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики.

Задача №10.

Больная В. 54 лет направлен из поликлиники в экстренное хирургическое отделение.

Из анамнеза выявлено, что около 3 недель назад выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита. В послеоперационном периоде длительно лихорадила, вследствие чего получала антибактериальную, противовоспалительную, дезинтоксикационную терапию. После выписки из стационара на протяжении последних 3 суток отмечает появление болей в правом подреберье, усиливающихся при глубоком дыхании, повышение температуры до 38 градусов, сопровождающееся чувством познабливания.

Объективно: состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Кожа физиологической окраски. Язык суховат, чистый. В легких дыхание без хрипов проводится во все отделы с частотой – 16 в минуту. Пульс удовлетворительных качеств, частота – 82 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Визуально мягкие ткани области послеоперационных рубцов без воспалительных изменений. При пальпации определяется локальная болезненность и защитное мышечное напряжение в правом подреберье, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика не усилена. Стул был накануне дважды кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.

Контрольные вопросы.

1. Возможные причины развившейся ситуации.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

- 1) Анатомо-физиологические особенности брюшины.
- 2) Определение острого перитонита.
- 3) Причины, патогенез острого перитонита.
- 4) Современные принципы классификации острого перитонита.
- 5) Особенности жалоб и анамнеза заболевания в диагностике острого перитонита.
- 6) Значение эпонимной симптоматики для установления диагноза.
- 7) Показания к дополнительной диагностике. Лабораторно-инструментальные критерии острого перитонита.
- 8) Показания к инвазивной диагностике, способы выполнения.
- 9) Принципы дифференции патологии внутренних органов с острым перитонитом.
- 10) Профилактика развития острого перитонита.
- 11) Особенности заполнения первичной медицинской документации у пациентов с острым перитонитом.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Окрашенный кровью экссудат в брюшной полости наблюдается при:

- 1 туберкулезном перитоните
- 2 жировом панкреонекрозе
- 3 желудочно-кишечном кровотечении
- 4 перекрученной кисте яичника
- 5 некрозе участка кишки

Вопрос №2

Вторичный перитонит возникает вследствие:

- 1 неизвестных факторов
- 2 острого панкреатита
- 3 ВИЧ-инфекции
- 4 острого аппендицита
- 5 острой кишечной непроходимости

Вопрос №3

По происхождению выделяют следующие разновидности перитонита:

- 1 спонтанный
- 2 первичный
- 3 третичный
- 4 идиопатический
- 5 вторичный

Вопрос №4

Для поздней стадии перитонита характерно:

- 1 вздутие живота
- 2 обезвоживание
- 3 исчезновение кишечных шумов
- 4 полиурия

5 усиленной перистальтики

Вопрос №5

Абсолютными симптомами перфорации полого органа являются:

- 1 притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости
- 2 отсутствие перистальтических шумов
- 3 симптом «серпа»
- 4 положительные симптомы раздражения брюшины
- 5 отсутствие печеночной тупости

Вопрос №6

При первичном перитоните инфицирование брюшины происходит:

- 1 при перфорации язвы желудка
- 2 лимфогенно
- 3 при аднексите
- 4 гематогенным путем
- 5 при ранении кишечника

Вопрос №7

При поддиафрагмальном абсцессе можно ожидать:

- 1 снижения дыхательной экскурсии легких
- 2 высокого стояния купола диафрагмы
- 3 свободного газа под куполом диафрагмы
- 4 содружественного выпота в плевральной полости
- 5 боли, иррадиирующих в область сердца

Вопрос №8

Начальную фазу перитонита характеризуют:

- 1 вздутие живота
- 2 многократная рвота
- 3 резкие электролитные сдвиги
- 4 напряжение мышц брюшной стенки
- 5 тенденция к нарастанию лейкоцитоза

Вопрос №9

Наиболее частыми причинами перитонита являются:

- 1 послеоперационное осложнение
- 2 брюшной тиф
- 3 перфорация гастродуоденальной язвы
- 4 кишечная непроходимость
- 5 перфоративный аппендицит

Вопрос №10

Абсолютными признаками острого перитонита являются:

- 1 лейкоцитоз с левым сдвигом
- 2 высокие показатели СРБ
- 3 симптом Жобера
- 4 гектическая лихорадка
- 5 наличие гнойного выпота при лапароскопии

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	4, 5	2, 4, 5	2, 3, 5	1, 2, 3	3, 5	2, 4	1, 2, 4	4, 5	3, 5	3, 5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзлякин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
5. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
6. Острый перитонит [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2017. Режим доступа: [https:// www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines](https://www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines).

Тема 1.16: Лечение острого перитонита

Цель: способствовать формированию компетенций по определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при остром перитоните.

Задачи:

- 1) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при остром перитоните;
- 2) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению;
- 3) изучить принципы периоперационного периода у пациентов с острым перитонитом.

Обучающийся должен знать:

- характеристику синдрома системной воспалительной реакции, причины и условия ее развития;
- лечебную тактику при различных формах острого перитонита;
- показания к хирургическому лечению, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении острого перитонита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- разработать индивидуальный план маршрутизации в зависимости от вида оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом особенностей острого перитонита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию в периоперационном периоде, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при лечении острого перитонита;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Маршрутизация пациентов с острым перитонитом.
2. Показания и основные направления консервативной терапии острого перитонита.
3. Показания, виды, основные этапы оперативного вмешательства при остром перитоните, принципы предоперационной подготовки.
4. Способы завершения операции.
5. Основные направления послеоперационного лечения.
6. Этапное лечение острого перитонита.
7. Профилактика развития острого перитонита.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острым перитонитом (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
 - а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
 - б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения острого перитонита;
2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого перитонита, составлению плана диагностических мероприятий.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- 1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.
- 2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.
- 3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.
- 4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.
- 5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.
- б) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лабораторное и инструментальное обследование (перечислить необходимые диагностические мероприятия).

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной В., 28 лет (вес 70 кг, рост 180 см) поступил с жалобами на сильные боли по всему животу, тошноту, вздутие живота, общую слабость, сердцебиение, постоянную жажду.

Болен в течение 36 часов. Накануне утром внезапно появились боли в эпигастрии. Самостоятельно вызывал рвоту, облегчения после которой не отмечал. Врач «Скорой помощи» ввел больному но-шпу и анальгин, после чего боли в животе несколько уменьшились. Ночью состояние ухудшилось, боли усилились и распространились по всему животу, появилось вздутие живота. Утром был вызван участковый врач, больной направлен в экстренное хирургическое отделение. Ранее заболеваний желудка и кишечника не отмечает. Из перенесенных заболеваний отмечает пневмонию. Травм не было. У отца – язвенная болезнь ДПК. Курит с 18 лет. Работает водителем на междугородних маршрутах.

При объективном обследовании - состояние тяжелое. Температура тела 37,5°C. Язык сухой, обложен белым налетом. Тоны сердца ритмичные. Пульс – 120 ударов в минуту, ритмичный, АД – 90/50 мм.рт.ст. В легких ослабленное везикулярное дыхание в нижних отделах, частота дыханий – 26 в минуту. Живот вздут, в акте дыхания не участвует. При пальпации определяется напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность во всех отделах живота. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Печеночная тупость отсутствует. При аускультации кишечника шумы не выслушиваются. Стул и газы не отходят. Мочеиспускание не нарушено, мочи около 400 мл в сутки.

Контрольные вопросы.

- 1) Причины развившейся клинической ситуации.
- 2) Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
- 3) План дополнительной диагностики.
- 4) Тактика лечения.
- 5) Профилактика данного заболевания.

Алгоритм разбора задачи.

- 1) Перфорация гастродуоденальной язвы.
- 2) Язвенная болезнь, впервые выявленная, осложненная перфорацией. Острый разлитой перитонит с септическим шоком (как вариант - терминальная стадия, декомпенсация (гнойная токсемия, паралитическая кишечная непроходимость, дегидратация тяжелой степени, декомпенсированный метаболический ацидоз).
- 3) Общий анализ крови и мочи, биохимические параметры крови: общий белок, билирубин, мочевины, креатинин, амилаза, сахар, электролиты (K⁺, Na⁺, Cl⁻), кЩС. Анализ крови на RW. Параметры свертывающей системы (протромбин, МНО, АЧТВ), группа крови, резус-фактор. Обзорная рентгенография органов брюшной полости.
- 4) Оперативное лечение в экстренном порядке. С учетом тяжести течения перитонита планируется ушивание перфорации, санация, дренирование брюшной полости.
- 5) Отказ от курения, своевременное прохождение профилактических медицинских осмотров, режим питания (кратность, сбалансированность), избегание стрессовых ситуаций.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1

Больная В., 38 лет поступила в стационар через 3 суток с момента заболевания. Заболевание началось с появления болей по всему животу, позднее локализовались в правой подвздошной области, за медицинской помощью не обращалась. С течением времени боли уменьшились, носили тупой постоянный характер. Отмечала повышение температуры до 37,6°C. Ухудшение состояния в течение последних 6 часов: боли усилились, распространились по всему животу, стало трудно дышать.

Объективно: состояние тяжелое. В контакт вступает, ориентирована в месте, времени, себе. Беспокойна, часто меняет место положения, стонет от боли. Кожа бледноватая, теплая. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 98/мин, АД – 90/70 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, в акте дыхания не участвует. При пальпации живот напряжен, резко болезненный во всех отделах, где определяется симптом Щеткина-Блюмберга. Печень, желчный пузырь не пальпируются из-за мышечного напряжения. Перкуторно свободного газа, жидкости не определяется. Перистальтика вялая, «шума плеска» не определяется. Температура при поступлении 38,6°C.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Дифференциальная диагностика.
3. Перечислите необходимые дополнительные диагностические мероприятия.
4. Лечебная тактика.

Задача №2.

Больной Ф., 33 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли по всему животу, однократную рвоту желчью, выраженную слабость.

Из анамнеза заболевания выявлено, что в течение 1 недели отмечает появление периодических болей в верхних отделах живота, которые возникали чаще ночью, проходили после приема пищи через 1,5-2 часа. Ухудшение состояния отмечает в течение 12 часов, когда отметила появление резких болей в верхних отделах живота. Подобные явления впервые

Объективно: состояние тяжелое. Не может лечь, стоит на корточках. Кожа бледноватая, теплая. Язык суховат. Дыхание без хрипов, проводится во все отделы с частотой 18 в минуту. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный, АД – 110/80 мм рт. ст. Брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При пальпации живот болезненный во всех отделах, больше по правому флангу. Во всех отделах определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно край печени не определяется. Перистальтика выслушивается.

Контрольные вопросы.

1. Причины возникшей ситуации.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Перечислите основные диагностические мероприятия.
4. Ожидаемые результаты исследований.
5. Лечебная тактика

Задача №3.

Больной У., 32 лет поступил с жалобами на интенсивные боли в животе с иррадиацией в надплечья, усиливающиеся при смене местоположения, дыхании, общую слабость.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение 3 месяцев, когда начали беспокоить периодические боли в верхних отделах живота, там же чувство тяжести. До этого в течение 1 месяца лечился стационарно с диагнозом: острый стерильный панкреонекроз с формированием псевдокисты тела и хвоста поджелудочной железы. Неоднократно осматривался хирургом, выполнялось УЗИ. По данным последнего УЗИ (около 1 месяца назад): псевдокиста в проекции тела и хвоста поджелудочной железы напряжена, размерами 120x100x80 мм общим объемом около 1000 см³, стенка 2 мм. Назначена госпитализация для планового оперативного лечения через 1 месяц. Ухудшение состояния в течение 2 часов, когда после падения на живот появились вышеперечисленные жалобы.

При поступлении состояние тяжелое. Встывает в контакт. Лежит на боку с приведенными к животу ногами. Пониженного питания. Кожные покровы бледные. Язык покрыт белым налетом. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, частота дыхания – 24 в минуту. Пульс – 102 удара в минуту, АД – 90/60 мм рт.ст. Живот симметричный, в акте дыхания не участвует. При пальпации болезненность и ригидность во всех отделах. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга во всех отделах. При перкуссии в отлогих местах притупление. Перистальтика кишечника неравномерная. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул был сутки назад.

Контрольные вопросы.

1. Причины развившейся ситуации.
2. Ваш диагноз.
3. Дополнительные методы обследования
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика

Задача №4.

Больной Ф. 66 лет был доставлен в хирургическое отделение с жалобами на боли по всему животу, многократную рвоту.

В течение 3 лет страдает паховой грыжей справа. Около 12 часов назад после поднятия тяжести возникли резкие боли в области грыжевого выпячивания, грыжа перестала вправляться, появилась рвота. Самостоятельно вправил грыжу, что сопровождалось резкими болями в области

грыжи. Спустя 1 час появились боли в животе, рвота повторялась. В течение этого времени боли нарастали, распространились по всему животу. Доставлен в стационар машиной скорой помощи.

Состояние тяжелое. Кожа бледноватая. Язык сухой, обложен коричневым налетом. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс – 98 ударов в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации болезненный, ригидный во всех отделах, больше в нижних. Симптомы раздражения брюшины положительные. Так же положителен симптом Спигарного. Аускультативно в нижних отделах – определяется «шум плеска». В правой половине мошонки в грыжевом мешке определяется жидкостное образование, расширение наружного пахового кольца до 3 см.

При ректальном пальцевом исследовании ампула прямой кишки пустая, новообразований не пальпируется, нависание передней стенки прямой кишки, исследование болезненное.

Контрольные вопросы

1. Причины возникшей ситуации.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Дополнительные методы обследования.
5. Профилактика развившейся ситуации.
6. Лечебная тактика

Задача №5.

Больная Н., 84 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в животе, вздутие живота, рвоту кишечным содержимым, задержку стула, газов, слабость, недомогание, отсутствие аппетита.

Из анамнеза. 3 года назад в онкодиспансере установлен диагноз рака сигмовидной кишки без выявленных метастазов (выполнена ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия с биопсией, гистологически - высокодифференцированная аденокарцинома). От предложенной операции отказалась. В течение этого времени периодически беспокоят боли в животе, стул бывает после клизмы. Ухудшение состояния в течение суток: боли по всему животу, появилась рвота пищей. В течение последних 6 часов боли приняли интенсивный характер, рвота стала носить каловый характер. Стула не было 3 суток, постановка клизмы эффекта не принесла.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании, контактна, адекватна. Положение вынужденное (сидя согнувшись). Пониженного питания, тургор кожи снижен. Кожа бледная, теплая. Язык суховат. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс – 98 ударов в минуту, ритмичный, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот симметрично подвздут, левая половина отстает в акте дыхания. При пальпации живот болезненный, напряженный в левой половине, в остальных отделах мягкий. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в левых отделах. Печень, желчный пузырь не пальпируются. Пульсация брюшного отдела аорты отчетливая. Перкуторно над всей поверхностью живота определяется тимпанит. Перистальтика неравномерная, определяется «шум плеска» над всей поверхностью живота.

При ректальном исследовании образований в прямой кишке не определяется, передняя стенка нависает, ампула прямой кишки пустая, анальный сфинктер зияет, исследование резко болезненное.

Контрольные вопросы.

1. Причины возникшей ситуации.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Дополнительные методы обследования.
5. Профилактика развившейся ситуации.
6. Лечебная тактика

Задача №6.

Больной В., 75 лет доставлен в хирургический стационар с выраженным болевым синдромом (боли в животе с иррадиацией в правую половину шеи, ключицу, усиливаются при глубоком дыхании).

Болен в течение суток, когда появились боли в правом подреберье, за медицинской помощью не обращался. Ухудшение состояния в течение последнего часа – боли резко усилились, стали отдавать в правую половину шеи, ключицу, затруднение дыхания. Транспортирован бригадой скорой

помощи. Ранее дважды перенес инфаркт миокарда.

Объективно: поведение беспокойное (часто меняет положение из-за болей), контактен, адекватен. Состояние средней степени тяжести, склеры и кожа физиологической окраски. Со стороны легких патологии не выявлено. Пульс – 86 ударов в минуту, АД – 140/60 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, правая половина ограничено участвует в акте дыхания. При пальпации определяется резкая болезненность и ригидность мышц в правом подреберье, по правому флангу. Печень, желчный пузырь пальпировать не удастся из-за выраженного мышечного напряжения. Там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно определяется притупление звука по правому флангу, границы печени не изменены. Перистальтика справа ослаблена, «шума плеска» не определяется.

Симптом поколачивания поясничной области отрицательный.

Контрольные вопросы

1. Причины возникшей ситуации.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Дополнительные методы обследования.
5. Лечебная тактика

Задача №7.

Больной Щ. 34 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в животе, больше в верхних отделах, вздутие живота, многократную рвоту, слабость, недомогание, повышение температуры до 37,6°C.

Болен в течение 3-х суток, когда после длительного злоупотребления алкоголем появились умеренные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, многократная рвота, не приносящая облегчения. Самостоятельно принимал баралгин, кеторол с незначительным эффектом. Ухудшение состояния в течение сегодняшнего дня: боли в животе распространились по всему животу, кратковременно терял сознание. Бригадой скорой помощи доставлен в приемное отделение стационара.

При поступлении состояние тяжелое. Контакт доступен, заторможен. Выраженная гиперемия кожи лица, склеры физиологичны. Повышенного питания. Дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, больше слева, хрипов нет, частота дыхания – 20 ударов в минуту. Пульс на периферии слабого наполнения, частота – 100 ударов в минуту, АД – 80/60 мм рт.ст. Живот увеличен за счет выраженной подкожной клетчатки, симметрично вздут, на коже боковых отделов петехиальные кровоизлияния синюшного цвета. При пальпации резкая болезненность и ригидность в верхних отделах живота. В остальных отделах живот болезненный, положительный симптом Щеткина-Блюмберга над всей поверхностью живота. Печень и желчный пузырь из-за выраженного мышечного напряжения пальпировать не удастся, по этой же причине не определяется пульсация брюшного отдела аорты. Перкуторно край печени выступает из-под реберной дуги на 1 см, притупление перкуторного звука по боковым каналам. Перистальтика вялая. Стула не было в течение 4-х суток, мочился мало в течение 2-х суток.

Контрольные вопросы

1. Причины возникшей ситуации.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Дополнительные методы обследования.
5. Лечебная тактика

Задача №8.

Больной Ф. 43 лет госпитализирован в терапевтический стационар с жалобами на боли в животе, периодические изжоги.

Из анамнеза заболевания. Около 20 лет назад выполнено ушивание перфоративной дуоденальной язвы, после чего был пролечен в терапевтическом отделении. В течение этого времени к терапевту не обращался, профилактически не лечился. Около месяца отмечает появление периодических изжог, болей в верхних отделах живота, которые самостоятельно купировал приемом раствора соды. Ухудшение состояния около 2 часов назад: боли стали интенсивными

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа бледноватая, теплая. Язык суховат. Дыхание без хрипов, проводится во все отделы. Пульс – 72 удара в минуту, ритмичный, АД – 130/80 мм рт. ст. Живот не вздут при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, по правому флангу, там же определяется ригидность мышц при глубокой пальпации. Печень, желчный пузырь не пальпируются. Пульсация брюшного отдела аорты отчетливая. перитонеальных симптомов нет. Перистальтика равномерная.

У больного заподозрено обострение язвенной болезни, запланировано проведение ФГДС. На следующий день до проведения исследования состояние пациента резко ухудшилось. При повторном осмотре состояние больного тяжелое. В сознании, контактен. Со стороны легких, сердца без динамики. Пульс – 92 ударов в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Живот в акте дыхания не участвует, при пальпации определяется выраженное напряжение мышц в эпигастрии, по правому флангу, там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Контрольные вопросы.

1. Причины развившейся ситуации.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Диагностические мероприятия.
4. Профилактика развившегося состояния.
5. Лечебная тактика

Задача №9.

Больной Г. 63 лет доставлен в хирургический стационар с жалобами постоянные боли в нижних отделах живота интенсивного характера.

Из анамнеза заболевания. Около 1 года назад установлен диагноз неспецифического язвенного проктосигмоидита. Принимал периодически спазмолитики, курсами месалазин. Ухудшение состояния около 2 часов назад: на фоне полного здоровья развились жалобы вышеуказанного характера.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа бледноватая, теплая. Язык суховат. Дыхание без хрипов, проводится во все отделы. Пульс – 72 удара в минуту, ритмичный, АД – 130/80 мм рт. ст. Живот не вздут при пальпации мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области над лоном, там же определяется ригидность мышц при глубокой пальпации. Печень, желчный пузырь не пальпируются. Пульсация брюшного отдела аорты отчетливая. перитонеальных симптомов нет. Перистальтика равномерная.

Контрольные вопросы.

1. Причины развившейся ситуации.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики.
4. Лечебная тактика

Задача №10.

Больная В. 54 лет направлен из поликлиники в экстренное хирургическое отделение.

Из анамнеза выявлено, что около 3 недель назад выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита. В послеоперационном периоде длительно лихорадила, вследствие чего получала антибактериальную, противовоспалительную, дезинтоксикационную терапию. После выписки из стационара на протяжении последних 3 суток отмечает появление болей в правом подреберье, усиливающихся при глубоком дыхании, повышение температуры до 38 градусов, сопровождающееся чувством познобливания.

Объективно: состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Кожа физиологической окраски. Язык суховат, чистый. В легких дыхание без хрипов проводится во все отделы с частотой – 16 в минуту. Пульс удовлетворительных качеств, частота – 82 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Визуально мягкие ткани области послеоперационных рубцов без воспалительных изменений. При пальпации определяется локальная болезненность и защитное мышечное напряжение в правом подреберье, где определяется положительный симптом симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика не усилена. Стул был накануне дважды кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.

Контрольные вопросы.

1. Возможные причины развившейся ситуации.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики
4. Лечебная тактика

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Маршрутизация пациентов с острым перитонитом.
2. Показания и основные направления консервативной терапии острого перитонита.
3. Показания, виды, основные этапы оперативного вмешательства при остром перитоните, принципы предоперационной подготовки.
4. Способы завершения операции.
5. Основные направления послеоперационного лечения.
6. Этапное лечение острого перитонита.
7. Профилактика развития острого перитонита.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Окрашенный кровью экссудат в брюшной полости наблюдается при:

- 1 туберкулезном перитоните
- 2 жировом панкреонекрозе
- 3 желудочно-кишечном кровотечении
- 4 перекрученной кисте яичника
- 5 некрозе участка кишки

Вопрос №2

Вторичный перитонит возникает вследствие:

- 1 неизвестных факторов
- 2 острого панкреатита
- 3 ВИЧ-инфекции
- 4 острого аппендицита
- 5 острой кишечной непроходимости

Вопрос №3

По происхождению выделяют следующие разновидности перитонита:

- 1 спонтанный
- 2 первичный
- 3 третичный
- 4 идиопатический
- 5 вторичный

Вопрос №4

Для поздней стадии перитонита характерно:

- 1 вздутие живота
- 2 обезвоживание
- 3 исчезновение кишечных шумов
- 4 полиурия
- 5 усиленной перистальтики

Вопрос №5

Абсолютными симптомами перфорации полого органа являются:

- 1 притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости
- 2 отсутствие перистальтических шумов
- 3 симптом «серпа»
- 4 положительные симптомы раздражения брюшины
- 5 отсутствие печеночной тупости

Вопрос №6

При первичном перитоните инфицирование брюшины происходит:

- 1 при перфорации язвы желудка
- 2 лимфогенно
- 3 при аднексите
- 4 гематогенным путем
- 5 при ранении кишечника

Вопрос №7

При поддиафрагмальном абсцессе можно ожидать:

- 1 снижения дыхательной экскурсии легких
- 2 высокого стояния купола диафрагмы
- 3 свободного газа под куполом диафрагмы
- 4 содружественного выпота в плевральной полости
- 5 боли, иррадиирующих в область сердца

Вопрос №8

Начальную фазу перитонита характеризуют:

- 1 вздутие живота
- 2 многократная рвота
- 3 резкие электролитные сдвиги
- 4 напряжение мышц брюшной стенки
- 5 тенденция к нарастанию лейкоцитоза

Вопрос №9

Наиболее частыми причинами перитонита являются:

- 1 послеоперационное осложнение
- 2 брюшной тиф
- 3 перфорация гастродуоденальной язвы
- 4 кишечная непроходимость
- 5 перфоративный аппендицит

Вопрос №10

Абсолютными признаками острого перитонита являются:

- 1 лейкоцитоз с левым сдвигом
- 2 высокие показатели СРБ
- 3 симптом Жобера
- 4 гектическая лихорадка
- 5 наличие гнойного выпота при лапароскопии

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	4, 5	2, 4, 5	2, 3, 5	1, 2, 3	3, 5	2, 4	1, 2, 4	4, 5	3, 5	3, 5

Рекомендуемая литература:

Основная:

- Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Дополнительная:

- Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
- Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
- Мерзлякин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
- Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
- Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
- Острый перитонит [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2017. Режим доступа: [https:// www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines](https://www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines).

Тема 1.17: Неязвенные кровотечения

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при желудочно-кишечных кровотечениях неязвенной этиологии.

Задачи:

- рассмотреть причины, патогенез, классификацию кровотечений неязвенной этиологии;
- обучить методам клиничко-инструментальной диагностики наиболее часто встречаемых заболеваний органов пищеварительной системы, осложняющихся кровотечениями;
- рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- изучить маршрутизацию, лечебную тактику;
- рассмотреть современные подходы к лечению;
- рассмотреть основные подходы по профилактике неязвенных желудочно-кишечных кровотечений.

Обучающийся должен знать:

- определение, причины, основные теории развития, современную классификацию неязвенных кровотечений из органов пищеварительного тракта;
- основные патологические симптомы, характеризующие наиболее встречаемые заболевания органов пищеварительной системы, осложняющиеся кровотечениями;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику при наиболее частых источниках желудочно-кишечных кровотечений: показания к консервативному лечению, его основные направления, оперативное лечение, показания, виды операций;
- показания и принципы инфузионно-трансфузионной терапии;
- стандарты и протоколы при лечении кровотечений наиболее встречаемых заболеваниях, осложняющихся кровотечениями;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы неязвенных кровотечений из органов пищеварительного тракта;
- определять их функциональные, лабораторные признаки;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом источника желудочно-кишечных кровотечений;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике желудочно-кишечных кровотечений неязвенной природы;
- навыками выявления основных патологических симптомов;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- назначением основных диагностических мероприятий по выявлению желудочно-кишечных кровотечений и их источника;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- теоретическими и методическими основами профилактики неязвенных желудочно-кишечных кровотечений;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Определение и причины развития кровотечений из органов пищеварительного тракта.
- 2) Основные механизмы развития неязвенных желудочно-кишечных кровотечений
- 3) Современная классификация кровотечений неязвенной этиологии.
- 4) Особенности клинической диагностики.
- 5) Алгоритм дополнительной и дифференциальной диагностики желудочно-кишечных кровотечений с учетом причины их развития.
- 6) Хирургическая тактика: показания к консервативной терапии, ее основные направления и применяемые фармакопрепараты; показания к оперативному лечению, основные виды применяемых оперативных вмешательств.
- 7) Показания и принципы инфузионно-трансфузионной терапии
- 8) Клиника, диагностика, лечебная тактика при кровотечениях из острых язв желудочно-кишечного тракта.
- 9) Клиника, диагностика, лечебная тактика при кровотечениях портального генеза.
- 10) Клиника, диагностика, лечебная тактика при синдроме Маллори-Вейсса.
- 11) Клиника, диагностика, лечебная тактика при кровотечениях из новообразований пищеварительного тракта.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

2. Клинический разбор пациента с желудочно-кишечным кровотечением неязвенной этиологии (при наличии).
3. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.

4. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования лечения, показания к оперативному лечению, мероприятия предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на осложненную язвенную болезнь;

2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики, составлению плана диагностических и лечебных мероприятий.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Тестовые задания (выбор комбинации правильных ответов)

Вопрос №1

Показание к экстренной операции при кровоточащей язве:

- 1 продолжающееся кровотечение
- 2 пожилой возраст больного
- 3 большой объем кровопотери
- 4 рецидив кровотечения
- 5 молодой возраст больного

Вопрос №2

Симптоматическими операциями при кровотечении из варикозных вен пищевода являются:

- 1 операция Грегори-Смирнова
- 2 операция Пациоры
- 3 операция Сигаури
- 4 трансъюгулярное интрапеченочное портосистемное шунтирование
- 5 резекция пищевода

Вопрос №3

Применение свежзамороженной плазмы показано в случаях:

- 1 кровотечений 4 степени тяжести
- 2 любого кровотечения
- 3 ДВС-синдрома
- 4 гипопротеинемии
- 5 кровотечений на фоне приема непрямых антикоагулянтов

Вопрос №4

При гастроскопии для остановки кровотечения из острой язвы не используют:

- 1 прошивание язвы
- 2 лазерную фотокоагуляцию
- 3 нанесение клея
- 4 электрокоагуляцию
- 5 инфильтрацию окружающих тканей масляным раствором

Вопрос №5

Острые язвы ЖКТ могут возникать вследствие:

- 1 длительного приема НПВС
- 2 сухоедения
- 3 хеликобактериоза
- 4 ожоговой болезни
- 5 сепсиса

Вопрос №6

Лечение острой кровопотери в начальных этапах начинают с переливания:

- 1 эритромаcсы
- 2 донорской крови
- 3 кристаллоидных растворов
- 4 коллоидных растворов
- 5 свежзамороженной плазмы

Вопрос №7

Признаками желудочного кровотечения являются:

- 1 мелена
- 2 симптом мышечной защиты
- 3 рвота желудочным содержимым цвета «кофейной гущи»
- 4 наличие свободного газа в брюшной полости
- 5 коллапс

Вопрос №8

Для диагностики кровоточащей язвы желудка проводят:

- 1 анализ кала на скрытую кровь
- 2 контрастную рентгеноскопию желудка
- 3 зондирование желудка
- 4 фиброгастроскопию
- 5 определение общего белка

Вопрос №9

Принципами лечения кровотечений из варикозных вен пищевода являются:

- 1 снижение давления в портальной системе
- 2 использование зонда Блекмора
- 3 экстренная операция
- 4 гемостатическая терапия
- 5 применение непрямых антикоагулянтов

Вопрос №10

Для медикаментозного снижения давления в портальной системе используется:

- 1 вазопрессин
- 2 октреотид
- 3 терлипрессин
- 4 папаверин
- 5 дибазол

Вопрос №11

Ведущими факторами в патогенезе кровотечений из варикозных вен пищевода являются:

- 1 портальный криз

- 2 пептический фактор
- 3 инфекция
- 4 нарушения в свертывающей системе крови
- 5 гиповолемия

Вопрос №12

К симптомам портальной гипертензии относятся:

- 1 варикозное расширение вен пищевода
- 2 варикозное расширение вен нижних конечностей
- 3 асцит
- 4 спленомегалия
- 5 внешние признаки кровотечения

Вопрос №13

Прямыми признаками кровотечения являются:

- 1 рвота неизменной кровью
- 2 головокружение
- 3 шум в ушах
- 4 мелена
- 5 рвота «кофейной гущей»

Вопрос №14

Синдром Маллори-Вейсса характеризуется:

- 1 разрывом слизистой пищевода
- 2 разрывом слизистой кардиального отдела желудка
- 3 разрывом слизистой антрального отдела желудка
- 4 рвотой с кровью
- 5 положительной реакцией Грегерсена

Вопрос №15

В диагностике желудочно-кишечных кровотечений используют определение:

- 1 гемоглобина
- 2 эритроцитов
- 3 билирубина
- 4 трансаминаз
- 5 скрытой крови в кале

2. Тестовые задания 2 уровня (установка соответствия и определение последовательности действий)

Вопрос №1

При подозрении на желудочное кровотечение порядок диагностических мероприятий предусматривает:

- 1 ФГДС
- 2 физикальное обследование
- 3 общий анализ крови
- 4 сбор жалоб, анамнеза
- 5 пальцевое исследование прямой кишки, взятие каловых масс на скрытую кровь

Вопрос №2

Определите первоочередные диагностические процедуры при различных проявлениях желудочно-кишечных кровотечений:

- | | | | |
|---|--|-----|--|
| 1 | рвота типа "кофейной гущи", мелена | [1] | фиброгастродуоденоскопия, видеокапсульная эндоскопия |
| 2 | примесь крови, располагающихся поверх каловых масс | [2] | фиброколоноскопия |
| 3 | примесь крови в каловых массах | [3] | фиброгастродуоденоскопия |

Вопрос №3

Определите очередность диагностических мероприятий при подозрении на толстокишечное кровотечение

- 1 ирригоскопия
- 2 ректороманоскопия
- 3 фиброколоноскопия
- 4 пальцевое ректальное исследование прямой кишки

Вопрос №4

Установите соответствие лекарственных препаратов, используемых для лечения желудочных кровотечений, фармакологическим группам:

- | | | | |
|---|-------------|-----|---|
| 1 | омепразол | [1] | ингибиторы протонной помпы |
| 2 | ранитидин | [2] | блокаторы H ₂ -гистаминовых рецепторов |
| 3 | эзомепразол | | |
| 4 | пантопразол | | |
| 5 | фамотидин | | |
| 6 | циметидин | | |

Вопрос №5

Распределите препараты, используемые для лечения кровотечений из варикозно расширенных вен, по воздействию на сосуд:

- | | | | |
|---|---------------|-----|-----------------|
| 1 | нитроглицерин | [1] | вазоконстрикция |
| 2 | терлипрессин | [2] | вазодилатация |
| 3 | октреотид | | |

Тестовые задания 3 уровня

Пациент К. 48 лет при вызове бригады скорой медицинской помощи предъявляет жалобы на рвоту алой кровью, чувство сердцебиения.

Из анамнеза выяснено, что заболевание началось около 1 часа назад с трехкратно возникшей рвоты желудочным содержимым, после чего однократно была рвота с прожилками алой крови в небольшом объеме. Тогда же появилось чувство сердцебиения.

Физикальное обследование. В сознании, полностью ориентирован. Кожные покровы физиологической окраски. Со стороны органов дыхательной системы отклонений не выявлено. Пульс - 58 ударов в минуту, ритм правильный. АД - 120/70 мм рт. ст. При обследовании органов брюшной полости патологической симптоматики не определено.

Стул был накануне вечером, каловые массы коричневого цвета. Диурез со слов не изменен.

Вопрос №1

Ваш предположительный диагноз:

- 1 легочное кровотечение
- 2 варикозно-расширенные вены пищевода, кровотечение

3 синдром Маллори-Вейсса, кровотечение

4 внутренний геморрой, кровотечение

Вопрос №2

Дальнейшие действия врача скорой медицинской помощи предусматривают:

1 назначение лекарственной терапии, повторный вызов бригады СМП на следующий день

2 назначение лекарственной терапии, вызов участкового терапевта на дом на следующий день

3 медицинская эвакуация в терапевтический стационар в экстренном порядке

4 медицинская эвакуация в хирургический стационар в экстренном порядке

Вопрос №3

Определите лечебную тактику при данной патологии:

1 консервативное лечение

2 оперативное лечение в экстренном порядке

3 эндоскопический гемостаз, консервативное лечение

4 эндоскопический гемостаз, оперативное лечение

Вопрос №4

Консервативное лечение предусматривает назначение:

1 инфузионной терапии, ингибиторов протонной помпы, гемостатических препаратов

2 инфузионной терапии, ингибиторов протонной помпы, гемостатических препаратов, блокаторов дофаминовых рецепторов, трансфузию свежезамороженной плазмы

3 инфузионной терапии, ингибиторов протонной помпы, гемостатических препаратов, блокаторов дофаминовых рецепторов

4 инфузионной терапии, ингибиторов протонной помпы, гемостатических препаратов, блокаторов дофаминовых рецепторов, трансфузию эритроцитной массы

Ответы к тестовым заданиям

Ответы к тестовым заданиям репродуктивного уровня

№ вопроса															
Правильный вариант ответа	1, 4	2, 3	1, 3, 5	1, 5	1, 4, 5	3, 4	1, 3, 5	1, 3, 4	1, 2, 4	1, 2, 3	1, 4, 5	1, 3, 4	1, 4, 5	2, 4, 5	1, 2, 5

Ответы к тестовым заданиям 2 уровня

№ вопроса	Правильный вариант ответа						
1	4, 2, 5, 3, 1						
2	1 - 3		2 - 2		3 - 1		
3	4, 2, 1, 3						
4	1 - 1		2 - 2	3 - 1	4 - 1	5 - 2	6 - 2
5	1 - 2		2 - 1		3 - 1		

Ответы к тестовым заданиям 3 уровня

№ вопроса	1	2	3	4	5
Правильный	1, 4	2, 3	1, 3, 5	1, 5	1, 4, 5

вариант от- вета					
---------------------	--	--	--	--	--

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзлякин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С., Коршунова Т.П., Касаткин Е.Н. Кровотечения неязвенной этиологии из верхних отделов пищеварительного тракта: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.
5. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
6. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
7. Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2014. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.
8. Язвенные гастродуоденальные кровотечения [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2014. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>.

Тема 1.18: Травма живота

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при травме живота.

Задачи:

- 1) изучить понятие, общие механизмы травмы живота;
- 2) рассмотреть подходы к классификации травмы живота;
- 3) обучить распознаванию общих клинических признаков повреждения внутренних органов;
- 4) рассмотреть основные методы клинико-инструментальной диагностики, используемые при повреждениях мягких тканей передней брюшной стенки и органов брюшной полости;
- 5) изучить подходы к проведению дифференциальной диагностики;
- 6) рассмотреть общие вопросы маршрутизации и принципы оказания медицинской помощи при травме живота;
- 7) изучить основные виды оперативных вмешательств при повреждении внутренних органов;
- 8) рассмотреть принципы ведения послеоперационного периода и профилактики травматизма.

Обучающийся должен знать:

- принципы классификации травмы живота;
- основные патологические симптомы и синдромы, характеризующие повреждения мягких тканей передней брюшной стенки и органов брюшной полости;
- клинические проявления основных симптомов травмы живота;
- особенности клинического течения повреждений полых и паренхиматозных органов;

- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику;
- виды и этапы операций при травме живота;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации при травме живота.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при травме живота;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы, характеризующие повреждения мягких тканей передней брюшной стенки и органов брюшной полости;
- определять функциональные, лабораторные признаки повреждения полых и паренхиматозных органов;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом повреждения внутренних органов;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с травмой живота, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при травме живота;
- навыками выявления основных патологических симптомов, характеризующих травму живота;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению повреждений мягких тканей брюшной стенки и органов брюшной полости;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения больных;
- теоретическими и методическими основами профилактики травматизма;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Определение «травма живота».
- 2) Частота, механизмы, основные звенья патогенеза травмы живота.
- 3) Классификация травмы живота.
- 4) Понятие «травматический шок».
- 5) Классификация, основные звенья патогенеза травматического шока.
- 6) Особенности клинической симптоматики в зависимости от механизма и повреждения внутренних органов.
- 7) Основные подходы к лабораторно-инструментальной диагностике травмы живота.
- 8) Основные дифференциальные критерии повреждений.
- 9) Маршрутизация пациентов с травмой живота.
- 10) Показания и основные направления консервативной терапии травмы живота.
- 11) Показания, виды, основные этапы оперативного вмешательства при травме живота, принципы предоперационной подготовки.

12) Профилактика травматизма.

2. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

- а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
- б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения травмы живота.

2. Отработка практических навыков по определению симптоматики повреждения мягких тканей брюшной стенки и органов брюшной полости, составлению плана диагностических мероприятий, маршрутизации, выбора лечебной тактики.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной В., 28 лет поступил с жалобами на сильные боли по всему животу, тошноту, общую слабость, сердцебиение, постоянную жажду.

Доставлен бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии. 1 час на улице неизвестным ножом было нанесено ранение живота.

Состояние тяжелое. Температура тела 37,5°C. Кожа теплая, бледноватая. Язык сухой, обложен белым налетом. Тоны сердца ритмичные. Пульс – 100 ударов в минуту, ритмичный, АД – 90/60 мм.рт.ст. В легких ослабленное везикулярное дыхание в нижних отделах, частота дыхания – 26 в минуту. Живот вздут, в акте дыхания не участвует. На коже передней брюшной стенки в околопупочной области имеется рана размерами 3x0,5см, из которой поступает тонкокишечное содержимое. При пальпации определяется напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность во всех отделах живота. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный во всех отделах. Печеночная тупость отсутствует. При аускультации перистальтика ослаблена.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости определяется свободный газ под куполом диафрагмы.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Необходимые методы обследования.
3. Обоснуйте лечебную тактику.
4. Планируемый объем оперативного вмешательства.

Алгоритм разбора задачи.

1) Проникающее ножевое ранение брюшной полости с повреждением тонкой кишки, распространенный перитонит, реактивная стадия.

2) Общий анализ крови и мочи, биохимические параметры крови: общий белок, билирубин, мочевины, креатинин, амилаза, сахар, электролиты (K⁺, Na⁺, Cl⁻), кЩС. Параметры свертывающей системы (протромбин, МНО, АЧТВ), группа крови, резус-фактор.

3) Больному после кратковременного проведения противошоковых

мероприятий (инфузионная подготовка) показано экстренное оперативное вмешательство, поскольку имеются явно достоверные признаки проникающего повреждения брюшной полости (наличие раны брюшной стенки, выделение тонкокишечного содержимого через раневой канал), признаки перитонита.

4) С учетом небольшого промежутка времени с момента получения травмы и характера ранения планируется ушивание дефекта тонкой кишки после выполнения лапаротомии. В дальнейшем необходимо тщательно санировать и дренировать брюшную полость. Окончательный объем вмешательства определится после выполнения лапаротомии.

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии:*

Задача № 1.

Больной А., 24 года при сбрасывании снега с крыши дома упал на забор. Основной удар пришелся на левое подреберье. Спустя 45 минут был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в хирургический стационар с жалобами на постоянные тупые боли в животе без четкой локализации.

При осмотре: состояние крайне тяжелое, поведение пассивное, положение в постели произвольное, положительный симптом Биллиса-Грайгсби. Сознание сохранено. Пострадавший стонет, часто зевает, периодически закрывает глаза и закатывает глазные яблоки. Кожные покровы и слизистые оболочки резко бледные. Язык подсушен, обложен. Пульс – 140 уд/мин., слабого наполнения. АД – 70/40 мм.рт.ст. Живот симметричный, положительный симптом Гейнеке-Лежара. Брюшная стенка слабо участвует в акте дыхания, при пальпации положительный симптом Куленкампа. По левому флангу живота слабо выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки. В месте удара положительный симптом Питса-Бэлленса и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика вялая.

При пальцевом ректальном исследовании – незначительная болезненность и нависание передней стенки прямой кишки.

В общем анализе крови: эритроцитов – $2,1 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 72 г/л, гематокрит – 30%, лейкоцитов – $11 \times 10^9/л$. Общий анализ мочи произвести не удалось в виду малого количества.

Контрольные вопросы.

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Определите разновидность и степень шока.
4. Лечебная тактика.
5. Рассчитайте объем инфузионной терапии в рамках противошоковых мероприятий.

Задача № 2

Больной Б., 32 года в уличной драке получил ножевое ранение в область эпигастрия. Транспортирован бригадой скорой помощи в ближайшее хирургическое отделение через 5 часов после полученной травмы с жалобами на постоянные разлитые резкие боли в животе.

При поступлении: состояние тяжелое, поведение пассивное. Черты лица заострены, взгляд потухший, глаза запавшие. Вынужденное положение на боку, с приведенными к животу ногами, положительный симптом Розанова. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки умеренно бледные. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс - 120 ударов в минуту, АД – 80/50 мм.рт.ст. Живот уплощен. На передней брюшной стенке, на 6 см выше пупка, резанная рана 4x0,5 см, значительно кровотокающая. Брюшная стенка в акте дыхания не участвует, напряжена. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перистальтика не выслушивается, газы не отходят, положительные симптомы Склярова и Спасокукоцкого.

При пальцевом ректальном исследовании – болезненность и нависание передней стенки прямой кишки.

В общем анализе крови: эритроцитов - $5,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 136 г/л, гематокрит 56%, лейкоцитов – $16 \times 10^9/л$

Контрольные вопросы.

1. Выделите ведущие синдромы.

2. Ваш предположительный диагноз.
3. Определите разновидность и степень шока.
4. Лечебная тактика.
5. Основные этапы оперативного вмешательства.

Задача № 3.

Больной Н., 39 лет, доставлен в ЦРБ ночью бригадой скорой помощи через 45 мин. после автомобильной катастрофы. Управлял машиной в нетрезвом состоянии. При оказании первой помощи на месте введены наркотики.

Состояние тяжелое, сознание отсутствует. Выявлены обширная гематома и подвижность в средней трети правого бедра, множественные раны лица и конечностей. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки умеренно бледные. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс – 92 удара в минуту, АД – 70/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, не вздут. При пальпации живота больной стонет.

Проведен комплекс противошоковых мероприятий.

При рентгенографии правого бедра выявлен закрытый перелом средней трети бедра со смещением под углом. Наложено скелетное вытяжение.

Выполнен лапароцентез. При аспирации из брюшной полости получена кровь с примесью каловых масс.

Произведена срочная операция. В брюшной полости обнаружены до 2 л крови, каловые массы.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите диагностические мероприятия, предшествующие лапароцентезу.
3. Дальнейшая хирургическая тактика.
4. Принципы послеоперационного ведения больного.

Задача № 4.

Больной В., 44 лет, в состоянии алкогольного опьянения сбит автомашиной. Спустя 45 минут после травмы был доставлен в приемное отделение хирургического стационара. Жалуется на жажду, сухость во рту.

При поступлении состояние тяжелое, поведение пассивное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Язык подсушен, обложен белым налетом. Пульс – 100 ударов в минуту, слабого наполнения. АД – 100/60 мм.рт.ст. На коже передней брюшной стенки множественные гематомы и ссадины. Живот вздут. При пальпации брюшной стенки определяется слабо выраженное мышечное напряжение и болезненность только в области гематом и ссадин около пупка и в эпигастрии, там же - положительный симптом Джойса. Печеночная тупость сохранена. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика не выслушивается, газы отходили.

При ректальном исследовании отмечены болезненность и нависание передней стенки прямой кишки.

В общем анализе крови: эритроцитов – $3,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 80 г/л, гематокрит – 35%, лейкоцитов – $14 \times 10^9/л$.

Во время лапароцентеза аспирирована кровь со сгустками, проба Рувилуа-Грегуара положительная.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Перечислите диагностические мероприятия, предшествующие лапароцентезу.
3. О чем свидетельствует положительная проба Рувилуа-Грегуара.
4. Дальнейшая хирургическая тактика.

Задача № 5.

Больной Д., 15 лет поступил в клинику через 1,5 часа после падения с 15-метрового трамплина. При поступлении больной в сознании, жалобы на боли в животе без определенной локализации.

Состояние средней степени тяжести, положение в постели произвольное. Бледен. Язык подсушен, чистый. Пульс – 96 ударов в минуту. АД – 110/90 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметричен. Брюшная стенка участвует в акте дыхания. При пальпации левого подреберья положительный

симптом Вейнера. Напряжения мышц брюшного пресса нет. Симптом Щеткина-Блюмберга – сомнительный. Притупления перкуторного звука в отлогих местах не определяется, печеночная тупость сохранена.

При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости патологических изменений не обнаружено.

В общем анализе крови: эритроцитов – $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 129 г/л, гематокрит – 39%, лейкоцитов – $13,7 \times 10^9/л$. В анализе мочи изменений нет.

Через час после поступления боли в животе усилились, локализовались в эпигастрии и левом подреберье. Состояние ухудшилось, появился холодный пот, головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами. Пульс – 120 уд/мин, АД – 80/50 мм.рт.ст. Метеоризм, слабopоложительный симптом Щеткина-Блюмберга. PR – симптом Куленкампа.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Механизм травмы.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Дальнейшая тактика ведения больного.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

- 1) Определение понятия «травмы живота».
- 2) Механизмы травмы органов брюшной полости.
- 3) Классификация абдоминальных травм.
- 4) Общие патофизиологические реакции в ответ на повреждение внутренних органов.
- 5) Клиническая диагностика травмы живота.
- 6) Дополнительные методы диагностики абдоминальной травмы.
- 7) Инвазивная диагностика, показания и техника выполнения.
- 8) Хирургическая тактика при абдоминальной травме.
- 9) Неотложная помощь при травме живота. Принципы предоперационной подготовки больного.
- 10) Этапы операции при травме живота.
- 11) Профилактика травматизма.
- 12) Лечебно-диагностическая тактика в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи.
- 13) Маршрутизация пациентов с подозрением на повреждение органов брюшной полости.
- 14) Особенности заполнения первичной медицинской документации.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

При подозрении на повреждение органов брюшной полости используют правило Лежара, которое предусматривает динамическую оценку в течение ближайшего часа следующих параметров:

- 1 нарастание боли
- 2 учащение пульса
- 3 повышение температуры
- 4 стихание боли
- 5 симптомы раздражения брюшины

Вопрос №2

Перечислите виды травм паренхиматозных органов брюшной полости:

- 1 ушиб
- 2 подкапсульный разрыв

- 3 вывих
- 4 разможнение
- 5 отрыв органа

Вопрос №3

Абсолютно достоверными симптомами проникающей травмы живота являются:

- 1 выпадение органов через рану
- 2 перитонеальные симптомы
- 3 истечение секретов в рану
- 4 повреждение брюшины, выявленное при первичной хирургической обработке раны
- 5 признаки травматического шока

Вопрос №4

При тупых травмах живота лапаротомия может быть предпринята в случаях:

- 1 точной диагностики повреждения органов брюшной полости
- 2 при резком ухудшении состояния пациента на фоне консервативного лечения
- 3 при нарастании температуры
- 4 при невозможности снять подозрение на повреждение внутренних органов при использовании доступных методов диагностики
- 5 появления признаков перитонита

Вопрос №5

Достоверными симптомами разрыва полого органа являются:

- 1 резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- 2 субфебрилитет
- 3 симптом Спигарного
- 4 резкая бледность кожных покровов
- 5 интенсивные боли в животе, усиливающиеся при движении

Вопрос №6

Консервативному лечению подлежат следующие виды травм:

- 1 двухмоментный разрыв селезенки
- 2 закрытая травма живота, не сопровождающаяся признаками внутрибрюшного кровотечения
- 3 ушиб передней брюшной стенки
- 4 проникающие ранения передней брюшной стенки

Вопрос №7

Лечение острой кровопотери на начальных этапах начинают с переливания:

- 1 эритроцитарной массы
- 2 кристаллоидных растворов
- 3 донорской крови
- 4 коллоидных растворов
- 5 свежзамороженной плазмы

Вопрос №8

Среди механизмов абдоминальной травмы выделяют:

- 1 прямое ранение
- 2 ушиб
- 3 не прямое воздействие

- 4 повреждение в месте воздействия травмирующего агента
- 5 гидродинамический удар

Вопрос №9

Перечислите основные признаки травмы органов брюшной полости:

- 1 внутрибрюшного кровотечения
- 2 симптомы перитонита
- 3 болевой синдром
- 4 явления абдоминального травматического шока
- 5 ушиб передней брюшной стенки

Вопрос №10

Факторами абдоминального травматического шока являются:

- 1 боль, превалирующая по интенсивности над возможностями организма
- 2 бактериальная интоксикация
- 3 механическое повреждение
- 4 эндогенная интоксикация
- 5 массивная кровопотеря

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	1, 2, 5	2, 4, 5	1, 3, 4, 5	1, 4, 5	1, 3, 5	2, 3	2, 4	4, 5	1, 2, 4	1, 3, 5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Мерзлякин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
3. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
4. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
5. Котельников Г.П., Миронов С.П. Травматология [Электронный ресурс]: национальное руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.

Тема 1.19: Основы оперативной техники

Цель: способствовать формированию компетенций по оказанию первичной медико-санитарной помощи при хирургической патологии ургентного характера.

Задачи:

- 1) рассмотреть уровневую систему организации хирургической помощи;

- 2) изучить роль врача первичного звена при оказании хирургической помощи;
- 3) рассмотреть основы выполнения малых хирургических вмешательств диагностического и лечебного плана.

Обучающийся должен знать:

- основы медицинской деонтологии при работе с коллегами, пациентами;
- организацию хирургической помощи в городе и на селе;
- задачи и объем амбулаторной хирургии;
- основные диагностические и лечебные мероприятия при неотложных и угрожающих жизни заболеваниях органов пищеварительной системы;
- маршрутизацию и принципы медицинской эвакуации при жизнеугрожающих хирургических заболеваниях;
- правила оформления медицинской документации при оказании первичной хирургической помощи.

Обучающийся должен уметь:

- соблюдать правила врачебной этики и деонтологии, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну;
- выделять основные клинические синдромы;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели жизнедеятельности здорового и больного организма;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений).

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности;
- методикой последовательного сбора анамнеза, общего осмотра пациента;
- алгоритмом постановки предварительного диагноза;
- алгоритмом маршрутизации при заболеваниях хирургического профиля;
- навыками оказания неотложной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях при жизнеугрожающих заболеваниях хирургического профиля.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Принципы, виды, этапы оказания хирургической помощи.
- 2) Неотложные хирургические манипуляции.
- 3) Наложение и снятие швов: показания, техника.
- 4) Хирургическая обработка ран, основные принципы, виды швов.
- 5) Временные способы остановки наружных кровотечений.
- 6) Виды и способы дренирования гнойных ран.
- 7) Хирургическая операция (понятие, виды, этапы). Послеоперационные осложнения, методы профилактики.
- 8) Характеристика основных синдромов при экстренной и неотложной хирургической патологии.
- 9) Методы объективной оценки местного статуса у хирургического больного.
- 10) Особенности дополнительной диагностики при urgentных заболеваниях органов брюшной полости.
- 11) Принципы лечебной тактики при экстренных и неотложных заболеваниях хирургического профиля.
- 12) Основы ведения периоперационного периода.
- 13) Правила оформления медицинской документации в хирургическом стационаре.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
2. Рассмотрение основных разделов карты амбулаторного больного, правил ее заполнения.
3. Знакомство с медицинскими информационными системами.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

- 1) Организация оказания медицинской помощи населению по профилю «хирургия».
- 2) Роль врача-лечебника в оказании хирургической помощи населению.
- 3) Маршрутизация хирургических пациентов, показания к госпитализации, медицинская эвакуация.
- 4) Этические и деонтологические особенности лечебно-диагностического процесса при экстренных и неотложных заболеваниях.
- 5) Нормативная база хирургической службы.
- 6) Общая синдромология заболеваний жизнеугрожающих хирургических заболеваний.
- 7) Методы и последовательность дополнительных исследований в условиях поликлиники.
- 8) Первичная, учетно-отчетная документация при оказании хирургической помощи в условиях поликлиники.
- 9) Обязанности врача-хирурга поликлиники.
- 10) Объем экстренных хирургических вмешательств в поликлинических условиях.
- 11) Объем плановых хирургических вмешательств в поликлинических условиях.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Завязывание узлов при лапароскопических вмешательствах производят:

- 1 экстракорпоральным способом
- 2 мезокорпоральным способом
- 3 интракорпоральным способом
- 4 перикорпоральным способом
- 5 ультракорпоральным способом

Вопрос №2

К преимуществам видеолaparоскопических вмешательств относятся:

- 1 исключение предоперационной подготовки
- 2 уменьшение объема оперативного вмешательства
- 3 уменьшение оперативного доступа
- 4 сокращение кровопотери
- 5 отказ от общего обезболивания

Вопрос №3

Лапароскопическими признаками острого панкреатита являются:

- 1 наличие мутного выпота в брюшной полости
- 2 наличие стеатонекрозов на висцеральной брюшине
- 3 выбухание желудочно-ободочной связки
- 4 стекловидный отек гепатодуоденальной связки
- 5 очаги некроза в забрюшинной клетчатке

Вопрос №4

К лапароскопическим вмешательствам относятся:

- 1 электроэксцизия полипа желудка
- 2 лапароскопическая аппендэктомия
- 3 холецистэктомия из минилапаротомного доступа
- 4 эндоскопическая папиллосфинктеротомия
- 5 диагностическая лапароскопия

Вопрос №5

О карбокисперитонеуме во время лапароскопии свидетельствуют:

- 1 равномерный подъем передней брюшной стенки
- 2 неравномерный подъем передней брюшной стенки
- 3 крепитация подкожной клетчатки передней брюшной стенки в области троакара
- 4 исчезновение печеночной тупости
- 5 притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5
Правильный вариант ответа	1, 3	3, 4	2, 3, 4	2, 5	1, 4

Рекомендуемая литература:

Основная:

3. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, 2014, М: ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
5. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов мед. вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

Раздел 2: Урология

Тема 2.1: Семиотика, диагностика урологических заболеваний

Цель: способствовать формированию компетенций по разработке и реализации лечебно-диагностической тактики при заболеваниях урологического профиля.

Задачи:

- 1) изучить структуру оказания медицинской помощи по профилю «урология»;
- 2) ознакомить с основной нормативной документацией, регламентирующей урологическую деятельность;
- 3) рассмотреть роль врача первичного звена при оказании медицинской помощи по профилю «урология»;
- 4) изучить этико-деонтологические особенности лечебно-диагностического процесса при оказании урологической помощи;
- 5) рассмотреть особенности клинико-инструментальной диагностики урологических заболеваний;
- 6) изучить тактику при подозрении на урологическую патологию.

Обучающийся должен знать:

- организацию медицинской помощи по профилю «урология»;
- основы медицинской деонтологии при работе с коллегами, пациентами;
- основные диагностические мероприятия по выявлению заболеваний органов мочевыделительной системы;
- маршрутизацию урологических пациентов;

- правила оформления и схему написания истории болезни.

Обучающийся должен уметь:

- соблюдать морально-правовые нормы;
- соблюдать правила врачебной этики и деонтологии, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну;
- выделять основные клинические синдромы;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели жизнедеятельности здорового и больного организма;
- осуществлять маршрутизацию урологических пациентов;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений).

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности;
- методикой последовательного сбора анамнеза, общего осмотра пациента;
- навыками последовательного назначения лабораторно-инструментальных исследований;
- методикой анализа клинических симптомов и синдромов, результатов лабораторных и инструментальных исследований;
- алгоритмом постановки предварительного диагноза.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Значение урологии в современной медицине.
- 2) Организация урологической службы.
- 3) Особенности диагностического процесса при урологической патологии.
- 4) Характеристика основных синдромов при заболеваниях органов мочевыделительной и половой систем.
- 5) Методы объективной оценки местного статуса у урологического больного.
- 6) Особенности дополнительной диагностики при заболеваниях урологического профиля.
- 7) Принципы лечебной тактики при патологии мочеполовой системы.
- 8) Основы ведения периоперационного периода.
- 9) Правила оформления медицинской документации в урологическом стационаре.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

3. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
4. Рассмотрение основных разделов клинической истории болезни, правил ее заполнения.
5. Знакомство с медицинскими информационными системами.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации.
2. Отработка практических навыков по определению симптоматики повреждения мягких тканей брюшной стенки и органов брюшной полости, составлению плана диагностических мероприятий, маршрутизации, выбора лечебной тактики.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.
2. Ответить на вопросы для самоконтроля:
 - 1) Организация оказания медицинской помощи населению по профилю «урология».
 - 2) Роль врача-лечебника в оказании урологической помощи населению.
 - 3) Маршрутизация урологических пациентов, показания к госпитализации, медицинская эвакуация.
 - 4) Этические и деонтологические особенности лечебно-диагностического процесса при экстренных и неотложных заболеваниях.
 - 5) Нормативная база урологической службы.
 - 6) Общая синдромология заболеваний органов мочевыделительной системы.

- 7) Методы и последовательность дополнительных исследований в урологической клинике.
- 8) Подходы к лечению заболеваний урологического профиля, основы ведения периоперационного периода.
- 9) Медицинская документация в урологическом стационаре: основные формы, правила оформления.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1.

Дизурия - это

- 1) частое мочеиспускание
- 2) частое, болезненное мочеиспускание
- 3) затрудненное мочеиспускание
- 4) болезненное мочеиспускание

Вопрос №2.

Дизурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- 1) камня мочеточника
- 2) опухоли мочевого пузыря
- 3) камня мочевого пузыря
- 4) цистита
- 5) орхит

Вопрос №3.

Странгурия - это

- 1) затрудненное мочеиспускание по каплям
- 2) мочеиспускание, сопровождающееся болью
- 3) частое мочеиспускание

Вопрос №4.

Странгурия встречается

- 1) при раке предстательной железы
- 2) при интерстициальном цистите
- 3) при выраженном фимозе
- 4) при частичном повреждении уретры
- 5) при всем перечисленном

Вопрос №5.

Никтурия - это

- 1) увеличение количества мочи, выделяемой в ночной период времени
- 2) учащение ночного мочеиспускания
- 3) перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные
- 4) дневная олигурия

Вопрос №6.

Поллакиурия - это

- 1) увеличение диуреза
- 2) учащение мочеиспускания дневного и ночного
- 3) учащение ночного мочеиспускания
- 4) учащение дневного мочеиспускания
- 5) увеличение ночного диуреза

Вопрос №7.

Олигурия - это

- 1) запаздывающее мочеотделение
- 2) редкое мочеиспускание
- 3) уменьшение количества мочи
- 4) увеличение количества мочи
- 5) количество мочи менее 300 мл в сутки

Вопрос №8.

Олигурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- 1) микседемы
- 2) гломерулонефрита
- 3) сердечной недостаточности
- 4) опухоли почки
- 5) обильной рвоты

Вопрос №9.

Секреторная анурия - это

- 1) отсутствие мочи в мочевом пузыре
- 2) отсутствие выделения мочи почками
- 3) отсутствие самостоятельного мочеиспускания
- 4) невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря

Вопрос №10.

Преренальная анурия встречается

- 1) при сердечной недостаточности
- 2) при отравлении ядами и лекарственными препаратами
- 3) при обильных кровопотерях

Вопрос №11.

Ренальная анурия встречается

- 1) при хроническом пиелонефрите
- 2) при хроническом гломерулонефрите
- 3) при тромбозе или эмболии почечных сосудов

Вопрос №12.

Относительная плотность мочи зависит

- 1) от функции почечных канальцев
- 2) от функции почечных клубочков
- 3) от относительной молекулярной массы растворенных в ней веществ

Вопрос №13.

О протеинурии следует говорить при количестве белка в моче

- 1) следов
- 2) менее 0.03 г/л
- 3) более 0.03 г/л
- 4) более 0.06 г/л
- 5) более 0.09 г/л

Вопрос №14.

Истинная (почечная) протеинурия не встречается

- 1) при гломерулонефрите
- 2) при опухоли почки
- 3) при нефрозе
- 4) при мочекаменной болезни

Вопрос №15.

Ложная протеинурия не характерна

- 1) для туберкулеза почки
- 2) для пиелонефрита
- 3) для опухоли почки
- 4) для гломерулонефрита

Вопрос №16.

Гематурия - это

- 1) наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина
- 2) выделение крови из мочеиспускательного канала
- 3) выделение крови с мочой
- 4) наличие в моче порфирина
- 5) эритроцитурия

Вопрос №17.

Терминальная гематурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- 1) камней или опухолей шейки мочевого пузыря
- 2) варикозного расширения вен в области шейки мочевого пузыря
- 3) хронического гломерулонефрита
- 4) колликулита
- 5) острого цистита

Вопрос №18.

Уретроррагия наблюдается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- 1) хронического уретрита
- 2) камня мочевого пузыря
- 3) опухоли уретры
- 4) травмы уретры

Вопрос №19.

Задержка мочеиспускания - это

- 1) отсутствие выделения мочи почками
- 2) невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря
- 3) отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации
- 4) отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении
- 5) парадоксальная ишурия

Вопрос №20.

К осложнениям при введении рентгеноконтрастных веществ относятся все перечисленные, кроме

- 1) аллергических проявлений (сыпь, ангионевротический отек, бронхо- и ларингоспазм, кашель)
- 2) анафилактического шока
- 3) отслоения сетчатки глаза

4) коллапса, острой почечной недостаточности

5) острой печеночной недостаточности

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	2, 3	5	1, 2	5	1, 3	2	5	4	2	1, 3
№ вопроса	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Правильный вариант ответа	1, 2	1, 3	3	2,4	4	3	3	2	2	3

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Лопаткин Н. А. Урология: национальное руководство, М: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

Дополнительная:

1. Глыбочко П. В., Аляев Ю. Г., Григорьев Н. А. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство [Электронный ресурс]: учебное пособие, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов мед. вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

Тема 2.2: Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при неспецифических воспалительных заболеваниях мочеполовых органов.

Задачи:

- 1) изучить классификацию неспецифических воспалительных заболеваний мочеполовых органов;
- 2) рассмотреть этиологию, патогенез пиелонефрита;
- 3) обучить методам клинико-инструментальной диагностики пиелонефрита;
- 4) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- 5) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при пиелонефрите;
- 6) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению;
- 7) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- принципы классификации неспецифических воспалительных заболеваний мочеполовых органов;
- основные патологические симптомы и синдромы, характеризующие пиелонефрит, включая возможные осложнения;
- клинические проявления основных синдромов при остром и хроническом пиелонефрите;
- особенности его клинического течения;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику;
- показания, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении пиелонефрита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при остром и хроническом пиелонефрите;

- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы, характеризующие патологию, включая возможные осложнения;
- определять функциональные, лабораторные признаки пиелонефрита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания пиелонефрита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с пиелонефритом, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике неспецифических воспалительных заболеваний органов мочевого выделения;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов, характеризующих воспалительные заболевания органов мочевого выделения, включая возможные осложнения;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неспецифических воспалительных заболеваний органов мочевого выделения с учетом их осложнений;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения;
- теоретическими и методическими основами профилактики воспалительных заболеваний и их осложнений;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Понятие «неспецифические воспалительные заболевания мочевыводящих путей», эпидемиология.
- 2) Основные причины и механизмы развития неспецифических воспалительных заболеваний мочевыводящих путей.
- 3) Классификация неспецифических воспалительных заболеваний мочевыводящих путей.
- 4) Клиническая симптоматика неспецифических воспалительных заболеваний мочевыводящих путей.
- 5) Алгоритм лабораторно-инструментальной и дифференциальной диагностики неспецифических воспалительных заболеваний мочевыводящих путей.
- 6) Лечебная тактика при неспецифических воспалительных заболеваниях мочевыводящих путей: маршрутизация, направления и принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с воспалительными заболеваниями органов мочевого выделительной системы.
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первом обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и

обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
 - а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
 - б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый аппендицит;
2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого пиелонефрита, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, клинического обследования установлен предположительный диагноз.

2) на основании проведенных дополнительных исследований проведена дифференциальная диагностика со сходными заболеваниями, благодаря чему установлен клинический диагноз.

3) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания обосновать метод лечения данной патологии. Обосновать показания и противопоказания для планового оперативного лечения (при их наличии).

4) в случае хирургического лечения патологии выбрать оптимальный оперативный доступ, изложить этапы вмешательства.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больная 23 лет поступила в клинику экстренно с жалобами на повышение температуры тела до 39-40 градусов, озноб, обильное потоотделение, слабость, тупую боль в поясничной области и в подреберье справа. Из анамнеза известно, что больна в течение 2 дней, когда после переохлаждения отметила появление слабости и ноющей боли в поясничной области справа. За медицинской помощью не обращалась, не лечилась. Спустя сутки отметила появление лихорадки с ознобом. Урологический анамнез не отягощен. При осмотре обращает внимание частый пульс до 100 в минуту, болезненность живота при пальпации в правой половине. Симптомы раздражения брюшины не определяются. В анализах мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения, бактериурия. В анализе крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ повышена.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечебная тактика.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Острый правосторонний пиелонефрит.
2. Необходимо проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований с целью подтверждения диагноза и исключения осложненного пиелонефрита. Выполняется: биохимические анализы крови, исследование группы крови и резус-фактора, коагулограмма, посев мочи на флору и чувствительность к антибактериальным препаратам, проводится флюорография, ЭКГ, обзорная рентгенография и ультразвуковое исследование органов мочевого выделения, по показаниям экскреторная урография.
3. Дифференциальный диагноз проводится с острыми хирургическими и гинекологическими заболеваниями, инфекционными заболеваниями.
4. а) Постельный режим.
б) При подтверждении сохраненного пассажа мочи – антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения и/или фторхинолоны парентерально), инфузионная терапия, спазмолитическая терапия. Курс стационарного лечения 10-14 дней.

в) При нормализации общего анализа мочи – прием растительных уроантисептиков амбулаторно в течение 2 недель.

г) Диспансерное наблюдение в течение 2 лет.

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии:*

Задача №1

Больная 29 лет поступила в клинику с жалобами на учащенное, болезненное мочеиспускание с интервалом 20-30 минут, небольшую примесь крови в моче в конце мочеиспускания, боли в надлобковой области вне акта мочеиспускания. В анализах мочи моча мутная, лейкоциты покрывают все поле зрения. Выделений из половых путей и уретры не обнаружено. Половой партнер венерическими заболеваниями не страдает.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Методы обследования?
3. Лечебная тактика.

Задача №2

30 летняя беременная обратилась к врачу с жалобами на приступообразные боли в поясничной области справа, озноб, повышение температуры тела до 38-39 градусов, мутность мочи. Из анамнеза выяснено, что больная в прошлом в условиях амбулатории лечилась по поводу инфекции мочевого тракта.

Контрольные вопросы.

1. Предварительный диагноз?
2. Возможные изменения в результатах общего анализа крови и мочи?
3. Возможные изменения в результатах инструментальных методов диагностики?
4. Тактика лечения больной. Ваши рекомендации.

Задача №3

У больной 44 лет, страдающей камнем нижней трети левого мочеточника, 6 часов назад возник приступ левосторонней почечной колики, повысилась температура тела до 38.4°C, был потрясающий озноб. Живот болезнен в левом подреберье, пальпируется болезненный нижний полюс левой почки. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции юкставезикального отдела

левого мочеточника определяется тень конкремента размерами 0,5 x 0.4 см.

Контрольные вопросы.

1. Какой консервативный метод лечения позволит надеяться на купирование острого пиелонефрита?

Задача №4

У женщины, 25 лет, на следующий день после переохлаждения появились учащенное, болезненное мочеиспускание, боли внизу живота. Температура повышена.

Контрольные вопросы.

1. Поставьте диагноз
2. Какие необходимы дополнительные исследования для подтверждения?

Задача №5

Больной 32 лет поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39,6. Состояние больного тяжелое, положение больного с приведенным к животу бедром, резкая болезненность при его разгибании, выбухание в поясничной области и гиперемия справа, болезненность в поясничной области, особенно в правом костовертебральном углу, защитное сокращение поясничных мышц при легкой пальпации, сколиоз поясничного отдела позвоночника

Контрольные вопросы.

1. Предварительный диагноз?
2. Лечебная тактика?

Задача №6

У больной 22 лет на 24-й неделе беременности появились тупые боли в правой поясничной

области, однократно был озноб, повысилась температура тела до 39. Страдает хроническим тонзиллитом. При осмотре: правая поясничная область пальпаторно болезненная, перитонеальной симптоматики нет. Больная старается лежать на левой половине тела. В анализах мочи: лейкоциты до 2-4 в поле зрения.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Лечебная тактика?

Задача №7

Больная 25 лет поступила в клинику экстренно с жалобами на повышение температуры тела до 39-40, озноб, обильное потоотделение, слабость, тошноту, рвоту, тупую боль в поясничной области и в подреберье справа. При осмотре: частый пульс до 100 в минуту, ритмичный, язык чистый, влажный, живот при пальпации болезненный в правой половине. В анализах мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения, бактериурия. В анализе крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ повышена.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. Лечебная тактика.

Задача №8

При обследовании больной К. 40 лет, доставленной в приемное отделение больницы бригадой скорой помощи, диагностирован острый левосторонний пиелонефрит, камень левого мочеточника.

Контрольные вопросы.

1. Какое из исследований позволит подтвердить или отвергнуть нарушение пассажа мочи из левой почки?

Задача №9

30 летняя беременная обратилась к врачу с жалобами на приступообразные боли в поясничной области справа, озноб, повышение температуры тела до 38-39 градусов, мутность мочи. Из анамнеза выяснено, что больная в прошлом в условиях амбулатория лечилась по поводу инфекции мочевого тракта

Контрольные вопросы.

1. Предварительный диагноз?
2. Возможные изменения в результатах общего анализа крови и мочи?
3. Возможные изменения в результатах инструментальных методов диагностики?
4. Тактика лечения больной. Ваши рекомендации.

Задача №10

У больного 38 лет высокая температура тела, потрясающие ознобы, ноющие боли в поясничной области справа. При объективном обследовании определяется асимметрия поясничной области. Положение тела вынужденное, больной лежит на правом боку, правая нога приведена к животу. Положительный симптом “поколачивания” по пояснице справа

Контрольные вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ожидаемые результаты в общем анализе крови и мочи?
3. Ожидаемые результаты на обзорной урограмме?
4. Тактика ВОП при данной патологии?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Неспецифические воспалительные заболевания органов мочевого тракта. Частота и распространенность.

- 2) Классификация неспецифических воспалительных заболеваний органов мочевыделительной системы.
- 3) Причины и механизмы их развития.
- 4) Основы клинической и дополнительной диагностики неспецифических воспалительных заболеваний органов мочевыделительной системы.
- 5) Вопросы лечебной тактики: показания к консервативному лечению, алгоритм фармакотерапии; показания к хирургическому лечению, виды и этапы операций.
- 6) Эпидемиология пиелонефритов.
- 7) Этиология и патогенез пиелонефрита.
- 8) Классификации пиелонефритов.
- 9) Клиническая картина не осложненного и осложненного пиелонефрита.
- 10) Клиническая картина серозного и гнойных форм пиелонефритов.
- 11) Особенности клиники, диагностики и лечения гестационного пиелонефрита.
- 12) Особенности клиники, диагностики и лечения пиелонефрита в детском возрасте.
- 13) Клиническая и лабораторная диагностика пиелонефрита.
- 14) Принципы лечения не осложненного и осложненного пиелонефрита, показания к хирургическому лечению и виды оперативных вмешательств.
- 15) Мероприятия, направленные на профилактику осложнений и обострений пиелонефрита.
- 16) Диспансеризация пациентов с хроническим пиелонефритом.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1.

Факторами, способствующими возникновению острого пиелонефрита, являются

- 1) полиурия
- 2) перегревание
- 3) нарушение пассажа мочи и оттока венозной крови из почки
- 4) нарушение притока артериальной крови к почке
- 5) все перечисленное

Вопрос №2.

Минимальное количество лейкоцитов в осадке мочи, указывающее на наличие лейкоцитурии у женщин, составляет

- 1) 2-5 лейкоцитов в поле зрения
- 2) больше 6 лейкоцитов в поле зрения
- 3) больше 10 лейкоцитов в поле зрения
- 4) больше 20 лейкоцитов в поле зрения
- 5) лейкоциты покрывают все поля зрения

Вопрос №3.

Наиболее частой причиной развития пиелонефрита у беременных является

- 1) сдавление увеличенной маткой мочеточников
- 2) дилатация мочеточников за счет гормональных изменений
- 3) понижение реактивности организма
- 4) все перечисленные изменения

Вопрос №4.

Основными симптомами острого цистита являются все перечисленные, кроме

- 1) поллакиурии
- 2) полиурии
- 3) терминальной гематурии

4) болей при мочеиспускании

5) пиурии

Вопрос №5.

Характерными симптомами острого уретрита являются все перечисленные, кроме

1) болей при мочеиспускании

2) гематурии и отека кожи мошонки

3) гнойных выделений из уретры

4) отека губок наружного отверстия уретры

5) учащенного мочеиспускания

Вопрос №6.

Баланопостит - это воспаление

1) крайней плоти полового члена

2) головки полового члена

3) парауретральных желез

4) крайней плоти и головки полового члена

Вопрос №7.

Кавернит - это

1) воспаление кавернозных тел полового члена

2) фибропластическая индукция полового члена

3) флеботромбоз кожи полового члена

Вопрос №8.

Парафимоз - это

1) сужение отверстия крайней плоти полового члена

2) ущемление головки полового члена суженной крайней плотью

3) воспаление кавернозного тела уретры и головки полового члена

4) воспаление вен полового члена

Вопрос №9

Этиологическими факторами в возникновении простатита являются

1) бактерии и вирусы

2) микоплазмы и хламидии

3) трихомонады

4) все перечисленное

Вопрос №10

Лечение парафимоза заключается

1) в попытке вправления головки полового члена

2) в иссечении крайней плоти

3) в наложении губчато-пещеристого анастомоза

4) в рассечении ущемляющего кольца

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	3	2	4	2	2	4	1	2	4	1, 4

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Лопаткин Н. А. Урология: национальное руководство, М: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

Дополнительная:

1. Глыбочко П. В., Аляев Ю. Г., Григорьев Н. А. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство [Электронный ресурс]: учебное пособие, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов мед. вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

Тема 2.3: Мочекаменная болезнь

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при мочекаменной болезни.

Задачи:

- 1) изучить классификацию, этиопатогенез мочекаменной болезни;
- 2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики мочекаменной болезни;
- 3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- 4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при мочекаменной болезни;
- 5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению;
- 6) изучить принципы профилактики мочекаменной болезни.

Обучающийся должен знать:

- принципы классификации мочекаменной болезни;
- основные патологические симптомы и синдромы, характеризующие мочекаменную болезнь, включая возможные осложнения;
- клинические проявления основных синдромов при мочекаменной болезни;
- особенности ее клинического течения;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику;
- показания, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении мочекаменной болезни;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при мочекаменной болезни;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы, характеризующие мочекаменную болезнь, включая возможные ее осложнения;
- определять функциональные, лабораторные признаки мочекаменной болезни;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания мочекаменной болезни;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с мочекаменной болезнью, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике мочекаменной болезни;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов, характеризующих мочекаменную болезнь, включая возможные осложнения;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению мочекаменной болезни с учетом их осложнений;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения;
- теоретическими и методическими основами профилактики мочекаменной болезни и ее осложнений;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Понятие «мочекаменная болезнь».
- 2) Основные причины и механизмы развития мочекаменной болезни.
- 3) Классификация мочекаменной болезни.
- 4) Клиническая симптоматика мочекаменной болезни.
- 5) Алгоритм лабораторно-инструментальной и дифференциальной диагностики мочекаменной болезни.
- 6) Лечебная тактика при мочекаменной болезни: маршрутизация, направления и принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с воспалительными заболеваниями органов мочевыделительной системы.
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
 - а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
 - б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый аппендицит;
2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики различных вариантов течения мочекаменной болезни, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

2) Алгоритм разбора задач:

- 1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, клинического обследования установлен предположительный диагноз.
- 2) на основании проведенных дополнительных исследований проведена дифференциальная

диагностика со сходными заболеваниями, благодаря чему установлен клинический диагноз.

3) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания обосновать метод лечения данной патологии. Обосновать показания и противопоказания для планового оперативного лечения (при их наличии).

4) в случае хирургического лечения патологии выбрать оптимальный оперативный доступ, изложить этапы вмешательства.

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму:*

У больной 48 лет в течение нескольких месяцев отмечается микрогематурия, тупые боли в поясничной области слева. Урологический анамнез неотягощен. На обзорной R-грамме теней конкрементов в проекции мочевых путей не выявлено. На серии экскреторных R-грамм, выполненных в терапевтическом отделении по м/ж, функция почек сохранена, имеется некоторое расширение чашечно-лоханочной системы слева и эктазия левого мочеточника до нижней трети.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечебная тактика.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. МКБ: рентген-негативный камень нижней трети левого мочеточника.
2. Необходимо проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований с целью подтверждения диагноза. Выполняются: биохимические анализы крови, исследование группы крови и резус-фактора, коагулограмма. Проводится флюорография, ЭКГ, ретроградная пиелография слева.
3. Дифференциальный диагноз проводится с папиллярной опухолью мочеточника, туберкулезным поражением почки и мочеточника.
4. Дообследование проводится в условиях урологического стационара. При подтверждении диагноза выполняется оптическая ревизия мочевых путей слева с возможной ОКЛТ камня нижней трети 3 левого мочеточника.

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии:*

Задача №1

Больной 25 лет, страдает МКБ, в течение суток отмечает отсутствие акта мочеиспускания. По данным УЗС обнаружен камень в/3 обоих мочеточников и расширение чашечно-лоханочной системы с обеих сторон, в мочевом пузыре мочи нет.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Из чего состоит Ваша предварительная тактика?
3. Как необходимо лечить больного?

Задача №2

В приемное отделение обратился пациент 34 лет с жалобами на боли в поясничной области с обеих сторон, отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение 8 часов. Год назад диагностирована мочекаменная болезнь, камни обеих почек - 0,5-0,6 см. При катетеризации мочевого пузыря мочи не получено. По данным УЗИ - билатеральное расширение чашечно-лоханочных систем.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Методы обследования?
3. Лечебная тактика?

Задача №3

В приемный покой доставлен больной с жалобами на боли в правой половине живота, иррадиирующие в правую подвздошную область. Боли сопровождаются тошнотой и рвотой. Слабо выражен симптом "поколачивания" по пояснице справа и симптомы раздражения брюшины. Поведение больного беспокойное. Диагноз не ясен.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие урологические исследования позволят поставить диагноз?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

Задача №4

У больной 37 лет, внезапно появились острые боли в поясничной области справа, иррадиирующие в паховую область. Поведение больной беспокойное, мочеиспускание учащенное. Клинический анализ мочи в норме.

Контрольные вопросы.

1. Предварительный диагноз
2. Какие исследования необходимы для его подтверждения.
3. Какое предлагаете лечение?

Задача №5

У больного 43 лет после почечной колики в течение 4 суток не выделяется моча, беспокоят ноющие боли в поясничной области слева. В анамнезе – удалена правая почка по поводу мочекаменной болезни. Общее состояние больного в момент осмотра средней тяжести.

Контрольные вопросы.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Возможные изменения в результатах биохимических анализах крови?
4. Какие инструментальные исследования необходимы для его подтверждения?
5. Тактика лечения.

Задача №6

В приемное отделение поступила больная с правосторонней почечной колики. На обзорной рентгенограмме в проекции правой почки обнаружена тень 0,6x0,4 см, подозрительная на конкремент.

Контрольные вопросы.

1. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для уточнения природы тени и выбора тактики лечения?

Задача №7

У больной 32 лет типичная картина правосторонней почечной колики. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции нижней трети правого мочеточника определяется тень камня размерами 0,8 x 0,4 см. После инъекции баралгина 5 мл в/в и теплой ванны боли стихли, но через 30 минут возобновились вновь. Произведена блокада круглой связки матки по Лорину-Эпштейну. Боли утихли на короткий срок, а затем возобновились вновь. Больная беспокойна, принимает различные положения, стонет, просит о помощи.

Контрольные вопросы.

1. Что следует предпринять для купирования почечной колики?
2. Ваши рекомендации?

Задача №8

У больной с камнем нижней трети правого мочеточника в течение последнего года постоянные боли в поясничной области справа. Ранее имели место приступообразные боли в области правой почки. При пальпации в правом подреберье определяется опухолевидное образование с гладкой поверхностью ровными контурами, слегка баллотирующее. По данным радиоизотопного и рентгенологического исследований функция левой почки удовлетворительная, справа отсутствует.

Контрольные вопросы.

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Лечебная тактика.

Задача №9

В клинику поступил больной, 34 лет, с жалобами на острые боли в правой поясничной области, иррадиирующие вниз живота, тошноту, рвоту, ложные позывы на мочеиспускание. Боли возникли внезапно. В анализе мочи — единичные эритроциты.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные исследования?

Задача №10

В урологическое отделение поступила женщина 35 лет с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 4-го поясничного позвонка справа определяется тень подозрительная на конкремент, овальной формы, размерами 0,5 x 0,5 см.

Контрольные вопросы.

1. Какие дополнительные рентгенологические исследования необходимо произвести, чтобы установить характер обнаруженной тени?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

- 1) Почечнокаменная болезнь. Частота и распространенность в мире и в России.
- 2) Этиология уrolитиаза, состав конкрементов, значение экологических факторов, эндемичный характер заболевания.
- 3) Литогенез и патогенез нефролитиаза. Коллоидная и кристаллоидная теории камнеобразования, теория органической (белково-мукополисахаридной) матрицы. Роль лимфатического дренажа, инфекции, нарушений уро- и гемодинамики почки, пиелонефрита. Нарушения фосфорно-кальциевого обмена, первичный и вторичный гиперпаратиреоз. Роль длительной иммобилизации, нарушений функции печени и желудочно-кишечного тракта.
- 4) Морфология, величина, масса, форма, число конкрементов, их химический состав (мочевая кислота, ураты, фосфаты, карбонаты, оксалаты, цистиновые, ксантиновые, холестериновые и белковые конкременты).
- 5) Клиническая картина нефролитиаза.
- 6) Клиническая и лабораторная диагностика.
- 7) Лечебная тактика при почечной колике.
- 8) Лечение (консервативное, литолиз, ударно-волновая и контактная литотрипсия, оперативное лечение).
- 9) Осложнения нефролитиаза, причины, диагностика, лечение, профилактика. Метафилактика нефролитиаза.
- 10) Диспансеризация пациентов с МКБ.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1.

К этиологическим факторам мочекаменной болезни относятся

- 1) нарушение фосфорно-кальциевого обмена
- 2) нарушение обмена щавелевой кислоты
- 3) нарушение пуринового обмена
- 4) мочевиновая инфекция (пиелонефрит)
- 5) все перечисленное

Вопрос №2.

Механизм развития боли при почечной колике связан:

- 1) с повышением внутрилоханочного давления и раздражения барорецепторов
- 2) с растяжением капсулы почки

Вопрос №3.

К рентгеноконтрастным типам камней относятся все перечисленные, кроме

- 1) оксалатов
- 2) фосфатов
- 3) смешанных
- 4) уратов
- 5) уратов и оксалатов

Вопрос №4.

Дифференциальный диагноз МКБ следует проводить с:

- 1) острым аппендицитом
- 2) острым холециститом
- 3) острым панкреатитом
- 4) внематочной беременностью
- 5) верно все

Вопрос №5.

Обзорная и экскреторная урография целесообразны

- 1) при камнях лоханок обеих почек
- 2) при коралловидном камне почки (обеих почек)
- 3) при камне (урате) мочеточника
- 4) во всех случаях

Вопрос №6.

При уратном камне мочевого пузыря 30+25 мм и аденоме предстательной железы следует рекомендовать

- 1) литолиз
- 2) цистолитотомию и цистостомию
- 3) ударно-волновую литотрипсию
- 4) цистолитотомию, аденомэктомию и цистостомию
- 5) вмешательство не показано

Вопрос №7.

Уретеролитоэкстракция целесообразна

- 1) у женщин с камнями нижней трети мочеточника размерами до 6 мм, при неосложненном течении
- 2) у мужчин в той же ситуации
- 3) при камнях средней трети мочеточника 5-6 мм у мужчин и женщин
- 4) при двусторонних камнях верхней трети мочеточника
- 5) во всех случаях

Вопрос №8.

Осложнения МКБ:

- 1) пиелонефрит
- 2) гидронефроз
- 3) артериальная гипертензия
- 4) ОПН, ХПН
- 5) все перечисленное

Вопрос №9.

Удаление камня из МВП

- 1) избавит больного от МКБ
- 2) не избавит больного от МКБ
- 3) предотвратит разрушение почечной паренхимы

Вопрос №10.

Лечение больных с камнями в мочеточнике может быть:

- 1) только оперативным
- 2) консервативным
- 3) инструментальным
- 4) оперативным

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	5	1	4	5	4	4	1	5	2, 3	2,3,4

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Лопаткин Н. А. Урология: национальное руководство, М: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

Дополнительная:

1. Глыбочко П. В., Аляев Ю. Г., Григорьев Н. А. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство [Электронный ресурс]: учебное пособие, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов мед. вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

Тема 2.4: Новообразования органов мочеполовой системы

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при новообразованиях органов мочеполовой системы.

Задачи:

- 1) изучить классификацию новообразований органов мочеполовой системы;
- 2) обучить методам клинко-инструментальной диагностики новообразований органов мочеполовой системы;
- 3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- 4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при новообразованиях органов мочеполовой системы;
- 5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению;
- 6) изучить принципы профилактики мочекаменной болезни.

Обучающийся должен знать:

- принципы классификации опухолей органов мочеполовой системы;
- основные патологические симптомы и синдромы, характеризующие новообразования органов мочеполовой системы, включая возможные осложнения;
- клинические проявления основных синдромов при опухолях органов мочеполовой системы;
- особенности клинического течения;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику;
- показания, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении новообразований органов мочеполовой системы;

- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при новообразованиях органов мочеполовой системы;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы, характеризующие опухоли органов мочеполовой системы, включая возможные ее осложнения;
- определять функциональные, лабораторные признаки опухолевого роста, осложнений;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания новообразований органов мочеполовой системы;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с осложнениями новообразований органов мочеполовой системы, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике новообразований органов мочеполовой системы;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов, характеризующих опухоли органов мочеполовой системы, включая возможные осложнения;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению новообразований органов мочеполовой системы с учетом их осложнений;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения;
- теоретическими и методическими основами профилактики новообразований органов мочеполовой системы;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Классификация новообразований органов мочеполовой системы.
- 2) Клиническая симптоматика новообразований органов мочеполовой системы.
- 3) Алгоритм лабораторно-инструментальной и дифференциальной диагностики опухолей новообразований мочеполовой системы.
- 4) Лечебная тактика при новообразованиях органов мочеполовой системы: маршрутизация, направления и принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с опухолями органов мочевыделительной системы (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном

обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
 - а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
 - б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый аппендицит;
2. Отработка практических навыков по определению симптоматики новообразований органов мочеполовой системы, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

3) Алгоритм разбора задач:

- 1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, клинического обследования установлен предположительный диагноз.
- 2) на основании проведенных дополнительных исследований проведена дифференциальная диагностика со сходными заболеваниями, благодаря чему установлен клинический диагноз.
- 3) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания обосновать метод лечения данной патологии. Обосновать показания и противопоказания для планового оперативного лечения (при их наличии).
- 4) в случае хирургического лечения патологии выбрать оптимальный оперативный доступ, изложить этапы вмешательства.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной 63 лет поступил в стационар с острой задержкой мочи в течение 5 суток. Мочу из мочевого пузыря неоднократно эвакуировала бригада скорой помощи. В анамнезе в течение 2 лет дневная и ночная поллакиурия. В момент осмотра температура тела 38,3 градуса, озноб, боли в надлобковой и поясничной областях, верхняя граница мочевого пузыря расположена на 4 см выше лонного сочленения, болезненность при пальпации в надлобковой области и проекции почек. Ректально: предстательная железа увеличена в 2,5 раза, туго-эластической консистенции, болезненная.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Лечебная тактика.
3. Назначьте дополнительное обследование.
4. Дифференциальная диагностика.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Хроническая задержка мочи с исходом в острую. Хронический цистит, обострение. Хронический пиелонефрит, обострение. Хроническая почечная недостаточность?
2. Неотложная госпитализация в урологический стационар. Цистостомия. Проведение антибактериальной, инфузионной терапии.
3. Необходимо проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований с целью подтверждения диагноза. Выполняются: биохимические анализы крови, исследование группы крови и резус-фактора, коагулограмма, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, посев мочи на КУМБТ, проводится ФГ, ЭКГ, УЗИ МПС, ТРУЗИ простаты, обзорная R-графия МПС, при купировании активности цистита и пиелонефрита – исследование крови на PSA.
4. Дифференциальный диагноз проводится с раком предстательной железы и мочевого пузыря.

4) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1

У больного 60 лет безболевая макрогематурия с червеобразными сгустками крови. При цистоскопии слизистая мочевого пузыря нормальная, из устья левого мочеточника обнаружено выделение крови. На обзорной рентгенограмме мочевых путей контуры почек не определяются, теней, подозрительных на конкременты в проекции мочевых путей нет. На экскреторных урограммах патологических изменений в проекции чашечно-лоханочной системы не выявлено. Пассаж контрастного вещества помочеточникам не нарушен.

Контрольные вопросы.

1. О каком заболевании следует думать в первую очередь?
2. Какие рентгенологические исследования следует произвести для установления диагноза?

Задача №2

У больного 60 лет выявлена доброкачественная гиперплазия предстательной железы 3-й стадии. При УЗИ: объем предстательной железы 96 см³. Остаточной мочи - 410 мл. Имеется билатеральный уретерогидронефроз, анемия. Мочевина крови - 16 ммоль/л, креатинин - 200 мкмоль/л.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите необходимое обследование
3. Лечебная тактика?

Задача №3

Больной 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. Болен в течение 4-х месяцев. Живот мягкий безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Предстательная железа не увеличена с гладкой поверхностью, безболезненная. На обзорном снимке мочевой системы теней подозрительных на конкременты нет. За время пребывания в клинике у больного появилась тотальная безболевая макрогематурия с бесформенными сгустками крови, в связи с чем была произведена срочная цистоскопия. На левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль в три поля зрения цистоскопа, на широком основании, не отбрасывающая тень. Правое устье мочеточника расположено в типичном месте, щелевидной формы. Левое устье мочеточника не определяется.

Контрольные вопросы.

1. Какие рентгенологические методы исследования надо выполнить для выбора характера и объема оперативного лечения?

Задача №4

Больной 55 лет обратился к урологу с жалобами на тотальную макрогематурию, отхождение сгустков червеобразной формы. При цистоскопии в мочевом пузыре изменений не обнаружено. На обзорной рентгенограмме отмечено увеличение размеров левой почки и изменение ее формы.

Контрольные вопросы.

1. Как уточнить характер заболевания и локализацию патологического процесса?

Задача №5

Больная 45 лет, жалуется на выделение крови с мочой, с червеобразными сгустками, тупые боли в поясничной области справа. Пальпаторно определяется плотное, малоподвижное, безболезненное образование в области правой почки.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Тактика лечения?

Задача №6

Больной 72 лет отмечает интенсивную примесь крови в моче, периодически без болевых ощущений выделяются бесформенные сгустки крови темно-красного цвета. В течение 20 лет работал на химическом заводе, производившем анилиновые красители.

Контрольные вопросы.

1. Какое заболевание Вы предполагаете?
2. Методы обследования.
3. Лечебная тактика.

Задача №7

У больного 50 лет в течение 2 мес. периодически появлялась тотальная макрогематурия со сгустками неправильной формы. При цистоскопии в области правой стенки и шейки мочевого пузыря определяются опухолевые образования на широком основании с короткими ворсинками.

Контрольные вопросы

1. Какое дополнительное обследование необходимо для установления лечебной тактики?

Задача №8

Больной 70 лет, обратился к врачу с жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение суток. При физикальном обследовании установлен диагноз: Доброкачественная гиперплазия простаты. Острая задержка мочи.

Контрольные вопросы.

1. Какие объективные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Какую первую медицинскую помощь необходимо оказать больному?
3. Определите дальнейшую тактику.

Задача №9

У больного 17 лет, при физикальном обследовании обнаружено: увеличение левой половины мошонки, кожа мошонки не изменена, по ходу левого семенного канатика определяются извилистые безболезненные образования, левое яичко уменьшено в размере.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Тактика лечения?

Задача №10

Больной 60 лет поступил в клинику с тотальной безболевым макрогематурией и жалобами на похудание, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр, боли в левой поясничной области. При пальпации мошонки было выявлено варикозное расширение вен левого семенного канатика, левой нижней конечности.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите необходимое обследование.
3. Лечебная тактика?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.
2. Ответить на вопросы для самоконтроля:
 - 1) Эпидемиология, этиология опухолей мочеполовой системы.
 - 2) Классификацию опухолей почки по системе TNM.
 - 3) Основные клинические симптомы опухолей почки;
 - 4) Методы диагностики опухолей почки, показания и противопоказания к ним.
 - 5) Дифференциальная диагностика опухолей почки.
 - 6) Лечебная тактика при выявлении опухоли почки
 - 7) Классификация опухолей мочевого пузыря по системе TNM.
 - 8) Основные клинические симптомы опухолей мочевого пузыря.

- 9) Методы диагностики опухолей мочевого пузыря, показания и противопоказания к ним.
- 10) Вопросы дифференциальной диагностики опухолей мочевого пузыря.
- 11) Лечебная тактика при выявлении опухоли мочевого пузыря.
- 12) Вопросы эпидемиологии, этиопатогенеза опухолей предстательной железы.
- 13) Клиническая картина рака простаты и ДГПЖ.
- 14) Причины, методы диагностики и пути устранения ОЗМ и ХЗМ.
- 15) Методы диагностики опухолей простаты.
- 16) Лечебная тактика, варианты оперативных вмешательств при опухолях простаты.
- 17) Этиология, клиника, диагностика, лечебная тактика при опухолях наружных половых органов у мужчин.
- 18) Экспертиза трудоспособности, реабилитационные мероприятия, у больных с раком МПС.
- 19) Вопросы диспансеризации больных с опухолями МПС.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1.

Среди опухолей почек наиболее часто выявляются

- 1) опухоли лоханки
- 2) опухоли паренхимы

Вопрос №2.

При опухолях почки гематурия чаще наблюдается

- 1) инициальная (начальная)
- 2) тотальная
- 3) терминальная (конечная)

Вопрос №3.

Лимфогенные метастазы чаще всего встречаются

- 1) в средостении
- 2) в парааортальных и паракавальных лимфоузлах
- 3) в подвздошных лимфоузлах
- 4) в шейных лимфоузлах
- 5) в надключичных лимфоузлах

Вопрос №4.

Наиболее частой опухолью почек у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет является

- 1) светлоклеточный рак
- 2) тератома
- 3) опухоль Вильмса
- 4) плоскоклеточный рак
- 5) саркома

Вопрос №5.

К факторам, способствующим возникновению опухоли мочевого пузыря, относятся

- 1) курение
- 2) нарушение иммунной реакции организма
- 3) хронические воспалительные заболевания
- 4) анилиновые красители
- 5) все перечисленное

Вопрос №6.

Первый по частоте среди симптомов опухоли мочевого пузыря - это

- 1) гиперпирексия
- 2) дизурия
- 3) боли
- 4) гематурия
- 5) затрудненное мочеиспускание

Вопрос №7.

Рак мочевого пузыря чаще локализуется

- 1) на левой боковой стенке
- 2) на правой боковой стенке
- 3) на верхушке
- 4) в области шейки
- 5) в зоне треугольника Лъето

Вопрос №8.

Метастазы при раке мочевого пузыря чаще всего наблюдаются

- 1) в печени
- 2) в легких
- 3) в костях
- 4) в регионарных лимфоузлах

Вопрос №9.

Развитию аденомы предстательной железы способствуют

- 1) хронический воспалительный процесс в предстательной железе
- 2) гормональные нарушения в организме
- 3) наследственность
- 4) вирусная инфекция
- 5) половые излишества

Вопрос №10.

Из перечисленных исследований достоверный диагноз рака предстательной железы позволяют поставить

- 1) осмотр и пальпация наружных половых органов
- 2) пальпация предстательной железы
- 3) цистоскопия
- 4) биопсия предстательной железы

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	2	2	2	3	5	4	5	4	2	4

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Лопаткин Н. А. Урология: национальное руководство, М: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

Дополнительная:

1. Глыбочко П. В., Аляев Ю. Г., Григорьев Н. А. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство [Электронный ресурс]: учебное пособие, М.: ГЭОТАР-Медиа,

2014.

2. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов мед. вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

Тема 2.5: Травма органов мочеполовой системы

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при травме органов мочеполовой системы.

Задачи:

- 1) изучить классификацию травмы органов мочеполовой системы;
- 2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики травмы органов мочеполовой системы;
- 3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
- 4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при травме органов мочеполовой системы;
- 5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению;
- 6) изучить принципы профилактики травмы органов мочеполовой системы.

Обучающийся должен знать:

- принципы классификации травмы органов мочеполовой системы;
- основные патологические симптомы и синдромы, характеризующие повреждения органов мочеполовой системы, включая возможные осложнения;
- клинические проявления основных синдромов при травме органов мочеполовой системы;
- особенности клинического течения;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику;
- показания, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении повреждений органов мочеполовой системы;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при повреждениях органов мочеполовой системы;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы, характеризующие травму органов мочеполовой системы, включая возможные ее осложнения;
- определять функциональные, лабораторные признаки повреждения органов мочеполовой системы, осложнений;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания повреждений органов мочеполовой системы;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с травмой органов мочеполовой системы, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике

- повреждений органов мочеполовой системы;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов, характеризующих травму органов мочеполовой системы, включая возможные осложнения;
 - алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
 - выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению повреждений органов мочеполовой системы с учетом их осложнений;
 - интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
 - основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
 - принципами назначения адекватного лечения;
 - теоретическими и методическими основами профилактики повреждений органов мочеполовой системы;
 - способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Классификация и механизмы повреждений органов мочеполовой системы (МПС).
- 2) Клинико-инструментальная диагностика травм различных отделов МПС.
- 3) Лечебная тактика: маршрутизация, принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств.
- 4) Ведение послеоперационного периода.
- 5) Профилактика травматизма.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с опухолями органов мочевыделительной системы (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
 - а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
 - б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый аппендицит;
2. Отработка практических навыков по определению симптоматики новообразований органов мочеполовой системы, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

4) Алгоритм разбора задач:

- 1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, клинического обследования установлен предположительный диагноз.
- 2) на основании проведенных дополнительных исследований проведена дифференциальная диагностика со сходными заболеваниями, благодаря чему установлен клинический диагноз.
- 3) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания обосновать метод лечения данной патологии. Обосновать показания и противопоказания для планового оперативного лечения (при их наличии).
- 4) в случае хирургического лечения патологии выбрать оптимальный оперативный доступ, изложить этапы вмешательства.

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму:*

Больной 20 лет, 2 часа назад во время игры в футбол получил удар ногой в промежность. Появилась уретроррагия. Отмечает позывы к мочеиспусканию, но самостоятельно помочиться не может. Над лоном определяется выбухание, над которым при перкуссии выявляется тупой звук. Имеется гематома промежности. Из уретры выделяется кровь.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование.
3. Лечебная тактика.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Закрытая травма уретры (разрыв, перерыв?). Острая задержка мочи.
2. Cito! необходимо проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований. Выполняются: ОАК, биохимические анализы крови, исследование группы крови и резус-фактора, коагулограмма, ЭКГ, обзорная рентгенография МВП, уретрография, УЗИ МПС.
3. Неотложная госпитализация в урологический стационар. При выявлении частичного разрыва уретры показано установление цистостомы или уретрального катетера (может быть проведен при помощи гибкого эндоскопа), рекомендуется постельный режим, назначаются антибактериальные препараты, инфузионная, анальгетическая терапия.

При выявлении полного разрыва уретры показано надлобковое дренирование мочевого пузыря с первичной уретропластикой (при возможности – эндоскопическое восстановление проходимости мочеиспускательного канала). В послеоперационном периоде: постельный режим, а/б препараты, инфузионная, анальгетическая терапия.

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии:*

Задача №1

Больной 30 лет 4 часа назад при строительных работах упал с 3-х метровый высоты, ударился промежностью о доску. В течении этого времени самостоятельно не мочился. При осмотре имеется уретроррагия. В области промежности имеется припухлость и кровоподтек.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Тактика лечения?

Задача №2

Больной 20 лет во время игры в футбол получил удар ногой в промежность. Появилась уретроррагия. Отмечает позывы к мочеиспусканию, но самостоятельно помочиться не может. Над лоном определяется выбухание, над которым при перкуссии выявляется тупой звук. Имеется гематома промежности. Из уретры выделяется кровь.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Тактика лечения?

Задача №3

У больного, 50 лет, диагностирован внебрюшинный разрыв мочевого пузыря.

Контрольные вопросы.

1. Лечебная тактика?

Задача №4

В клинику в состоянии шока (АД – 70/40 мм рт. ст., тахикардия - 120 в минуту, бледность кожных покровов) доставлен больной, который упал со строительных лесов с высоты 2-го этажа. В правой поясничной области выбухание, кожные ссадины, имеется болезненность и напряжение мышц в правой половине живота. На обзорной рентгенограмме почек и мочевых путей справа тень почки и изображение контуров поясничной мышцы отсутствуют, имеется перелом XI и XII ребер.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите необходимое обследование.
3. Лечебная тактика?

Задача №5

Больной 27 лет час назад попал в автокатастрофу. Доставлен машиной скорой помощи. В левой поясничной области имеются ссадины и кровоподтеки, макрогематурия.

Контрольные вопросы.

1. Предварительный диагноз?
2. Ваша лечебная тактика?

Задача №6

Больной 36 лет с жалобами на боли в животе и невозможность самостоятельного мочеиспускания, 6 часов назад он был избит. При обследовании: периодически садится. Живот умеренно вздут, болезнен при пальпации, особенно в нижних отделах. Перкуторно в отлогих местах притупление, создается впечатление о наличии жидкости в брюшной полости. Катетер Нелатона №18 свободно проведен в мочевой пузырь - выделилось 100 мл мочи с кровью. АД – 120/80 мм. рт. ст. Пульс - 88 в минуту, хорошего наполнения. Нб - 140 г/л.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите необходимое обследование.
3. Лечебная тактика?

Задача №7

В урологическое отделение доставлен пациент 26 лет. Из анамнеза: 2 часа назад, во время полового акта - резкие боли в половом члене, а затем выделение крови из наружного отверстия мочеиспускательного канала. При осмотре: половой член увеличен в размерах, деформирован (изогнут вправо), синюшной окраски. Над лоном определяется выбухание, над которым при перкуссии выявляется тупой звук.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите необходимое обследование.
3. Лечебная тактика?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.
2. Ответить на вопросы для самоконтроля:
 - 1) Механизм повреждения почки.
 - 2) Классификация закрытых повреждений почки.
 - 3) Основные клинические симптомы повреждений почки.
 - 4) Классификация открытых повреждений почки.
 - 5) Симптоматика открытых повреждений почки.
 - 6) Методы диагностики повреждений почки, показания и противопоказания к ним.
 - 7) Лечебная тактика при повреждении почки.
 - 8) Повреждения мочеточника. Классификация. Диагностика. Лечебная тактика.
 - 9) Механизм повреждения мочевого пузыря.
 - 10) Классификация закрытых повреждений мочевого пузыря.
 - 11) Основные клинические симптомы повреждений мочевого пузыря.
 - 12) Классификация открытых повреждений мочевого пузыря.
 - 13) Симптоматика открытых повреждений мочевого пузыря.
 - 14) Методы диагностики повреждений мочевого пузыря, показания и противопоказания к ним.
 - 15) Лечебная тактика при травме мочевого пузыря.
 - 16) Классификация травм мочеиспускательного канала.

- 17) Симптоматика повреждений мочеиспускательного канала.
- 18) Методы диагностики повреждений мочеиспускательного канала, показания и противопоказания к ним.
- 19) Лечебная тактика при травме уретры.
- 20) Классификация травм органов мошонки.
- 21) Симптоматика повреждений органов мошонки.
- 22) Диагностика повреждений органов мошонки.
- 23) Лечебная тактика при травме органов мошонки.
- 24) Повреждения полового члена. Классификация. Клиника. Лечебная тактика.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1.

При подозрении на травму почки больного необходимо

- 1) наблюдать амбулаторно ежедневно
- 2) наблюдать амбулаторно через день
- 3) немедленно госпитализировать во всех случаях
- 4) госпитализировать в случае нестабильного артериального давления
- 5) госпитализировать в случае шока

Вопрос №2.

Закрытой травме почки способствуют

- 1) резкое сотрясение почки и окружающих органов
- 2) остро наступившая обтурация мочеточника
- 3) внезапное сокращение мышц передней брюшной стенки и диафрагмы
- 4) острый тромбоз почечной вены
- 5) тяжелый гипертонический криз

Вопрос №3.

При прямой травме живота и поясничной области чаще повреждается

- 1) почка
- 2) почечная лоханка
- 3) мочеточник
- 4) сосуды почки
- 5) жировая капсула почки

Вопрос №4.

Диагностике урогематомы в забрюшинном пространстве помогает

- 1) пальпация плотного образования в поясничной области
- 2) отсутствие контуров наружного края поясничной мышцы на обзорном снимке почек и мочевых путей
- 3) напряжение мышц передней брюшной стенки и поясничной области на стороне пораженной почки
- 4) все перечисленные признаки
- 5) ни один из перечисленных признаков

Вопрос №5.

При разрыве почки с повреждением чашечно-лоханочной системы органосохраняющую операцию необходимо закончить

- 1) нефростомией
- 2) пиелостомией

- 3) без дренирования лоханки
- 4) интубацией мочеточника
- 5) кольцевым дренированием лоханки

Вопрос №6.

Нефрэктомия при травме почки показана

- 1) у лиц молодого возраста с нормальной функцией контралатеральной почки
- 2) у лиц преклонного возраста и при отрыве почки
- 3) у лиц, перенесших тяжелую форму шока
- 4) при большой забрюшинной гематоме

Вопрос №7.

Для экспресс-диагностики закрытой травмы почки следует применить

- 1) обзорную рентгенографию почек и мочевых путей
- 2) экскреторную урографию и ультразвуковое исследование
- 3) радиоизотопную ренографию и брюшную аортографию
- 4) хромоцистоскопию

Вопрос №8.

Симптомами внутрибрюшной травмы мочевого пузыря являются

- 1) отсутствие в течение длительного времени мочеиспускания и позывов к нему
- 2) тимпанический звук над лоном при перкуссии передней брюшной стенки
- 3) пальпируемый над лоном переполненный мочевой пузырь
- 4) напряжение мышц передней брюшной стенки, отечность тканей передней брюшной стенки

Вопрос №9.

Повреждение мочеточника чаще наблюдается

- 1) в верхней трети
- 2) в средней трети
- 3) в нижней трети
- 4) в интрамуральной части
- 5) в лоханочно-мочеточниковом сегмент

Вопрос №10.

Основными симптомами травм уретры являются

- 1) макрогематурия
- 2) уретроррагия
- 3) задержка мочеиспускания
- 4) гематома над лоном или промежностная гематома
- 5) частое, болезненное мочеиспускание

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	3	1	1	4	1	2	2	1, 2	3	2

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Лопаткин Н. А. Урология: национальное руководство, М: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

Дополнительная:

1. Глыбочко П. В., Аляев Ю. Г., Григорьев Н. А. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство [Электронный ресурс]: учебное пособие, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов мед. вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

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

Кафедра факультетской хирургии

Приложение Б к рабочей программе дисциплины

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся
по дисциплине (модулю)

«Факультетская хирургия, урология»

Специальность 31.05.02 Педиатрия
Направленность (профиль) ОПОП-Педиатрия

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения			Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
		Знать	Уметь	Владеть		
ОПК-4	способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	32. Основы медицинской деонтологии при работе с ... пациентами ...	У2. Соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать правила врачебной этики и деонтологии, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня; законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной	В2. Принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении ...	Раздел «Факультетская хирургия» Раздел «Урология»	6-7 семестр 7 семестр

			информацией			
ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации	33. Правила оформления и схемы написания истории болезни, ...; системный подход к анализу медицинской информации	У3. Заполнять ... историю болезни ...	В3. Способностью оформлять истории болезни... в соответствии с установленными требованиями	Раздел «Факкультетская хирургия» Раздел «Урология»	6-7 семестр 7 семестр
ПК-5	готовностью 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 отсутствия заболевания	32. Понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные и морфологические основы болезней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем	У2. Собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни..., провести опрос..., объективное исследование систем органов..., определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих	В2. Методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте	Раздел «Факкультетская хирургия» Раздел «Урология»	6-7 семестр 7 семестр
ПК-6	способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией	31. Алгоритм определения статуса пациента	У1. Определять статус пациента: собирать анамнез, проводить опрос, провести обследование (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД и т.п.), оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания им	В1. Правильным ведением медицинской документации; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза; алгоритмом постановки	Раздел «Факкультетская хирургия» Раздел «Урология»	6-7 семестр 7 семестр

	болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.		медицинской помощи; проводить первичное обследование систем и органов, в т.ч. репродуктивной...	предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту		
		33. Причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики подростков и взрослого населения ... Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую)	У3. Назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз	В3. Навыком составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыком проведения дифференциального диагноза; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики	Раздел «Факкультетская хирургия» Раздел «Урология»	6-7 семестр 7 семестр
ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	33. Заболевания ... пищеварительной, мочеполовой систем ...; алгоритм выбора ... хирургического лечения	У3. Назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения	В3. Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях	Раздел «Факкультетская хирургия» Раздел «Урология»	6-7 семестр 7 семестр
		34. Стандарты и протоколы при лечении различных нозологических форм	У4. Выявлять жизнеугрожающие состояния, использовать методики их	В4. Способами диагностики и лечения острой кровопотери, ... шока.	Раздел «Факкультетская хирургия» Раздел «Урология»	6-7 семестр

		заболеваний	немедленного устранения; назначать медикаментозное и немедикаментозное лечение больным ... с инфекционной патологией	Осуществлять противошоковые мероприятия; принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста		7 семестр
--	--	-------------	---	--	--	-----------

1. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Неудовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
ОПК-4 (2)						
Знать	Фрагментарные знания основ медицинской деонтологии при работе с пациентами	Общие, но не структурированные знания основ медицинской деонтологии при работе с пациентами	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основ медицинской деонтологии при работе с пациентами	Сформированные систематические знания основ медицинской деонтологии при работе с пациентами	Контрольные вопросы	Чек-лист по оценке практических навыков
Уметь	Частично освоенное умение соблюдать: - морально-правовые нормы; - правила врачебной этики и деонтологии, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня; - законы и нормативные правовые	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение соблюдать: - морально-правовые нормы; - правила врачебной этики и деонтологии, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня; - законы и нормативные	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы соблюдать: - морально-правовые нормы; - правила врачебной этики и деонтологии, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня; - законы и нормативные правовые	Сформированное умение соблюдать: - морально-правовые нормы; - правила врачебной этики и деонтологии, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня; - законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной	Чек-лист смоделированной клинической ситуации, контрольные вопросы	Чек-лист по оценке практических навыков

	акты по работе с конфиденциальной информацией	правовые акты по работе с конфиденциальной информацией	акты по работе с конфиденциальной информацией	информацией		
Владеть	Фрагментарное применение: - принципов врачебной деонтологии и врачебной этики; - способности соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении	В целом успешное, но не систематическое применение: - принципов врачебной деонтологии и врачебной этики; - способности соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применения: - принципов врачебной деонтологии и врачебной этики; - способности соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении	Успешное и систематическое применение: - принципов врачебной деонтологии и врачебной этики; - способности соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении	Чек-лист смоделированной клинической ситуации, контрольные вопросы	Чек-лист по оценке практических навыков
ОПК-6 (3)						
Знать	Фрагментарные знания: - правил оформления и схемы написания истории болезни; - системного подхода к анализу медицинской информации	Общие, но не структурированные знания: - правил оформления и схемы написания истории болезни; - системного подхода к анализу медицинской информации	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания: - правил оформления и схемы написания истории болезни; - системного подхода к анализу медицинской информации	Сформированные систематические знания: - правил оформления и схемы написания истории болезни; - системного подхода к анализу медицинской информации	История болезни/ лист курации, контрольные вопросы	Чек-лист по оценке практических навыков
Уметь	Частично освоенное умение заполнять историю болезни	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение заполнять историю болезни	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы в умении заполнять историю болезни	Сформированное умение заполнять историю болезни	История болезни/ лист курации, контрольные вопросы	Чек-лист по оценке практических навыков
Владеть	Фрагментарное применение способности оформлять истории болезни в соответствии с установленными требованиями	В целом успешное, но не систематическое применение способности оформлять истории болезни в соответствии с установленными требованиями	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применения способности оформлять истории болезни в соответствии с установленными требованиями	Успешное и систематическое применение способности оформлять истории болезни в соответствии с установленными требованиями	История болезни/ лист курации, контрольные вопросы	Чек-лист по оценке практических навыков

		требованиями	установленными требованиями			
ПК-5 (2)						
Знать	Фрагментарные знания: - понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципов классификации болезней, основных понятий общей нозологии; - функциональных и морфологических основ болезней и патологических процессов, их причин, основных механизмов развития, проявлений и исходов типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем	Общие, но не структурированные знания: - понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципов классификации болезней, основных понятий общей нозологии; - функциональных и морфологических основ болезней и патологических процессов, их причин, основных механизмов развития, проявлений и исходов типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания: - понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципов классификации болезней, основных понятий общей нозологии; - функциональных и морфологических основ болезней и патологических процессов, их причин, основных механизмов развития, проявлений и исходов типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем	Сформированные систематические знания: - понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципов классификации болезней, основных понятий общей нозологии; - функциональных и морфологических основ болезней и патологических процессов, их причин, основных механизмов развития, проявлений и исходов типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем	Контрольные вопросы, ситуационные задачи, тестовые задания, реферат	Тестирование, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, провести опрос, объективное исследование систем органов, определить показания для лабораторного и инструментального	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, провести опрос, объективное исследование систем органов, определить показания для лабораторного и	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы в умении собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, провести опрос, объективное исследование систем органов, определить показания для	Сформированное умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, провести опрос, объективное исследование систем органов, определить показания для лабораторного и инструментального исследования;	История болезни/ лист курации, чек-лист по оценке практических навыков, контрольные вопросы, ситуационные задачи, тестовые задания	Чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование.

	исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих	инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих	лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих	синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих		
Владеть	Фрагментарное применение: - методов общеклинического обследования; - интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте	В целом успешное, но не систематическое применение: - методов общеклинического обследования; - интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применения: - методов общеклинического обследования; - интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте	Успешное и систематическое применение: - методов общеклинического обследования; - интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте	История болезни/лист курации, чек-лист по оценке практических навыков, контрольные вопросы, ситуационные задачи, тестовые задания	Чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование.
ПК-6 (1)						
Знать	Фрагментарные знания алгоритма определения статуса пациента	Общие, но не структурированные знания алгоритма определения статуса пациента	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания алгоритма определения статуса пациента	Сформированные систематические знания алгоритма определения статуса пациента	Лист курации, чек-лист по оценке практических навыков, контрольные вопросы, ситуационные задачи, тестовые задания	Чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование.
Уметь	Частично освоенное умение: - определять статус пациента: собирать анамнез, проводить опрос, провести обследование	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение: - определять статус пациента: собирать анамнез, проводить опрос,	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы в умении: - определять статус пациента: собирать анамнез, проводить	Сформированное умение: - определять статус пациента: собирать анамнез, проводить опрос, провести обследование (осмотр, пальпация,	Лист курации, чек-лист по оценке практических навыков, контрольные вопросы, ситуационные	Чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование.

	(осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД и т.п.), оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания им медицинской помощи; - проводить первичное обследование систем и органов, в т.ч. репродуктивной	провести обследование (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД и т.п.), оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания им медицинской помощи; - проводить первичное обследование систем и органов, в т.ч. репродуктивной	опрос, провести обследование (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД и т.п.), оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания им медицинской помощи; - проводить первичное обследование систем и органов, в т.ч. репродуктивной	аускультация, измерение АД и т.п.), оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания им медицинской помощи; - проводить первичное обследование систем и органов, в т.ч. репродуктивной	задачи, тестовые задания	
Владеть	Фрагментарное применение: - навыков правильного ведения медицинской документации; - навыков интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; - алгоритма развернутого клинического диагноза; - алгоритма постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту	В целом успешное, но не систематическое применение: - навыков правильного ведения медицинской документации; - навыков интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; - алгоритма развернутого клинического диагноза; - алгоритма постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применения: - навыков правильного ведения медицинской документации; - навыков интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; - алгоритма развернутого клинического диагноза; - алгоритма постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту	Успешное и систематическое применение: - навыков правильного ведения медицинской документации; - навыков интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; - алгоритма развернутого клинического диагноза; - алгоритма постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту	История болезни/ лист курации, чек-лист по оценке практических навыков, контрольные вопросы, ситуационные задачи, тестовые задания	Чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование.

ПК-6 (3)

Знать	<p>Фрагментарные знания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - причин возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов; - современных методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики подростков и взрослого населения; - классификации заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клинической) 	<p>Общие, но не структурированные знания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - причин возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов; - современных методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики подростков и взрослого населения; - классификации заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клинической) 	<p>Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - причин возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов; - современных методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики подростков и взрослого населения; - классификации заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клинической) 	<p>Сформированные систематические знания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - причин возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов; - современных методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики подростков и взрослого населения; - классификации заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клинической) 	<p>История болезни/ лист курации, чек-лист по оценке практических навыков, контрольные вопросы, ситуационные задачи, тестовые задания, реферат</p>	<p>Чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование</p>
Уметь	<p>Частично освоенное умение назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз</p>	<p>В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы в умении назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз</p>	<p>Сформированное умение назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз</p>	<p>История болезни/ лист курации, чек-лист по оценке практических навыков, контрольные вопросы, ситуационные задачи, тестовые задания</p>	<p>Чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование</p>
Владеть	<p>Фрагментарное применение:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыка 	<p>В целом успешное, но не систематическое</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные</p>	<p>Успешное и систематическое применение:</p>	<p>История болезни/ лист курации, чек-</p>	<p>Чек-лист по оценке практических</p>

	составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; - навыка проведения дифференциального диагноза; - интерпретации результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики	применение: - навыка составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; - навыка проведения дифференциального диагноза; - интерпретации результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики	пробелы применения: - навыка составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; - навыка проведения дифференциального диагноза; - интерпретации результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики	- навыка составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; - навыка проведения дифференциального диагноза; - интерпретации результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики	лист по оценке практических навыков, контрольные вопросы, ситуационные задачи, тестовые задания	навыков, тестирование, собеседование
--	---	---	---	--	---	--------------------------------------

ПК-8 (3)

Знать	Фрагментарные знания: - заболеваний пищеварительной, мочеполовой систем; - алгоритма выбора хирургического лечения	Общие, но не структурированные знания: - заболеваний пищеварительной, мочеполовой систем; - алгоритма выбора хирургического лечения	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания: - заболеваний пищеварительной, мочеполовой систем; - алгоритма выбора хирургического лечения	Сформированные систематические знания: - заболеваний пищеварительной, мочеполовой систем; - алгоритма выбора хирургического лечения	История болезни/ лист курации, чек-лист по оценке практических навыков, контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи, реферат	Чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое больному с учетом течения болезни, подобрать и	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое больному с учетом течения болезни,	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы в умении назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое больному с учетом	Сформированное умение назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое больному с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную	История болезни/ лист курации, чек-лист по оценке практических навыков, контрольные вопросы, тестовые	Чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование.

	назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения	подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения клинический диагноз	течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения	терапию, использовать методы немедикаментозного лечения	задания, ситуационные задачи	
Владеть	Фрагментарное применение алгоритма выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях	В целом успешное, но не систематическое применение алгоритма выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применения алгоритма выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях	Успешное и систематическое применение алгоритма выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях	История болезни/ лист курации, чек-лист по оценке практических навыков, контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи	Чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование
ПК-8 (4)						
Знать	Фрагментарные знания стандартов и протоколов при лечении различных нозологических форм заболеваний	Общие, но не структурированные знания стандартов и протоколов при лечении различных нозологических форм заболеваний	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания стандартов и протоколов при лечении различных нозологических форм заболеваний	Сформированные систематические знания стандартов и протоколов при лечении различных нозологических форм заболеваний	История болезни/ лист курации, чек-лист по оценке практических навыков, контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи, реферат	Чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение: - выявлять жизнеугрожающие состояния, использовать методики их	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение: - выявлять жизнеугрожающие	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы в умении: - выявлять жизнеугрожающие	Сформированное умение: - выявлять жизнеугрожающие состояния, использовать методики их немедленного	История болезни/ лист курации, чек-лист по оценке практических навыков,	Чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование.

	немедленного устранения; - назначать медикаментозное и немедикаментозное лечение больным с неинфекционной патологией	состояния, использовать методики их немедленного устранения; - назначать медикаментозное и немедикаментозное лечение больным с неинфекционной патологией	состояния, использовать методики их немедленного устранения; - назначать медикаментозное и немедикаментозное лечение больным с и неинфекционной патологией	устранения; - назначать медикаментозное и немедикаментозное лечение больным с неинфекционной патологией	контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи	
Владеть	Фрагментарное применение: - способов диагностики и лечения острой кровопотери, шока; - осуществлять противошоковые мероприятия; - принципов назначения адекватного лечения больных различного возраста	В целом успешное, но не систематическое применение: - способов диагностики и лечения острой кровопотери, шока; - осуществлять противошоковые мероприятия; - принципов назначения адекватного лечения больных различного возраста	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение: - способов диагностики и лечения острой кровопотери, шока; - осуществлять противошоковые мероприятия; - принципов назначения адекватного лечения больных различного возраста	Успешное и систематическое применение: - способов диагностики и лечения острой кровопотери, шока; - осуществлять противошоковые мероприятия; - принципов назначения адекватного лечения больных различного возраста	История болезни/ лист курации, чек-лист по оценке практических навыков, контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи	Чек-лист по оценке практических навыков, тестирование, собеседование

3. Типовые контрольные задания и иные материалы

3.1. Примерные вопросы к экзамену, критерии оценки

Контроль компетенций – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Раздел: Методика обследования больных с ургентной патологией желудочно-кишечного тракта

1. Структура оказания хирургической помощи. (Контроль компетенций – ОПК-4, ПК-8).
2. Нормативно-правовое обеспечение медицинской помощи по профилю «хирургия». (Контроль компетенций – ОПК-6).
3. Этико-деонтологические аспекты в ургентной хирургии. (Контроль компетенций – ОПК-4).
4. Основные синдромы, характеризующие острую абдоминальную хирургическую патологию. (Контроль компетенций – ПК-6).
5. Особенности физикального обследования, дополнительной диагностики и хирургического лечения заболеваний ургентного характера. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
6. Маршрутизация хирургических пациентов. (Контроль компетенций – ПК-8).
7. Документальное сопровождение лечебно-диагностического процесса в хирургическом стационаре. (Контроль компетенций – ОПК-6).

Раздел: Острый аппендицит.

1. Острый аппендицит. Этиология, патогенез. (Контроль компетенций – ПК-5).
2. Классификация острого аппендицита. (Контроль компетенций – ПК-5).
3. Клиника острого аппендицита. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
4. Диагностика острого аппендицита. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
5. Особенности течения острого аппендицита у детей, беременных, лиц пожилого и старческого возраста. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
6. Дифференциальная диагностика острого аппендицита. (Контроль компетенций – ПК-6).
7. Лечение острого аппендицита. Этапы операции, показания к дренированию и тампонаде брюшной полости. (Контроль компетенций – ПК-8).

Раздел: Осложнения острого аппендицита.

1. Осложнения острого аппендицита: аппендикулярный инфильтрат, клиника, диагностика, лечение. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
2. Осложнения острого аппендицита: поддиафрагмальный абсцесс, клиника, диагностика, лечение. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
3. Осложнения острого аппендицита: тазовый абсцесс, клиника, диагностика, лечение. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
4. Осложнения острого аппендицита: межкишечный абсцесс, клиника, диагностика, лечение. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
5. Осложнения острого аппендицита: периаппендикулярный абсцесс, клиника, диагностика, лечение. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Раздел: Наружные грыжи живота.

1. Грыжи. Этиология и патогенез. Классификация. (Контроль компетенций – ПК-5).
2. Паховые грыжи: классификация, клиника, диагностика, лечение. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
3. Бедренные грыжи: классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
4. Пупочные грыжи: классификация, клиника, диагностика, лечение. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
5. Грыжи белой линии живота: клиника, особенности диагностики, методы лечения. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
6. Послеоперационные грыжи: особенности клиники, лечения. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Раздел: Ущемленные грыжи.

1. Ущемленные грыжи: механизмы, виды ущемления, клиника. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
2. Ущемленные грыжи: тактика врача при самопроизвольном вправлении. Осложнения при вправлении грыж. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
3. Особенности оперативного лечения ущемленных грыж. Определение жизнеспособности кишки. (Контроль компетенций – ПК-8).
4. Гнойное воспаление грыжевого мешка: особенности клиники и лечебной тактики. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Раздел: Желчнокаменная болезнь (ЖКБ).

1. Желчнокаменная болезнь. Механизмы образования желчных камней, этиологические факторы. (Контроль компетенций – ПК-5).
2. Классификация желчнокаменной болезни. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
3. Методы диагностики желчнокаменной болезни. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
4. Лечение желчнокаменной болезни: консервативное, малоинвазивное, оперативное. (Контроль компетенций – ПК-8).

Раздел: Острый холецистит.

1. Острый холецистит: этиология, патогенез. (Контроль компетенций – ПК-5).
2. Острый холецистит: классификация, клиника, диагностика. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
3. Особенности клиники острого бескаменного холецистита. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
4. Осложнения острого холецистита: водянка желчного пузыря, эмпиема, механическая желтуха. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
5. Осложнения острого холецистита: холангит, внутренние свищи. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
6. Лечение острого холецистита: тактика, принципы консервативного лечения, виды операций по срокам выполнения. (Контроль компетенций – ПК-8).
7. Хирургическое лечение острого холецистита: способы оперативных вмешательств и техника холецистэктомии, методы интраоперационной ревизии желчных протоков, показания к холангиографии. (Контроль компетенций – ПК-8).
8. Хирургические вмешательства на внепеченочных желчных протоках: показания к холедохотомии, методы ее завершения. Показания к дренированию и тампонаде брюшной полости. (Контроль компетенций – ПК-8).
9. Принципы ведения послеоперационного периода больных после холецистэктомии. (Контроль компетенций – ПК-8).

Раздел: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК).

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: определение, теории этиопатогенеза, классификация. (Контроль компетенций – ПК-5).
2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
3. Основные способы хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. (Контроль компетенций – ПК-8).

Раздел: Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК).

1. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки: формы, клиника, диагностика, методы лечения. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
2. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: клиника, диагностика. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
3. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: консервативное и оперативное лечение. (Контроль компетенций – ПК-8).
4. Язвенные пилородуоденальные стенозы: патофизиологические изменения в организме, клиника в зависимости от стадии, диагностика, предоперационная подготовка, виды оперативного вмешательства. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Раздел: Острый панкреатит.

1. Острый панкреатит: определение, этиологические факторы. (Контроль компетенций – ПК-5).
2. Патогенез острого панкреатита. (Контроль компетенций – ПК-5).
3. Классификация острого панкреатита. (Контроль компетенций – ПК-5).
4. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика острого панкреатита. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
5. Принципы консервативного лечения острого панкреатита. (Контроль компетенций – ПК-8).
6. Показания к оперативному лечению острого панкреатита, объем оперативного вмешательства. (Контроль компетенций – ПК-8).

Раздел: Осложнения острого панкреатита.

1. Этиопатогенез осложнений острого панкреатита. (Контроль компетенций – ПК-5).
2. Классификация осложнений острого панкреатита. (Контроль компетенций – ПК-5).
3. Особенности клинического течения ранних и поздних осложнений. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
4. Лабораторные и инструментальные критерии верификации. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
5. Принципы консервативного и оперативного лечения основных осложнений. (Контроль компетенций – ПК-8).

Раздел: Заболевания толстой кишки.

1. Дивертикулез толстой кишки, классификация, клиника, лечение. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
2. Неспецифический язвенный колит, теории патогенеза, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
3. Болезнь Крона, классификация, клиника, патоморфологические особенности, лечение. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
4. Рак толстой кишки: классификация, клиника. (Контроль компетенций – ПК-5).
5. Рак толстой кишки: диагностика, лечение. (Контроль компетенций – ПК-6, ПК-8).
6. Геморрой: теории этиопатогенеза, классификация. (Контроль компетенций – ПК-5).
7. Геморрой: клиника, лечение. (Контроль компетенций – ПК-6, ПК-8).
8. Острые парапроктиты: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
9. Рак прямой кишки: классификация, клиника. (Контроль компетенций – ПК-5).
10. Рак прямой кишки: диагностика, лечение. (Контроль компетенций – ПК-6, ПК-8).

Раздел: Острая кишечная непроходимость (ОКН).

1. Острая кишечная непроходимость: классификация, этиологические факторы. (Контроль компетенций – ПК-5).
2. Острая кишечная непроходимость: звенья патогенеза, патофизиологические изменения в организме. (Контроль компетенций – ПК-5).
3. Острая кишечная непроходимость: клиника, диагностика. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
4. Острая кишечная непроходимость: принципы лечения, задачи оперативного вмешательства. (Контроль компетенций – ПК-8).

Раздел: Отдельные виды острой кишечной непроходимости (ОКН).

1. Странгуляционные формы кишечной непроходимости, особенности клиники, лечения. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
2. Опухолевая толстокишечная непроходимость, особенности клиники рака правой и левой половины толстой кишки, диагностика, лечение. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Раздел: Диагностика острого перитонита

1. Перитониты: классификация, этиология. (Контроль компетенций – ПК-5).
2. Патогенез перитонита. (Контроль компетенций – ПК-5).
3. Перитониты: клиника, диагностика. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).

Раздел: Лечение острого перитонита.

1. Лечение перитонитов: предоперационная подготовка. (Контроль компетенций – ПК-8).
2. Лечение перитонитов: этапы хирургического вмешательства. (Контроль компетенций – ПК-8).
3. Принципы послеоперационного ведения больных с перитонитом. (Контроль компетенций – ПК-8).

Раздел: Неязвенные кровотечения.

1. Неязвенные гастродуоденальные кровотечения. Синдром Маллори-Вейса: особенности клиники, диагностики, лечения. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
2. Синдром портальной гипертензии. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода: особенности клиники, диагностики, лечения. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
3. Кровотечения из острых гастродуоденальных язв: классификация, клиника, диагностика, лечение. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Раздел: Травма живота.

1. Классификация, механизмы и виды абдоминальных травм. (Контроль компетенций – ПК-5).
2. Основы клинической и дополнительной диагностики повреждений паренхиматозных и полых органов брюшной полости. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
3. Общие подходы к лечению абдоминальной травмы. (Контроль компетенций – ПК-8).
4. Маршрутизация, объем хирургической помощи на этапах медицинской эвакуации. (Контроль компетенций – ПК-8).

Раздел: Основы оперативной техники.

1. Принципы, виды, этапы оказания хирургической помощи. (Контроль компетенций – ПК-8).
2. Неотложные хирургические манипуляции. (Контроль компетенций – ПК-8).
3. Хирургическая обработка ран, основные принципы, виды швов. (Контроль компетенций – ПК-8).
4. Виды и способы дренирования гнойных ран. (Контроль компетенций – ПК-8).
5. Хирургическая операция (понятие, виды, этапы). (Контроль компетенций – ПК-8).
6. Послеоперационные осложнения, методы профилактики. (Контроль компетенций – ПК-8).

Раздел: Семиотика, диагностика урологических заболеваний.

1. Рентгенологическое обследование в урологии: обзорная, экскреторная урография; ретроградная, антеградная пиелография; уретро- и цистография. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
2. Острая задержка мочи, этиология, клиника. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
3. Острая задержка мочи, диагностика, лечебная тактика. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
4. Хроническая задержка мочи, этиология, клиника. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
5. Хроническая задержка мочи, диагностика, лечебная тактика. (Контроль компетенций – ПК-6, ПК-8).
6. Гематурия, причины, диагностика. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).

Раздел: Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов.

1. Пиелонефрит. Эпидемиология. Этиология и патогенез. (Контроль компетенций – ПК-5).
2. Пиелонефрит. Классификация. (Контроль компетенций – ПК-5).
3. Пиелонефрит. Клиническая картина. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
4. Пиелонефрит. Клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
5. Пиелонефрит. Принципы лечения, показания к хирургическому лечению и виды оперативных вмешательств. (Контроль компетенций – ПК-8).
6. Гестационный пиелонефрит, эпидемиология, этиология, патогенез. (Контроль компетенций – ПК-5).
7. Гестационный пиелонефрит, клиника. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
8. Гестационный пиелонефрит, диагностика. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
9. Гестационный пиелонефрит, лечебная тактика. (Контроль компетенций – ПК-8).
10. Цистит, эпидемиология, этиология, классификация. (Контроль компетенций – ПК-5).
11. Цистит, клиника, диагностика, лечение. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Раздел: Мочекаменная болезнь (МКБ).

1. Мочекаменная болезнь, эпидемиология, этиология. (Контроль компетенций – ПК-5).

2. Мочекаменная болезнь. Клиническая картина. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
3. Мочекаменная болезнь. Диагностика. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
4. Почечная колика. Лечебная тактика. (Контроль компетенций – ПК-8).
5. Почечная колика. Причины возникновения, диагностика, лечение. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
6. Мочекаменная болезнь. Методы лечения. (Контроль компетенций – ПК-8).

Раздел: Новообразования органов мочеполовой системы (МПС).

1. Опухоли почки. Эпидемиология, этиология. (Контроль компетенций – ПК-5).
2. Опухоли почки. Классификация. (Контроль компетенций – ПК-5).
3. Опухоли почки. Клиника, диагностика. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
4. Опухоли почки. Лечение. (Контроль компетенций – ПК-8).
5. Опухоли мочевого пузыря. Эпидемиология, этиология. (Контроль компетенций – ПК-5).
6. Опухоли мочевого пузыря. Классификация. (Контроль компетенций – ПК-5).
7. Опухоли мочевого пузыря. Клиника, диагностика. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
8. Опухоли мочевого пузыря. Лечение. (Контроль компетенций – ПК-8).
9. Опухоли яичка. Классификация. Диагностика. Лечение. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
10. Опухоль Вилмса, этиология, клиника, лечение. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Раздел: Травма органов мочеполовой системы (МПС).

1. Повреждения почки. Классификация закрытых повреждений почки. (Контроль компетенций – ПК-5).
2. Повреждения почки. Классификация открытых повреждений почки. (Контроль компетенций – ПК-5).
3. Повреждения почки. Клиническая картина. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
4. Повреждения почки. Методы диагностики. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
5. Повреждения почки. Лечебная тактика. (Контроль компетенций – ПК-8).
6. Повреждения мочеточника. Этиология, клиника. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
7. Повреждения мочеточника. Диагностика, лечебная тактика. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
8. Повреждения мочевого пузыря. Классификация, этиология. (Контроль компетенций – ПК-5).
9. Повреждения мочевого пузыря. Клиника, диагностика. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
10. Повреждения мочевого пузыря. Лечебная тактика. (Контроль компетенций – ПК-8).
11. Повреждения мочеиспускательного канала. Классификация, этиология. (Контроль компетенций – ПК-5).
12. Повреждения мочеиспускательного канала. Клиника, диагностика. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6).
13. Повреждения мочеиспускательного канала. Лечебная тактика. (Контроль компетенций – ПК-8).
14. Повреждения органов мошонки. Этиология, клиника, лечебная тактика. (Контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Критерии оценки:

Оценка «отлично» выставляется, если обучающийся полностью раскрыл знания причин, патогенеза, классификации заболеваний хирургического профиля, продемонстрировал умения по клинической диагностике и разработке диагностической программы при конкретном хирургическом заболевании, правильно установил клинический диагноз в соответствии с современными классификациями, оценил результаты лабораторно-инструментальных исследований, обосновал основные направления лечебной программы, показания к оперативному лечению, описал последовательность хирургического вмешательства, разработал программу лечебно-реабилитационных

мероприятий в послеоперационном периоде.

Оценка «хорошо» выставляется, если обучающийся допустил несущественные ошибки при рассмотрении вопросов, что позволило ему без принципиальных замечаний раскрыть знания причин, патогенеза, классификации заболеваний хирургического профиля, продемонстрировать умения по клинической диагностике и разработке диагностической программы при конкретном хирургическом заболевании, установить клинический диагноз в соответствии с современными классификациями, оценить результаты лабораторно-инструментальных исследований, обосновать основные направления лечебной программы, показания к оперативному лечению, описать этапы хирургического вмешательства и направления лечебно-реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если обучающийся допустил частичные ошибки при рассмотрении вопросов, что позволило ему не полностью раскрыть знания причин, патогенеза, классификации заболеваний хирургического профиля, продемонстрировать умения по клинической диагностике и разработке диагностической программы при конкретном хирургическом заболевании, установить клинический диагноз в соответствии с современными классификациями, оценить результаты лабораторно-инструментальных исследований, обосновать основные направления лечебной программы, показания к оперативному лечению, описать этапы хирургического вмешательства и направления лечебно-реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если обучающийся допустил ряд существенных ошибок, что при рассмотрении вопросов не позволило полностью раскрыть знания причин, патогенеза, классификации заболеваний хирургического профиля, продемонстрировать умения по клинической диагностике и разработке диагностической программы при конкретном хирургическом заболевании, установить клинический диагноз в соответствии с современными классификациями, оценить результаты лабораторно-инструментальных исследований, обосновать основные направления лечебной программы, показания к оперативному лечению, описать этапы хирургического вмешательства и направления лечебно-реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде.

3.2. Примерные тестовые задания, критерии оценки

1 уровень (выберите комбинацию правильных ответов)

1. Морфологическими формами острого аппендицита являются (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6):
 - а) гангренозный аппендицит;
 - б) перфоративный аппендицит;
 - в) некротический аппендицит;
 - г) флегмонозный аппендицит;
 - д) катаральный аппендицит.
2. Клинические симптомы острого аппендицита (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6):
 - а) симптом Бартомье-Михельсона;
 - б) триада Мондорра;
 - в) симптом Ортнера;
 - г) симптом Раздольского;
 - д) симптом Ровзинга.
3. К развитию острого аппендицита приводят (контроль компетенций – ПК-5):
 - а) обтурация каловым камнем;
 - б) глистная инвазия;
 - в) закупорка инородными телами;
 - г) перекрут аппендикса;
 - д) травма червеобразного отростка.
4. Характерными особенностями клинических проявлений острого аппендицита у детей являются (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6):

- а) превалирование общих симптомов над местными;
 - б) быстрое развитие деструктивных форм;
 - в) кровянистые выделения из прямой кишки;
 - г) выраженные диспептические явления;
 - д) быстрое развитие аппендикулярного инфильтрата.
5. Червеобразный отросток может иметь расположение (контроль компетенций – ПК-5):
- а) ретроуденальное;
 - б) тазовое;
 - в) поддиафрагмальное;
 - г) ретроцекальное;
 - д) левостороннее.
6. Жизнеспособность ущемленной кишки предусматривает оценку (контроль компетенций – ПК-5):
- а) цвета кишки;
 - б) наличия перистальтики;
 - в) пульсации сосудов брыжейки;
 - г) выпота в грыжевом мешке;
 - д) вздутия ущемленной кишки.
7. Тактика при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи включает (контроль компетенций – ПК-8):
- а) больного можно отпустить домой, а оперировать затем в плановом порядке;
 - б) госпитализацию;
 - в) экстренное грыжесечение;
 - г) экстренную лапаротомию с ревизией кишечника;
 - д) операцию при развитии перитонита.
8. Мероприятиями при длительно существующем ущемлении паховой грыжи являются (контроль компетенций – ПК-8):
- а) введение спазмолитиков;
 - б) введение наркотических анальгетиков;
 - в) транспортировка в хирургический стационар;
 - г) вправление грыжи;
 - д) экстренная операция.
9. Рихтеровское ущемление характеризуется (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6):
- а) узкими грыжевыми воротами;
 - б) признаками кишечной непроходимости;
 - в) ущемлением пряди большого сальника;
 - г) ущемлением дивертикула Меккеля;
 - д) ущемлением противобрыжечного края кишки.
10. Грыжа Литтре характеризуется (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6):
- а) ущемлением дивертикула Меккеля;
 - б) ущемление аппендикса;
 - в) ущемлением двух петель тонкой кишки;
 - г) ущемлением стенки мочевого пузыря;
 - д) ущемлением противобрыжечного края стенки кишки.
11. Признаками флегмоны грыжевого мешка являются (контроль компетенций – ПК-5):
- а) свободный газ в брюшной полости;
 - б) боль в области грыжевого выпячивания;
 - в) невраивимость грыжи;
 - г) гиперемия кожи над грыжевым выпячиванием;
 - д) положительный симптом «кашлевого толчка».
12. При сомнительных признаках нежизнеспособности ущемленной кишки производят (контроль компетенций – ПК-8):
- а) введение раствора новокаина в брыжейку ущемленного участка;
 - б) прошивание брыжейки ущемленной кишки и погружение в брюшную полость;

- в) интубацию тонкой кишки;
 - г) обкладывание кишки салфетками, смоченными в теплом физрастворе;
 - д) резекцию ущемленной кишки.
13. Клиническими признаками острого холангита являются (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6):
- а) высокая температура;
 - б) боли в правом подреберье;
 - в) желтуха;
 - г) боли опоясывающего характера;
 - д) вздутие живота.
14. Диагностика холангиолитиаза включает (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6):
- а) ультразвуковое исследование;
 - б) клинические методы;
 - в) эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию;
 - г) пероральную холецистографию;
 - д) внутривенную холецистохолангиографию.
15. Показаниями к интраоперационной ревизии желчных протоков являются (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6):
- а) перенесенный панкреатит;
 - б) частые приступы желчных колик;
 - в) признаки воспаления желчного пузыря;
 - г) увеличение диаметра общего желчного протока;
 - д) желтуха до операции.
16. Синдрому Курвуазье соответствует сочетание клинических симптомов (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6):
- а) увеличенный безболезненный желчный пузырь;
 - б) видимая желтушность склер и кожи;
 - в) увеличенный болезненный бугристый край печени;
 - г) асцит;
 - д) мышечное напряжение в правом подреберье.
17. Формы острого холецистита (контроль компетенций – ПК-5):
- а) сосудистый;
 - б) ферментативный;
 - в) идиопатический;
 - г) калькулезный;
 - д) ятрогенный.
18. Симптомами острого холецистита являются (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6):
- а) Мерфи;
 - б) Ортнера;
 - в) Боткина;
 - г) Ровзинга;
 - д) Спигарного.
19. Триада Шарко при осложненном течении острого холецистита включает (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6):
- а) боль в правом подреберье;
 - б) высокая температура;
 - в) признаки желтухи;
 - г) неукротимая рвота;
 - д) вздутие живота.
20. Признаками перфорации желчного пузыря вследствие острого холецистита являются (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6):
- а) внезапное усиление болей;
 - б) ригидность мышц по правому флангу;
 - в) многократная рвота;

- г) лейкоцитоз;
 д) симптом Щеткина-Блюмберга.

2 уровень (установите соответствие и определите последовательность действий)

1. Выберите показания для проведения оперативных вмешательств (по срокам) при остром холецистите (контроль компетенций – ПК-8):

показания и цели операции	сроки операции
наличие признаков перитонита	экстренная
появление желтушности склер и кожи при консервативном лечении острого холецистита	срочная
частые болевые приступы при наличии холецистолитиаза	плановая
проводится в сроки до 6 часов с момента выявления заболевания	
нарастание интоксикации	
выполняется с целью профилактики прогрессирования заболевания	

2. Интерпретируйте следующие эпонимные симптомы острого холецистита (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6):

описание симптома	эпоним
резкая боль при введении кисти руки в область правого подреберья на вдохе	симптом Образцова
непроизвольная задержка дыхания на вдохе при ограничении экскурсии грудной клетки и надавливании на правое подреберье	симптом Мерфи
гиперестезия кожи, болезненность в точке Кера	симптом Кера
болезненность в правом подреберье во время вдоха	симптом Маккензи

3. Выберите оптимальную технологию оперативного вмешательства при остром холецистите (контроль компетенций – ПК-8):

показания	оперативный способ
1. острый холецистит в сочетании с признаками распространенного перитонита	1. традиционная открытая холецистэктомия
1. острый холецистит у пациентов с ранее перенесенными операциями	2. лапароскопическая холецистэктомия
3. неосложненный острый холецистит	3. открытая холецистэктомия посредством мини-доступа

4. Установите последовательность этапов холецистэктомии «от дна» (контроль компетенций – ПК-8):

1. лапаротомия
2. ревизия брюшной полости
3. выделение желчного пузыря из печеночного ложа

4. перитонизация ложа желчного пузыря
5. лигирование и пересечение пузырной артерии
6. пересечение и перевязка пузырного протока
7. удаление желчного пузыря

5. Определите интраоперационную последовательность действия хирурга в случае сочетания острого холецистита с механической желтухой (контроль компетенций – ПК-8):

1. выделение, осмотр и пальпация желчных путей и поджелудочной железы
2. холецистэктомия
3. дренирование по Холстеду-Пиковскому
4. интраоперационная холангиография
5. холедохотомия

3 уровень (в каждом из заданий выберите оптимальный ответ на поставленные вопросы)

1. На прием к хирургу поликлиники обратился больной М. 19 лет с жалобами на интенсивную боль в правой подвздошной области, тошноту, рвоту жидкий стул, повышение температуры тела до 38 градусов. Болеет в течение суток. При осмотре: состояние больного средней степени тяжести, в сознании, кожные покровы бледно-розового цвета, живот не вздут, симметричный, при пальпации болезненный и напряженный в правой подвздошной области. Симптомы Воскресенского, Ровзинга, Ситковского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в правой подвздошной области.

Выберите предварительный диагноз (контроль компетенций – ПК-5):

- 1) острый аппендицит;
- 2) острый холецистит;
- 3) правосторонняя почечная колика;
- 4) перфоративная язва ДПК.

Тактика хирурга в сложившейся ситуации предусматривает (контроль компетенций – ПК-6):

- 1) экстренно направить пациента в хирургический стационар;
- 2) назначить ультразвуковое исследование;
- 3) назначить анализы, назначить антибиотики, анальгетики, осмотр в динамике на следующие сутки при наличии результатов исследования;
- 4) назначить анализы, плановая госпитализация.

Определите наиболее значимый объем диагностических исследований в данном клиническом случае (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6):

- 1) общий анализ крови, общий анализ мочи, RW, группа крови, резус-фактор;
- 2) УЗИ брюшной полости;
- 3) обзорная рентгеноскопия брюшной полости;
- 4) компьютерная томография.

Хирургическая тактика предусматривает (контроль компетенций – ПК-8):

- 1) консервативная терапия;
- 2) экстренная аппендэктомия через доступ Волковича-Дьяконова;
- 3) экстренная лапаротомия, аппендэктомия;
- 4) экстренная аппендэктомия через доступ Бергмана-Израеля.

2. В участковую больницу к хирургу обратился больной А., 20 лет, который предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, сухость во рту. Боли появились 3-е суток назад, но были не очень интенсивными, к врачам не обращался. Сегодня боли несколько усилились. При обследовании: состояние удовлетворительное. Температура 37,6 градусов. Живот обычной формы, при пальпации болезненный в правой подвздошной области. Здесь пальпируется плотное, болезненное

опухолевидное образование, неподвижное, размерами 8х6 см. Симптомов раздражения брюшины нет.

Ваш предположительный диагноз (контроль компетенций – ПК-5):

- 1) заворот тонкой кишки
- 2) аппендикулярный инфильтрат
- 3) опухоль слепой кишки
- 4) периаппендикулярный абсцесс

Дальнейшие врачебные действия предусматривают (контроль компетенций – ПК-6):

- 1) назначение дополнительного обследования, повторную явку с их результатами;
- 2) назначить лечение, повторная явка через 2 дня;
- 3) госпитализация пациента в хирургический стационар;
- 4) госпитализация пациента в терапевтический стационар.

Выберите тактику лечения (контроль компетенций – ПК-8):

- 1) консервативная терапия;
- 2) аппендэктомия через доступ Волковича-Дьяконова, дренирование брюшной полости;
- 3) аппендэктомия через доступ Волковича-Дьяконова, тампонирование брюшной полости;
- 4) лапаротомия, аппендэктомия, дренирование, тампонирование брюшной полости.

Перечислите возможные показания к операции (контроль компетенций – ПК-8):

- 1) сохранение болевой симптоматики;
- 2) признаки абсцедирования;
- 3) сохранение субфибрилитета;
- 4) уменьшение образования в размерах.

4. Больной 50 лет вызвал бригаду скорой помощи по поводу сильных болей в паховой области, возникшие 10 часов назад после физической нагрузки. Появилось невправимое образование в паховой области. Боли распространились по всему животу. Со слов страдал паховой грыжей в течение 7 лет, от оперативного лечения отказывался. На данный момент появилась тошнота, икота, многократная рвота. Сначала в рвотных массах определялось желудочное содержимое, затем оно стало темным с примесью желчи. Объективно: температура тела 37,4 градусов, пульс 125 ударов в минуту. АД 100/50 мм рт. ст., в правой паховой области определяется невправимое резко болезненное напряженное подкожное выпячивание размерами 5х4см, симптом кашлевого толчка отрицательный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, перистальтика неравномерная.

Ваш предположительный диагноз (контроль компетенций – ПК-5):

- 1) ущемленная правосторонняя паховая грыжа;
- 2) паховый лимфаденит справа;
- 3) липома правой паховой области;
- 4) водянка оболочек правого семенного канатика.

Выберите определяющий метод дополнительной диагностики (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6):

- 1) обзорная рентгеноскопия брюшной полости;
- 2) ультразвуковое исследование;
- 3) компьютерная томография;
- 4) контрастная энтерография.

Определите тактику лечения (контроль компетенций – ПК-8):

- 1) экстренная операция;
- 2) консервативное лечение, при сохранении болей срочная операция;
- 3) попытаться вправить выпячивание, оперировать больного при невозможности вправления;
- 4) бандажирование.

В случае явных признаков некроза участка тонкой кишки необходимо выполнить (контроль компетенций – ПК-8):

- 1) резекцию некротизированного участка кишки, формирование анастомоза «конец в конец»;
- 2) выполнить «реанимацию» кишечного сегмента;

- 3) вправить ущемленный участок в брюшную полость;
- 4) резекцию некротизированного участка, формирование анастомоза «бок в бок».

Критерии оценки:

- «зачтено» - не менее 71% правильных ответов;
- «не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

3.3. Примерные ситуационные задачи, критерии оценки

Задача №1 (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больной К., 34 лет направлен из поликлиники в экстренное хирургическое отделение.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 2-х дней, когда отметил появление болей тянущего характера в подложечной области, которые в последующем переместились в правую подвздошную область, была трехкратная рвота пищей. В течение этих дней боли не стихали, появилось повышение температуры до 37,8°C, поэтому обратился в участковому терапевту. В течение 16 лет страдает язвенной болезнью ДПК, неоднократно лечился стационарно.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Язык суховат, обложен белым налетом. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 82 удара в минуту, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется локальная болезненность в правой подвздошной области, там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона положительные. Перистальтика не усилена. Стул был накануне дважды кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.

В общем анализе крови определяется лейкоцитоз до $15 \times 10^9/\text{л}$, общий анализ мочи без патологии.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Причины развития данного заболевания.
3. Тактика лечения данного больного.

Задача №2 (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больная А., 28 лет поступила в экстренное хирургическое отделение с жалобами на постоянные боли внизу живота, усиливающиеся при кашле, изменении положения тела, однократную рвоту.

Из анамнеза: больна в течение 8 часов, когда появилось чувство тяжести в околопупочной области, которое спустя некоторое время стихло, но начали беспокоить боли в нижних отделах живота. Была однократная рвота желчью, не приносящая облегчения. Бригадой СМП доставлена в ЭХО. При поступлении температура 37,4°C.

Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Язык влажный. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 78 ударов в минуту, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется болезненность в нижних отделах, больше в правой подвздошной области, где определяется ригидность мышц. Симптомы Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона положительные, Щеткина-Блюмберга отрицательный. Стул, диурез в норме.

В общем анализе крови: эритроциты – $4 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 134 г/л, лейкоциты – $10 \times 10^9/\text{л}$; в общем анализе мочи: лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Основные этапы оперативного вмешательства.
3. Напишите лист врачебных назначений в послеоперационном периоде.

Задача №3 (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больной Б., 22 лет поступил в ЭХО с жалобами на боли в животе, рвоту двухкратную пищей, слезью, повышение температуры до 38,5°C, задержку стула, газов в течение 2-х суток. Болен 3-е суток, когда появились боли в области желудка, которые постепенно переместились в правую подвздошную область, была рвота. За мед. помощью не обращался, принимал кеторол без значительного улучшения. Сегодня состояние ухудшилось: в течение последних 3-х часов боли усилились, распространились по всему животу.

Объективно: состояние тяжелое. Кожа физиологической окраски, на ощупь горячая, покрыта потом. Язык сухой. В легких дыхание без хрипов, частота дыхательных движений – 22 в минуту. Пульс – 98 ударов в минуту, ритмичный, АД – 90/60 мм рт. ст. Живот подвздут, симметричный, ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации живот напряжен по правому флангу, в нижних отделах, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика неравномерная, ослаблена, «шума плеска» не выслушивается. Стул был 2 дня назад. Диурез не снижен.

В общем анализе крови выявлен лейкоцитоз до $18 \times 10^9/\text{л}$, общий анализ мочи без патологии.

Ректальное исследование болезненное, определяется нависание передней стенки прямой кишки.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дифференциальная диагностика
3. Особенности оперативного вмешательства в данной ситуации.

Задача №4 (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больной В., 26 лет поступил в состоянии средней степени тяжести с жалобами на боли в животе, однократную рвоту, повышение температуры до 37,6°C.

Из анамнеза: болен течение 5-ти часов, когда внезапно появились резкие боли в эпигастральной области, которые позднее стали локализоваться в правой подвздошной области. Боли в эпигастрии спустя 2 часа уменьшились. В анамнезе язвенная болезнь ДПК.

Объективно: сознание ясное, положение вынужденное (согнувшись, сидя). Кожа физиологической окраски. Язык сухой. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 86 ударов в минуту, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, ограниченно участвует в акте дыхания. В положении на спине боли усиливаются. При пальпации живот болезненный и напряженный в правой подвздошной области, там же определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптомы Раздольского, Ситковского, Воскресенского положительные.

В общем анализе крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 150/л, лейкоциты – $13 \times 10^9/\text{л}$, в общем анализе мочи: лейкоциты – 0-1 в поле зрения.

С диагнозом «острый аппендицит» больной взят на операцию. Доступом Волковича-Дьяконова вскрыта брюшная полость, выявлен мутный выпот в большом количестве, париетальная брюшина слегка гиперемирована, червеобразный отросток и слепая кишка не изменены.

Контрольные вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Перечислите мероприятия по предупреждению развившегося состояния.
3. Дальнейшая интраоперационная тактика.

Задача №5 (контроль компетенций – ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больной М., 27 лет обратился к хирургу в поликлинику с жалобами на боли в правой подвздошной, поясничной областях, повторную рвоту, учащенное мочеиспускание. Болен в течение 1 суток, когда появились вышеперечисленные жалобы. Самостоятельно принимал но-шпу с незначительным эффектом. Подобные явления возникли впервые.

При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, правильного телосложения. Со стороны органов сердечно-сосудистой, легочной систем без патологии. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот не напряжен, безболезненный. При глубокой пальпации определяется болезненность в подвздошной области, мезогастррии справа. Симптомы Раздольского, Бартомье-Михельсона сомнительны, Щеткина-

Блумберга отрицательный. Пальпация правой поясничной области, треугольника Пти несколько болезненна, симптом поколачивания поясничной области справа положительный.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 145/л, лейкоциты – $12 \times 10^9/л$; общий анализ мочи: лейкоциты – 3-4, эритроциты – 1-2 в полях зрения.

Контрольные вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Алгоритм диагностики.
3. Особенности хирургической тактики.

Критерии оценки:

- **«отлично»** - обучающийся активно, без наводящих вопросов отвечает правильно и в полном объеме на поставленные вопросы; при решении ситуационной задачи ответ содержит полную информацию о симптомах, имеющихся у пациента, с объяснением их патогенеза; о синдромах и нозологической принадлежности заболевания; обоснованно назначает дополнительное обследование и интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; обучающийся может провести дифференциальный диагноз в рамках патологии, в полном объеме назначает и обосновывает необходимое лечение, знает фармакологические группы препаратов, механизм действия препаратов, главные противопоказания и побочные эффекты.

- **«хорошо»** - обучающийся отвечает правильно и в полном объеме, но в процессе собеседования ставились наводящие вопросы.

- **«удовлетворительно»** - обучающийся правильно выявляет симптомы и синдромы и объясняет их патогенез, определяет нозологическую принадлежность болезни. Допускается неполное выделение симптомов при условии, что это не помешало правильно выявить синдромы; неполное выделение или неполное объяснение синдромов при условии, что диагностическая принадлежность заболевания была определена правильно; неполная интерпретация результатов дополнительного обследования; не полностью сформулированы основные направления лечения; ответы на вопросы даются в достаточном объеме после наводящих вопросов, обучающийся показал понимание патогенетической сути симптомов и синдромов, принадлежность синдромов к нозологической форме.

- **«неудовлетворительно»** - у обучающегося отсутствует понимание сущности и механизма отдельных симптомов и синдромов, в том числе ведущего; обучающийся не умеет оценить результаты дополнительных исследований; не понимает сущности механизма лабораторных синдромов; не понимает принципов лечения; не может исправить пробелы в ответе даже при наводящих и дополнительных вопросах.

3.4. Примерные практические навыки, критерии оценки

3.4.1. Примерный перечень практических навыков

1. Оформление медицинской документации (медицинская карта стационарного больного). (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6).
2. Основы клинической диагностики: сбор анамнеза, пальпация, перкуссия, аускультация. Определение клинических симптомов urgentных заболеваний органов брюшной полости, абдоминальной травмы. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6).
3. Интерпретация результатов лабораторно-инструментальных исследований: общего и биохимического анализа крови, данные ультразвукового и эндоскопических исследований, рентгенограмм, томограмм, результатов биопсии. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6).
4. Определение группы крови, резус-фактора. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6).
5. Проведение гемотрансфузии. (Контроль компетенции – ПК-8).
6. Первичная хирургическая обработка ран. (Контроль компетенции – ПК-8).
7. Оказание неотложной помощи при жизнеугрожающих состояниях. (Контроль компетенции – ПК-8).

3.4.2. Примерная тематика заданий для проверки практических навыков

1. Острый аппендицит. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8).

2. Осложнения острого аппендицита. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
3. Наружные грыжи живота. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
4. Ущемленные грыжи. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
5. Желчнокаменная болезнь. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
6. Острый холецистит. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
7. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
8. Острый панкреатит. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
9. Осложнения острого панкреатита. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
10. Заболевания толстой кишки. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
11. Острая кишечная непроходимость. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
12. Отдельные виды острой кишечной непроходимости. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
13. Диагностика острого перитонита. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
14. Лечение острого перитонита. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
15. Неязвенные кровотечения. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
16. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
17. Мочекаменная болезнь. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8).
18. Новообразования органов мочеполовой системы. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Критерии оценки:

- «зачтено» - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;
- «не зачтено» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

3.5. Примерные задания к написанию учебной истории болезни/листа курации, критерии оценки

3.5.1. Примерная тематика учебной истории болезни/листа курации

1. Острый аппендицит. (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
2. Осложнения острого аппендицита. (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
3. Наружные грыжи живота. (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
4. Ущемленные грыжи. (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
5. Желчнокаменная болезнь. (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
6. Острый холецистит. (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
7. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
8. Острый панкреатит. (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
9. Осложнения острого панкреатита. (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
10. Заболевания толстой кишки. (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
11. Острая кишечная непроходимость. (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
12. Отдельные виды острой кишечной непроходимости (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
13. Диагностика острого перитонита. (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

14. Лечение острого перитонита. (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
15. Неязвенные кровотечения. (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
16. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов. (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
17. Мочекаменная болезнь. (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
18. Новообразования органов мочеполовой системы. (Контроль компетенции – ОПК-4, ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

3.5.2. Примерная структура истории болезни

1. Жалобы больного в момент поступления: основные, опрос по системам.
2. История развития заболевания (анамнез заболевания).
3. История жизни больного (анамнез жизни).
4. Объективное обследование: общие данные, обследование по системам, местные признаки основного заболевания (локальный статус).
5. Предварительный диагноз.
6. План обследования больного.
7. Результаты специальных (дополнительных) методов обследования.
8. Дифференциальный диагноз.
9. Клинический диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания) и его обоснование.
10. Этиология и патогенез заболевания.
11. Лечение: общие принципы лечения, план лечения курируемого больного, метод лечения и его обоснование, «Лист назначений» (консервативная терапия до- и после операции), предоперационный эпикриз, протокол операции.
12. Течение болезни (дневники).
13. Окончательный диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания).
14. Эпикриз (заключение по поводу течения и исхода болезни).
15. Прогноз.
16. Список использованной литературы.
17. Дата сдачи истории болезни и подпись куратора.

3.5.3. Примерная структура листа курации

1. Краткие паспортные данные о пациенте в доступном варианте.
2. Жалобы при поступлении:
 - связанные с основным заболеванием;
 - связанные с сопутствующими заболеваниями;
3. Развитие заболевания (время появления начальных признаков, их динамика, лечение до поступления в клинику).
4. Особенности анамнеза жизни (перенесенные заболевания, наследственность, гинекологический анамнез).
5. Объективный статус (температура, общее состояние).
6. Данные общего осмотра по системам органов.
7. Данные осмотра живота.
8. Данные пальпации живота.
9. Данные перкуссии живота.
10. Данные аускультации живота.
11. Специфические (эпонимные) симптомы заболеваний.
12. Предварительный диагноз.
13. Перечень заболеваний, требующих дифференциальной диагностики.
14. Необходимые дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
15. План лечения.

Критерии оценки:

- **«отлично»** - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни/листа курации с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, логично, использована современная медицинская терминология. Правильно собран анамнез с соблюдением этических и деонтологических норм, проведен физикальный осмотр, клиническое обследование, проанализированы результаты современных лабораторно-инструментальных исследований и выделены патологические симптомы и синдромы заболевания, сформулирован клинический диагноз с учетом МКБ, назначены патогенетически оправданные методы диагностики, проведен дифференциальный диагноз с инфекционной и неинфекционной патологией, интерпретированы методы специфической диагностики, осуществлен алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии, профилактических мероприятий. Студент свободно и аргументировано анализирует научно-медицинскую информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических аспектов. Назначено адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение.

- **«хорошо»** - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, литературным языком, использована современная медицинская терминология. Допущены недочеты при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализа состояния, выделении клинических синдромов, формулировке клинического диагноза, проведении дифференциального диагноза, назначении патогенетически оправданных методов диагностики и алгоритма выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии. Студент анализирует информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических и лечебных аспектов.

- **«удовлетворительно»** - работа не полностью соответствует правилам оформления истории болезни. Допущены ошибки в употреблении терминов, при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализе состояния, выделении синдромов. Имеются неточности при формулировке клинического диагноза, выделении основной и сопутствующей патологии, назначении методов диагностики и лечения. Не сделано заключение по дифференциальному диагнозу и оценке лабораторных данных.

- **«неудовлетворительно»** - история болезни не соответствует правилам оформления. Допущены существенные ошибки в сборе анамнеза, проведении физикального обследования, выделении синдромов и формулировке диагноза, составлении плана обследования и лечения, неправильно интерпретированы лабораторные данные и проведен дифференциальный диагноз. Содержание истории болезни не отражает патологии курируемого больного или работа написана не по курируемому больному.

3.6. Примерное задание к написанию реферата.

Написание реферата осуществляется в случаях пропуска обучающимися лекций, предусмотренных рабочей программой согласно тематического плана. (Контроль компетенции –ПК-5, ПК-6, ПК-8).

3.6.1. Примерная реферативная тематика

1. Современные особенности хирургического лечения острого аппендицита.
2. Особенности лечебно-диагностической программы при осложненном течении острого панкреатита.
3. Современные подходы к хирургическому лечению язвенной болезни.
4. Хирургическая тактика при осложнениях язвенной болезни.
5. Инфицированный панкреонекроз (клиника, диагностика, лечение).
6. Физиология образования и выделения желчи.
7. Современный взгляд на развитие желчнокаменной болезни (ЖКБ).
8. Инструментальная диагностика ЖКБ: современные возможности.
9. Альтернативные методы лечения ЖКБ.
10. Тактические подходы к лечению осложнений острого холецистита.

11. Особенности клинического течения острого холецистита у больных пожилого возраста.
12. Клинические формы острого холецистита.
13. Редкие виды грыж передней брюшной стенки.
14. Инструментальная диагностика наружных грыж живота.
15. Видеолапароскопические технологии в лечении абдоминальных грыж.
16. Современные материалы в хирургии грыж передней брюшной стенки.
17. Дифференциальная диагностика ущемления.
18. Лечебная тактика при ущемлении.
19. Плановое и экстренное грыжесечение: тактические особенности.
20. Флегмона грыжевого мешка.
21. Принципы профилактики наружных грыж живота.
22. Абдоминальный сепсис.
23. Послеоперационный перитонит.
24. Анаэробный перитонит.
25. Принципы лечения перитонита.
26. Способы завершения операции при перитоните.
27. Программа антибактериальной терапии при перитоните.
28. Экстракорпоральные методы детоксикации.
29. Методы лечения абсцессов брюшной полости.
30. Методы обследования толстой кишки.
31. Современные подходы к консервативному лечению неспецифического язвенного колита (НЯК).
32. Принципы консервативного лечения болезни Крона.
33. Хирургическая тактика и объем хирургических вмешательств при НЯК.
34. Малоинвазивные методы хирургического лечения геморроя.
35. Современные тенденции в хирургии геморроя.
36. Хирургическое лечение острого и хронического парапроктита.
37. Онкологическая настороженность в практике хирурга.
38. Современные принципы диагностики и лечения рака прямой кишки.
39. Выпадение прямой кишки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
40. Абдоминальная травма и травматическая болезнь.
41. Абдоминальный травматический шок.
42. Особенности обследования пострадавших с абдоминальной травмой.
43. Принципы лечения пострадавших с травмой полых органов.
44. Принципы лечения пострадавших с травмой паренхиматозных органов.
45. Принципы инфузионно-трансфузионной терапии при внутрибрюшном кровотечении.
46. Основы эндохирургии.
47. Амбулаторная оперативная помощь.
48. Кровотечения неязвенной этиологии.
49. Основы оперативной техники.

3.6.2. Примерная структура реферата

1. Оглавление
2. Главы
 - 2.1. Актуальность проблемы.
 - 2.2. Общие вопросы по проблеме:
 - 2.2.1. Анатомо-физиологические аспекты.
 - 2.2.2. Классификация.
 - 2.2.3. Современные теории этиопатогенеза.
 - 2.2.4. Общая синдромология и семиотика.
 - 2.2.5. Методы диагностики.
 - 2.2.6. Дифференциальная диагностика.
 - 2.2.7. Современные методы лечения.

- 2.2.8. Методы и средства реабилитации.
- 2.2.9. Исходы, осложнения, прогноз (экспертиза трудоспособности).
- 2.2.10. Меры профилактики.
3. Выводы.
4. Список используемой литературы.

3.6.3. Примерные требования к оформлению реферата

2. Объем работы – 15-20 машинописных листов формата А4.
3. Поля: верхнее и нижнее – по 2 см, левое – 3 см, правое – 1 см.
4. Нумерация страниц: сверху справа; титул – без номера.
5. Шрифт: Times New Roman, 14
6. Междустрочный интервал – полуторный.
7. Содержание реферата должно строго соответствовать тематике.
8. Изложение информации осуществляется согласно составленного плана.
9. Реферат, содержание которого полностью представлено выдержками или полной копией информационного источника, к рассмотрению не принимаются.
10. Список литературы включает современные информационные источники не старше 10 лет (учебные пособия, монографии, журнальные статьи, стандарты, протоколы, клинические рекомендации, электронные источники).

Критерии оценки:

- **оценка «зачтено»** выставляется, если студент при написании реферата полностью актуализировал тематику работы, четко сформулировал цели и задачи реферативного обзора, провел обзор современной литературы определенной тематики, в полном объеме выполнил теоретический анализ литературного обзора, квалифицированно изложил материал современным литературным языком, оформил реферат в соответствии с установленными требованиями, обосновал выводы в соответствии с поставленными задачами, в работе возможны незначительные ошибки, которые существенно не повлияли на содержание и достигнутые результаты.
- **оценка «не зачтено»** выставляется, если студент допустил ряд принципиальных ошибок, что при написании реферата не позволило полностью актуализировать тематику работы, четко сформулировать цели и задачи реферативного обзора, провести обзор современной литературы определенной тематики, в полном объеме выполнить теоретический анализ литературного обзора, квалифицированно изложить материал современным литературным языком, оформить реферат в соответствии с установленными требованиями, обосновать выводы в соответствии с поставленными задачами.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

4.1. Методика проведения тестирования

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине, проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины.

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину. В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (раздела) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (раздел).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации
	Экзамен
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	30
Кол-во баллов за правильный ответ	1
Всего баллов	30
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	15
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	30
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	5
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	40
Всего тестовых заданий	50
Итого баллов	100
Мин. количество баллов для аттестации	71

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом экзамена независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете и не более полутора академических часов на экзамене.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности на экзамене. Время, отводимое на

тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете и не более полутора академических часов на экзамене.

Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено» или «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

4.2. Методика проведения приема практических навыков

Цель этапа промежуточной аттестации по дисциплине, проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины.

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину. В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины на последнем занятии по дисциплине, или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с экзаменационным собеседованием по усмотрению кафедры.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (раздел).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

Описание проведения процедуры:

Оценка уровня освоения практических умений и навыков может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины.

Проверка освоения уровня практических навыков у постели больного.

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем дисциплины выдается лист курации пациента. После этого обучающийся получает индивидуального пациента с патологией, изученной в рамках программы оцениваемой дисциплины. Под контролем преподавателя дисциплины обучающийся проводит опрос, физикальное обследование индивидуального пациента. По завершению клинического обследования обучающемуся предоставляется дополнительное время для заполнения листа курации. Освоение уровня практических навыков осуществляется преподавателем дисциплины путем заполнения чек-листа, в котором отражаются оценка соблюдения

основных норм и правил сбора информации, медицинской этики и деонтологии, этапности проведения физикального обследования, последовательности и правильности заполнения разделов листа курации. При необходимости преподаватель вместе с оцениваемым вправе вернуться к индивидуальному пациенту для уточнения клинической симптоматики.

Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине выставляется оценка «не зачтено» или «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

4.3. Методика проведения устного собеседования

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине, проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины.

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину. В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины в соответствии с приказом о проведении промежуточной аттестации. Деканатом факультета может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (раздел), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

Описание проведения процедуры:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (раздела) и

других факторов.

Собеседование может проводиться по вопросам билета и по ситуационной задаче. Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме экзамена определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и экзаменационные ведомости и представляются в деканат факультета, за которым закреплена образовательная программа.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

4.4.Методика проведения проверки учебной истории болезни

Целью процедуры текущего контроля по дисциплине (модулю), проводимой в форме проверки учебной истории болезни, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение текущей аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль), по которой предусмотрено написание учебной истории болезни. В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины на последнем занятии по дисциплине или до дня проведения экзаменационного собеседования.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает в себя примерные темы учебной истории болезни. Обучающемуся преподавателем определяется тематический пациент.

Описание проведения процедуры:

Для рецензирования законченную работу студент сдает на кафедру в бумажном виде. Учебная история болезни подлежит проверке на наличие заимствований.

Проверка учебной истории болезни включает:

1. Соответствие изложения примерной структуре учебной и правилам оформления истории болезни.
2. Выявление ошибок и недочетов в работе.
3. Составление заключения.

Преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), выясняет соответствие работы поставленному заданию, самостоятельность выполнения работы, соблюдение этических и деонтологических норм, степень применения теоретических знаний на практике, анализирует недостатки и ошибки, оценивает стиль изложения и оформления.

Результаты процедуры:

Учебная история болезни оценивается по 4-х балльной шкале: «отлично», «хорошо»,

«удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценка заносится в ведомость посещаемости занятий по дисциплине.

4.5. Методика проведения проверки теоретических знаний в форме защиты реферата

Целью процедуры проверки теоретических знаний по дисциплине (модулю), проводимой в форме защиты реферата, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины), оценка способности обучающегося к самостоятельному, творческому мышлению, анализу данных современной медицинской литературы.

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение текущего контроля обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, имеющих пропуски занятий лекционного типа при освоении дисциплины (модуля). В случае, если обучающийся не проходил процедуру, проверка уровня усвоения знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций по дисциплине (модулю) осуществляется при проведении экзаменационного собеседования посредством дополнительных вопросов по тематике пропущенных лекций.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится в процессе изучения дисциплины (модуля) после факта установления пропуска занятия лекционного типа до дня проведения экзаменационного собеседования.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает в себя примерные темы для написания реферата, структуру написания реферата, критерии оценки. Обучающийся выбирает самостоятельно тему для работы.

Описание проведения процедуры:

На защите обучающийся должен хорошо ориентироваться в представленном реферате, уметь объяснить источники цифровых данных, отвечать на вопросы как теоретического, так и практического характера, относящиеся к его теме.

Перед защитой обучающийся готовится как по реферату в целом, так и по замечаниям преподавателя.

Защита состоит из краткого изложения обучающимся основных положений реферата. В конце своего сообщения он отвечает на замечания и вопросы преподавателя и обучающихся. При оценке реферата преподаватель учитывает как качество написания реферата, так и результаты его защиты.

Результаты процедуры:

Результат процедуры оценивается «зачтено», «не зачтено».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в журнал (ведомость) посещаемости лекций обучающихся.