

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 24.06.2018
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

«Госпитальная хирургия. Детская хирургия.

Модуль Госпитальная хирургия»

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

Направленность (профиль) ОПОП - Лечебное дело

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 6 лет

Кафедра Госпитальной хирургии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

1) ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденного Министерством образования и науки РФ от «09» февраля 2016 г, приказ № 95.

2) Учебного плана по специальности 31.05.01 Лечебное дело, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «27» июня 2018г, протокол № 5.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

кафедрой госпитальной хирургии «27» июня 2018г. (протокол № 12)

Заведующий кафедрой Бахтин В.А.

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

Председатель ученого совета факультета И.А. Частоедова

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

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

Профессор Бахтин В.А.

Доцент Онучин П.Г.

Рецензенты:

Главный внештатный хирург
Министерства здравоохранения
Кировской области, врач-хирург
1-го хирургического отделения
КОГБУЗ КОКБ, к.м.н. И.А.Попырин

Профессор кафедры
факультетской хирургии
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ
Минздрава России, к.м.н., доцент Е.С.Прокопьев

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)	4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)	4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП	4
1.4. Объекты профессиональной деятельности	5
1.5. Виды профессиональной деятельности	5
1.6. Формируемые компетенции выпускника	5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	9
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	10
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	10
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	13
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	32
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	50
3.7. Лабораторный практикум	50
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ	50
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	50
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)	50
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	50
4.2.1. Основная литература	51
4.2.2. Дополнительная литература	51
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	52
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	52
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	53
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	53
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	55
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	56

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

1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)

Цель освоения учебной дисциплины «Госпитальная хирургия» состоит в формировании у студентов системы теоретических знаний и практических навыков по диагностике и лечению и профилактике хирургических заболеваний органов грудной и брюшной полости, забрюшинного пространства, хирургической патологии артериальной и венозной систем, эндокринной системы, создании базы для становления медицинского работника соответствующего профиля и повышение общемедицинской эрудиции специалиста, способности специалиста действовать в различных ситуациях на основе сформированных компетенций.

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)

- сформировать у студентов умение пользоваться современными классификациями хирургических заболеваний, МКБ-10;
- сформировать умение проводить дифференциальную диагностику хирургических заболеваний между собой, а также с заболеваниями, которые изучаются на других дисциплинах (терапевтическими, эндокринологическими, неврологическими, акушерско-гинекологическими и т.д.), сходными по клинической картине;
- овладеть навыками составления диагностического алгоритма на основании знаний методов диагностики, порядка их назначения с учетом данных полученных при физикальном осмотре и изучения медицинской документации;
- сформировать у студентов навыков правильно формулировать диагноз, определять показания (противопоказания) к хирургическому лечению, выбрать и обосновать наиболее рациональный способ оперативного вмешательства с учетом последних достижений хирургии;
- сформировать у студентов навыков работы в хирургическом кабинете поликлиники, проведения медико-социальной и врачебной экспертизы хирургического больного;
- познакомить студентов со стандартами оказания медицинской помощи хирургическим больным;
- научить студентов выполнять хирургические манипуляции, предусмотренные реестром практических навыков;
- оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;
- довести до сведения студентов типичные ошибки, встречающиеся при работе с хирургическим больным, способы избежать их, а также штрафные санкции ОМС;
- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- участие в проведении медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Госпитальная хирургия. Детская хирургия», модуль Госпитальная хирургия относится к блоку Б 1. Дисциплины базовой части.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Правоведение; Психология и педагогика; Анатомия; Топографическая анатомия и оперативная хирургия; Патофизиологии, клинической патофизиология; Фармакология; Общая хирургия, лучевая диагностика; Факультетская хирургия, урология.

Знания, полученные в ходе освоения дисциплины, необходимы для прохождения ГИА.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины (модуля), являются:

- физические лица (пациенты);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

1.5. Виды профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к следующим видам профессиональной деятельности:

- медицинской.

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	ОК-1	способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	З3. Принципы объединения симптомов в синдромы.	У3. Анализировать симптомы патологических процессов и заболеваний, устанавливать логическую взаимосвязь между этиологическим фактором и развитием патологического процесса, анализировать механизмы развития заболеваний и патологических процессов; обосновывать принципы терапии.	В3. Навыками составления схем патогенеза патологических процессов и заболеваний.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной истории болезни	Тест, собеседование
2	ОК-4	способностью действовать в нестандартных ситуациях, готовностью нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	З2. Основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, включая вопросы профессиональной этики.	У2. Принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.	В2. Способностью осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные реше-	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание	Тест, собеседование

					ния в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности.	учебной истории болезни	
3	ОПК-1	готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности	33. Основные библиографические ресурсы, виды изданий	У3. Пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности. Применять возможности современных технологий, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологию для решения профессиональных задач	В3. Навыками использования информационных, библиографических ресурсов с целью получения научной информации и осуществления коммуникации в медицинском сообществе	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной истории болезни	Тест, собеседование
4	ОПК-4	Способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	32. Основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.	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 с детьми и подростками, их родителями и родственниками.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной истории болезни	Тест, собеседование
5	ОПК-5	способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для	31. Принципы доказательной медицины; дисциплинарную, административную,	У1. Осуществлять поиск решения профессиональных задач с использованием	В1. Способами совершенствования профессиональной деятельности.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуацион-	Тест, собеседование

		предотвращения профессиональных ошибок	уголовную ответственность медицинских работников.	ем теоретических знаний и практических умений; предотвращать возможные врачебные ошибки.		ных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	
6	ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации	31. Правила ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях. Нормативно-правовую документацию, принятую в здравоохранении.	У1. Использовать в профессиональной деятельности нормативно-правовую документацию.	В1. Современной техникой оформления и ведения медицинской документации.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
7	ОПК-11	готовностью к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	32. Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций, правила использования медицинского инструментария.	У2. Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	В2. Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
8	ПК-2	способностью и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	31. Знать принципы диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитацию пациентов.	У1. Участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической помощи и реабилитационной помощи	В1. Методами ведения медицинской учётно-отчётной документации в медицинских организациях по вопросам профилактики медицинских осмотров, диспансеризации и осуществления диспансерного наблюдения	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
	ПК-5	готовностью к	32. Современ-	У2. Анализир-	В2. Алгорит-	Устный	Тест, со-

9		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	ные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования. Понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные основы болезни и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	ровать клинические, лабораторные и функциональные показатели жизнедеятельности здорового и больного организма с учетом возрастных особенностей. Определять функциональные, лабораторные признаки основных патологических процессов и состояний.	мом постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного, инструментального обследования пациентов; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.	опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной истории болезни	беседование
10	ПК-6	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 пересмотра	33. Основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, алгоритм	У3. Выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и	В3. Навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной истории болезни	Тест, беседа

			постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний		
11	ПК-11	готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	33. Принципы оказания первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях.	У3. Осуществлять противошоковые мероприятия; принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста; методами оказания первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях.	В3. Способам и диагностики и лечения острой кровопотери, нарушения дыхания, остановки сердца, комы, шока.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной истории болезни	Тест, собеседование

Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы.

Общая трудоемкость дисциплины (модуля) составляет 7 зачетных единиц, 252 часа.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры		
		№ 9	№10	№11
1	2	3	4	5
Контактная работа (всего)	144	72	36	36
в том числе:				
Лекции (Л)	48	20	16	12
Практические занятия (ПЗ)	96	52	20	24
Семинары (С)				
Лабораторные занятия (ЛР)				
Самостоятельная работа (всего)	72	36	18	18
В том числе:				
- Подготовка к занятиям	22	12	6	4
- Написание истории болезни	12	4	4	4

- Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации			26	10	6	10
- Реферат			12	10	2	-
Вид промежуточной аттестации	экзамен	контактная работа (ПА)	3			3
		самостоятельная работа	33			33
Общая трудоемкость (часы)			252	108	54	90
Зачетные единицы			7	3	1,5	2,5

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

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела (темы разделов)
1	2	3	4
1.	ОК-1 ОК-4 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-11 ПК-5 ПК-6 ПК-11	Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия)	<p>Заболевания легких и плевры. Абсцесс легкого, гангрена легкого, бронхоэктатическая болезнь, эмпиема плевры: определение, этиология, патогенез, клиника, методы диагностики, показания к хирургическому и консервативному лечению, профилактика, экспертиза нетрудоспособности</p> <p>Травма груди: общие вопросы торакальной травмы: этиология, классификация, основные синдромы травмы груди, методы диагностики. Частные вопросы травмы груди: ушиб грудной клетки, переломы ребер и грудины, повреждение легких, сердца и крупных сосудов: особенности клиники, диагностика, лечебная тактика. Неотложная помощь при ранениях сердца и крупных сосудов. Клиника, диагностика и лечение легочного кровотечения</p> <p>Заболевания пищевода – врожденный короткий пищевод, дивертикулы пищевода, повреждения пищевода, химические ожоги пищевода, инородные тела пищевода, ахалазия пищевода и эзофагоспазм, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рубцовые стриктуры пищевода. Этиология, патогенез, клиника, инструментальные методы диагностики, дифференциальная диагностика, лечение. Бужирование и кардиодилатация. Реконструктивно-пластическая хирургия пищевода. Неотложная помощь при ожогах пищевода, инородных телах, перфорации, пищеводном кровотечении.</p>
2.	ОК-1 ОК-4 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5	Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия)	<p>Заболевания сердца. Врожденные пороки сердца, приобретенные пороки сердца: этиология, классификация, клиника (аускультативная картина различных пороков), методы диагностики, дифференциальная диагностика, показания к хирургическому лечению, виды опера-</p>

	ОПК-6 ОПК-11 ПК-5 ПК-6 ПК-11		<p>ций. Хирургическое лечение ИБС. Современные достижения кардиохирургии. Роль рентгенэндоваскулярной хирургии в лечении пороков сердца и ИБС.</p> <p>Заболевания артерий. Облитерирующие заболевания сосудов конечностей: облитерирующий атеросклероз, облитерирующий эндартериит, облитерирующий тромбангиит: этиология, патогенез, клиника, стадии ХАН по В.С. Савельеву, методы диагностики, дифференциальная диагностика, показания к консервативному и хирургическому лечению. Осложнения. Медикаментозная терапия, виды операций. Острая артериальная непроходимость: этиология, определение понятий тромбоз и эмболия, патогенез нарушений кровообращения в конечности, клиника, стадии острой артериальной недостаточности (ОАН). Диагностика ОАН. Неотложная и первая врачебная помощь. Лечебная тактика: показания к консервативной терапии. Показания операции, направленной на восстановление кровоснабжения, виды операций. Показания к первичной ампутации конечности. Рентгенэндоваскулярные вмешательства на периферических артериях. Профилактика атеросклероза и эндартериита, роль вредных привычек (курение и алкоголь) в развитии заболеваний.</p> <p>Заболевания вен. Варикозная болезнь: этиология, патогенез, значение «сидячих» профессий и малоактивного в физическом плане образа жизни в формировании варикозной болезни, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения: консервативные, малоинвазивные, оперативные. Показания к различным видам операций. Осложнения варикозной болезни. Профилактика. Роль здорового образа жизни, занятия физкультурой и спортом в профилактике варикоза. Острый венозный тромбоз: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечебная тактика. Осложнения ОВТ. ТЭЛА: классификация, клиника, методы диагностики, неотложные лечебные мероприятия. Стандарты профилактики ТЭЛА у хирургических больных. Посттромбофлебитический синдром: Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы консервативного и хирургического лечения. Хроническая венозная недостаточность. Степени ХВН. Трофические изменения при ХВН. Трофические язвы.</p> <p>Заболевания висцеральных сосудов.</p>
	ОК-1	Заболевания органов	Грыжи брюшной стенки. Осложнения грыж.

3	<p>ОК-4 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-11 ПК-5 ПК-6 ПК-11</p>	<p>брюшной полости.</p>	<p>Ошибки диагностики и лечения острого аппендицита. Деструктивный панкреатит Актуальные вопросы диагностики и лечения ОКН Язвенная болезнь и ее осложнения Желудочно-кишечные кровотечения Синдром портальной гипертензии «Острый живот» Хирургический абдоминальный сепсис Водно-электролитные нарушения у хирургических больных и принципы их коррекции Заболевания поджелудочной железы Заболевания печени и желчных протоков. Механическая желтуха. Малоинвазивная абдоминальная хирургия. Трансплантология: история развития, правовые и технические аспекты, современные достижения.</p>
4	<p>ОК-1 ОК-4 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-11 ПК-5 ПК-6 ПК-11</p>	<p>Эндокринная хирургия.</p>	<p>Заболевания щитовидной железы. Классификация заболеваний щитовидной железы. Методы обследования щитовидной железы: лабораторные и инструментальные. Врожденные аномалии развития: гипо- и аплазия щитовидной железы, аберрантный зоб: клиника, диагностика методы лечения. Определение понятия «зоб». Классификация зоба по этиологии, степени увеличения, функции щитовидной железы, характеру поражения щитовидной железы. Узловой зоб: этиология, клиника, методы диагностики (УЗИ, пункционная биопсия), показания к хирургическому и консервативному лечению. Объем операций в зависимости от формы зоба (одно-,многоузловой,диффузный). Диффузный токсический зоб: этиология, патогенез, клиника в зависимости от степени тяжести гипетиреоза, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Предоперационная подготовка. Современные подходы к определению объема резекции щитовидной железы. Возможные осложнения при операциях на щитовидной железе. Неотложная помощь при кровотечениях, гипопаратиреозе, тиреотоксическом кризе. Гормональноактивные опухоли надпочечников и поджелудочной железы. Гормональноактивные опухоли надпочечников: кортикостерома, альдостерома, феохромоцитомы: особенности клиники, лабораторная и инструментальная диагностика. Показания к операции. Способы оперативного лечения: малоинвазивные и традиционные. Особенности ведения больных в послеоперационном периоде. Гор-</p>

			мональноактивные опухоли поджелудочной железы: инсулинома, глюкогонома, гастринома. Особенности клиники, методы инструментальной и лабораторной диагностики. Показания к операции. Методы хирургического лечения.
5	ОК-1 ОК-4 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-11 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-11	Поликлиническая хирургия.	Структура и организация работы амбулаторной хирургической службы. Комплексное лечение больных с гнойными процессами. Гнойные заболевания мягких тканей в практике амбулаторного хирурга. Вопросы экспертизы хирургических больных.

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

№ п/п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин				
		1	2	3	4	5
1	ГИА	+	+	+	+	+

3.3. Разделы дисциплины (модуля) 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	Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия)	6	15			12	33
2	Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия)	12	20			20	62
3	Заболевания органов брюшной полости	24	51			26	91
4	Эндокринная хирургия	4	4			7	16
5	Поликлиническая хирургия	2	6			7	14
	Вид промежуточной аттестации:	экзамен	контактная работа (ПА)				3
			самостоятельная работа				33
	Итого:	48	96			72	252

3.4. Тематический план лекций.

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)		
				№ сем. 9	№ сем. 10	№ сем. 11
1	2	3	4	5	6	7
1	1. Заболевания органов груд-	1. Нагноительные заболевания легких	Классификация нагноительных заболеваний по Путову.	2		

	ной клетки (торакальная хирургия)	и плевры.	<p>Понятие гангрены легких, гангренозного абсцесса и абсцесса легких (по определению И.С.Колесникова).</p> <p>Этиология и патогенез острых легочных нагноений. Микробная флора: стафилококк, анаэробная флора и т.д.</p> <p>Классификация абсцессов. Клиническая картина. Варианты абсцедирования пневмоний. Клиника острого абсцесса. дифференциальная диагностика в зависимости от фазы клинического течения. Роль инструментальных и рентгенологических методов диагностики: рентгенография, томография, плевральная пункция, бронхоскопия.</p> <p>Клиническая картина гангрены легких Лечение.</p> <p>Техника дренирования полости абсцесса, плевральной полости. Этапы дренирования, активная аспирация по Саттер-Дутзяк, пассивная аспирация по Волау. Объем хирургических вмешательств. Осложнения острых легочных нагноений: пиопневмоторакс, легочное кровотечение, поражение противоположного легкого и наиболее редкие: сепсис, пнев-моперикардит, острая почечная недостаточность.</p> <p>Клиника пиопневмоторакса, напряженного пневмоторакса. Экстренная помощь при напряженномпиопневмотораксе. Клиника легочных кровотечений. Факторы, определяющие тяжесть кровотечения. Классификация легочных кровотечений по Стручкову. Лечение. Профилактика поражения противоположного легкого. Хронические абсцессы легких. Причины, способствующие переходу острого абсцесса. Клиника хронических абсцессов. Осложнения хронических абсцессов. Хирургическое лечение. Подготовка больных к операции. Объем оперативного вмешательства.</p> <p>Понятие бронхоэктазий, частота. Этиология и патогенез. Полиэтиологичность заболевания, возрастные особенности. Причины бронхоэктазий: бронхопневмонии, бронхиты, катары верхних дыхательных путей, инородные тела бронхов, туберкулез, поражения бронхолегочных узлов. Классификация бронхоэктазий: мешотчатые, цилиндрические, смешанные.</p> <p>Рентгенография легких. Бронхография, техника выполнения. Бронхоскопия. Консервативная терапия бронхоэктатической болезни. Показания к хирургическому лечению и объем операции. Осложнения бронхоэктазий.</p>			
2	1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия)	2. Травма груди. Легочное кровотечение.	<p>Классификация повреждений груди. Открытые, закрытые, сочетанные и комбинированные повреждения. Частота травм груди. Патофизиологические изменения, шок. Патогенез при повреждении легочного каркаса. Флотирующие переломы ребер. Пневмоторакс, классификация. Клапанный пневмоторакс. Подкожная эмфизема. Гемоторакс. Расстройства кровообращения.</p>	2		

			<p>Кровопотеря, сдавление и смещение сердца и крупных магистральных сосудов. Тампонада сердца, транспозиция средостения, экстраперикардальная тампонада сердца. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Клиника и диагностика. Достоверные симптомы повреждения легкого: гемоторакс, пневмоторакс, подкожная эмфизема, кровохарканье.</p> <p>Рентгенологическая диагностика, томография, бронхография, бронхоскопия, УЗИ. Диагностическая пункция, методика. Торакоскопия. Лечение: первая помощь при острой дыхательной недостаточности, кровопотере и сердечно-сосудистой недостаточности. Трансфузионная терапия, роль реинфузии крови. Лечебная тактика при повреждениях груди. Консервативное лечение. Плевральные пункции, активное и пассивное дренирование плевральной полости, обезболивание. Лечение флотирующих переломов. Показания к торакостомии при тяжелых травмах груди: гемостатические аэростатические дополнительные Торакостомия. Введение послеоперационного периода: профилактика дыхательной недостаточности, пневмонии и плевритов и свернувшегося гемоторакса. Особенности хирургической тактики при ранении сердца и крупных сосудов, повреждений крупных бронхов и трахей. Особенности торакоабдоминальных ранений.</p> <p>Понятие легочного кровотечения и легочного кровохаркивания. Частота легочных кровотечений среди всей легочной патологии от 7-15% до 65-70%. Структура патологии, осложняющаяся кровотечениями. Причины: 1. Легочная патология 2. внелегочные заболевания Патогенез легочных кровотечений. Источник: а) бронхиальные артерии; б) бронхиальные вены; в) легочные вены. Основные звенья в патогенезе: 1) кровопотеря; острая бронхиальная обструкция; ателектазы с последующей пневмонией; поражение здорового легкого; гемоциркулярные нарушения. Клиника, клиническая симптоматика. Классификация легочных кровотечений по Стручкову. Задачи диагностики и дифференциальной диагностики: установить характер кровотечения (легочное или желудочное и т.д.); установить причину, от которой зависит тактика; установить сторону кровотечения. Роль рентгенологического и бронхологического исследований ангиографии. Лечение: 1) гипостатическая терапия; 2) снижение легочной гипертензии; 3) профилактика обструкции бронхиального дерева. Особенности хирургической тактики при профузных лёгочных кровотечениях.</p>			
3	1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хи-	3. Заболевания пищевода.	<p>Заболевания пищевода, анатомо-физиологические сведения о пищеводе. Классификация заболеваний пищевода. Методы исследования (рентгеноскопия,</p>	2		

	рургия)		<p>рентгенография, эзофагоскопия, пневмомедиастинография, рентгенокинематография, радиоизотопная диагностика).</p> <p>Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Патогенез, клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде. Значение кортикостероидов для предотвращения структур пищевода. Раннее и позднее бужирование. Клиника рубцового сужения пищевода, локализация и формы сужения. Диагностика. Лечение, бужированием, методы бужирования, показания к ним. Хирургическое лечение. Типы пластического замещения пищевода(пластика пищевода тонкой и толстой кишкой, комбинированная пластика). Одномоментные и многомоментные операции. Результаты оперативного лечения. Опухоли. Доброкачественные опухоли пищевода клиника, диагностика. Методы хирургического лечения. Рак пищевода. Этиология, патогенез. Патологическая анатомия. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Подготовка к операции. Виды операций(резекция кардии и нижнего отдела пищевода, операция Терека) и показания к ним. Паллиативные операции(обходной анастомоз, гастростомия, интубация опухоли) показания к ним. Послеоперационные осложнения. Результаты хирургического лечения, пути их улучшения. Лучевое химиотерапевтическое и симптоматическое лечение. Современные достижения в хирургии пищевода.</p>			
4	2.Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия)	1.Врожденные пороки сердца.	<p>Частота врожденных пороков сердца (.Анатомофизиологические сведения о сердце. Предпосылки развития ПС у детей - особенности фетального кровообращения. Сердечная гемодинамика плода, новорожденного и ребенка 1 года жизни. Специальные методы исследований. Классификация основных врожденных пороков сердца на 3 группы. Основные пороки "бледного типа". Клиническая картина дефекта межжелудочковой перегородки в зависимости от величины сброса крови. Показания к оперативному лечению данного порока. Радикальные и паллиативные операции. Показания к паллиативным операциям. Частота и клиническая картина при открытом артериальном кровотоке. Факторы, определяющие тяжесть клинических проявлений. Оперативное лечение порока. Частота, анатомические и гемодинамические изменения при дефектах межпредсердной перегородки. Клинические проявления порока. Показания к оперативному лечению. Основные пороки "синего типа". Частота, анатомические и гемодинамические нарушения при тетраде Фалло. Клиническая картина заболевания: цианоз, одышечно-цианатические приступы, симптомы хронической сердечно-легочной не-</p>	2		

			<p>достаточности. Показания к оперативному лечению тетрады Фалло. Паллиативные и радикальные операции. Результаты лечения, частота, анатомические и гемодинамические нарушения при транспозиции магистральных сосудов. Клиническая картина порока. Основные паллиативные операции. Частота, анатомические и гемодинамические нарушения при атрезии трехстворчатого клапана. Основные клинические проявления порока. Паллиативные операции. Основные пороки "с препятствием кровотоку". Частота, анатомические изменения при коарктации аорты. Основные клинические проявления данного порока и его течение. Показания к оперативному лечению. Техника оперативных вмешательств. Результаты лечения. Частота, анатомические изменения при стенозе аорты. Гемодинамика. Клиническая картина заболевания. Показания к оперативному лечению и техника оперативных вмешательств. Частота, анатомические изменения при изолированном стенозе легочной артерии. Клиническая картина заболевания. Показания к оперативному лечению и техника оперативных вмешательств.</p>			
5	2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия)	2. Приобретенные пороки сердца. Хирургическое лечение ИБС. Аневризмы. Перикардит.	<p>Частота приобретенных пороков сердца составляет от 0,5-1,4% взрослого населения. Наиболее частой их причиной является ревматизм затем следует атеросклероз, инфекционный эндокардит, инфаркт миокарда. Митральный стеноз составляет 44-68% всех митральных пороков сердца. Рассматриваются анатомофизиологические изменения, обуславливающие нарушения гемодинамики при данном пороке. Разбираются клинические проявления митрального стеноза и процессы их обуславливающие. приводится классификация течения порока по А.Н.Бакулеву, применяемая в нашей стране для выбора, метода лечения порока.</p> <p>Разбирается относительные и абсолютные противопоказания к оперативному лечению, виды операций при митральном стенозе, ближайшие результаты лечения. Частота и причины развития рестенозов в отдаленные сроки, их профилактика и лечение. Госпитальная летальность и выживаемость больных, оперированных по поводу рестеноза. Недостаточность митрального клапана встречается у 50% больных с пороками сердца. Патологоанатомические нарушения, приводящие к нарушениям гемодинамики. Течение заболевания по периодам. Показания к операции и вид её присочетанием митральном пороке согласно классификации Б.Б.Петровского. Реконструктивные операции при недостаточности митрального клапана.</p> <p>Аортальные пороки сердца ревматического и атеросклеротического генеза. Стадии клинического проявления стеноза аортального клапана. Показания к оперативному</p>	2		

			<p>лечению.</p> <p>Недостаточность аортального клапана, гемодинамические нарушения. Показания к оперативному лечению.</p> <p>Пороки трехстворчатого клапана. Показания к оперативному лечению, осложнения протезирования клапанов сердца, профилактика осложнений. Анатомические сведения о кровоснабжении сердца. Частота и характер поражений атеросклеротическим процессом коронарных артерий. Основные показания к хирургическому лечению ИБО. Специальные методы исследования. Основные этапы операции аортокоронарного шунтирования. Ближайшие и отдаленные результаты лечения. Показания к маммарно-коронарному шунтированию. Антеградный и ретроградный методы наложения маммарно-коронарного анастомоза. Профилактика тромбоза шунтов. Метод ангиопластики коронарных артерий по Грюнтцигу. Использование контрпульсации внутриаортальным баллоном с целью вспомогательного кровообращения. Частота постинфарктных аневризм сердца. Патологоанатомические формы аневризм сердца.</p> <p>Предрасполагающие факторы в формировании аневризм сердца. Специальные методы исследования. Показания к хирургическому лечению аневризм сердца. Основные этапы операции. Результаты лечения. Этиология и патогенез хронических экссудативных перикардитов. Клинические проявления заболевания. Принципы хирургического лечения. Этиология и патогенез констриктивных перикардитов. Клинические проявления заболевания. Специальные методы исследования. Показания к хирургическому лечению, объем вмешательства. Результаты лечения.</p>			
6	2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия)	3. Облитерирующие заболевания артерий	<p>Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.</p> <p>Атомо-физиологические сведения об артериальной системе нижних конечностей. Основные заболевания - облитерирующий атеросклероз и облитерирующий эндартериит.</p> <p>Этиопатогенез облитерирующего атеросклероза и эндартериита. Клиническая картина данных заболеваний в зависимости от стадии по Б. В. Покровскому: жалобы, объективные, местные симптомы.</p> <p>Лабораторные и специальные методы исследования: биохимические исследования крови, функциональные пробы электрофизиологические исследования, ангиография. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Показания к консервативному лечению. Зависимость объема консервативной терапии от стадии заболевания. Результаты лечения. Прогноз.</p> <p>Показания к оперативному методу лечения облитерирующих заболеваний.</p>	2		

			<p>Выбор различных видов реконструктивных вмешательств в зависимости от уровня и характера патологического процесса. Паллиативные операции. Ведение послеоперационного периода. Осложнения послеоперационного периода. Результаты хирургического лечения.</p> <p>Экспертиза трудоспособности и прогноз.</p>			
7	2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия)	4. Острая артериальная непроходимость	<p>Понятие острой артериальной непроходимости. Основные заболевания - эмболия, тромбоз артерий. Общий патофизиологический процесс при данной патологии.</p> <p>Этиология острого тромбоза и эмболии. Характеристика общих клинических симптомов заболевания.</p> <p>Классификация острой артериальной ишемии по В. С. Савельеву. Специальные методы исследований: общий анализ крови и мочи, биохимические исследования крови, ангиография.</p> <p>Клиническая картина развития артериальной непроходимости при острой эмболии и тромбозе, их дифференциальная диагностика.</p> <p>Лечебная тактика врачей общей сети. Показания к консервативному и оперативному лечению при остром артериальном тромбозе. Объем консервативной терапии. Виды хирургических операций. Методы профилактики "синдрома включения" при ишемии I-II степени. Особенности ведения послеоперационного периода, возможные осложнения.</p> <p>Оперативное лечение острых эмболий артерий с помощью зонда "Дуэт". Результаты лечения.</p> <p>Результаты лечения острой непроходимости артерий.</p> <p>Экспертиза трудоспособности и прогноз.</p>	2		
8	2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия)	5. Хронические заболевания вен	<p>Основные заболевания – варикозное расширение вен и посттромбофлебитический синдром.</p> <p>Этиопатогенез варикозной болезни: predisposing и producing факторы.</p> <p>Классификация варикозной болезни.</p> <p>Клиническая картина заболевания в зависимости от стадии, функциональные пробы, флебография. Показания к флебографии при варикозной болезни.</p> <p>Показания к различным методам лечения заболевания: консервативному, склерозирующей терапии, оперативному и комбинированному методам. Техника оперативных вмешательств при флебэктомии. Интра и после операционные осложнения. Результаты осложнения лечения, реабилитация прогноз.</p>	2		
9	2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия)	6. Острый венозный тромбоз. ТЭЛА.	<p>Этиопатогенез острых венозных тромбозов. Факторы, способствующие тромбообразованию. Классификация тромбозов глубоких вен нижних конечностей и таза в зависимости от локализации тромботиче-</p>	2		

			<p>ского процесса. Патоморфологической картины, стадии клинического течения.</p> <p>Клиническая картина заболевания в зависимости от локализации тромбоза. Осложнения - ТЭЛА. Лабораторные и специальные методы исследования: общие анализы крови и мочи, биохимические исследования крови, флебография.</p> <p>Дифференциальная диагностика. Тактика. Показания к консервативному методу лечения острого тромбоза глубоких вен. Схема консервативной терапии. Оперативное лечение острых венозных тромбозов. Результаты лечения.</p> <p>Реабилитация - важнейший этап лечения, её принципы.</p> <p>Экспертиза трудоспособности и прогноз. Актуальность проблемы ТЕЛА для современной хирургии. Частота тромбоэмболии по данным различных авторов. Средняя летальность при ТЭЛА. Факторы риска возникновения ТЭЛА (флеботромбозы вен НК, ВРВ, ожирение, пожилой возраст, сердечно-сосудистые заболевания, онкопатология, эндокринные заболевания (сахарный диабет), длительные травматичные операции, операции на органах брюшной полости и малого таза, длительный постельный режим, первичные и вторичные коагулопатии. Патогенез ТЕЛА, роль патологических рефлексов в развитии декомпенсации внешнего дыхания и сердечной деятельности. Классификация ТЭЛА в зависимости от локализации и массивности окклюзионного процесса. Варианты клинического течения ТЭЛА. Клинические симптомы молниеносной ТЭЛА, дифференциальная диагностика с ОИМ, прогноз. Подострый вариант течения ТЭЛА. Клинические синдромы (легочно-плевральный, кардиальный, абдоминальный, абдоминальный и почечный). Методы диагностики ТЭЛА (ЭГК, рентгенография легких, ангиопульмонография, эхокардиография). Методы профилактики ТЭЛА(эластическое бинтование, ранняя активизация. Роль прологированных прямых а/коагулянтов в профилактике ТЭЛА (фраксипарин, клексан). Схемы введения. Лечение ТЭЛА. Интенсивная терапия ТЭЛА, ее компоненты (реологические препараты, дезагреганты, прямые антикоагулянты, фибринолитики, кардиотоники. Хирургическое лечение ТЭЛА (прямая и непрякая эмболэктомия). Показания к установке зонтичных кавафильтров.</p>			
10	3.Заболевания органов брюшной полости	1.Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни желудка и ДПК	<p>Понятие осложнения язвенной болезни желудка и 12п. к.</p> <p>Стенозы: функциональные, рубцово-язвенные. Патогенез рубцово-язвенных стенозов выходного отдела желудка, возникающих при этом водно-электролитных нарушений, методы их коррекции. Классификация стенозов: Дифференциальная диагностика с доброкачественными опухоля-</p>	2		

			ми, раком антрального отдела. Стенозом после химического ожога. Проведение инструментальной, рентгенологической и лабораторной диагностики. Лечение консервативное, оперативное. Комплекс предоперационной подготовки. Характеристика операций при рубцово-язвенных стенозах в зависимости от степени стенозов Пенетрация. Этиопатогенезпенетрации язвы. Виды пенетрации. Особенности клинической картины при пенетрации язвы в различные органы. Дифференциальная диагностика. Лабораторная, инструментальная, рентгенологическая диагностика пенетрации. Особенности хирургического лечения, профилактика осложнений. Ведение послеоперационного периода.			
11	3. Заболевания органов брюшной полости	2. Очаговые заболевания печени	<p>Хирургическая анатомия печени. Деление печени на доли и сегменты по Куино. Лучевые методы диагностики. Рентгенологические: рентгенография, ангиография, компьютерная томография. Ультразвуковая диагностика, доплерография. Радионуклидная диагностика. Магниторезонансная томография. Лапароскопия. Лабораторные методы диагностики злокачественных и паразитарных поражений печени. Принципы создания алгоритма диагностики очаговых заболеваний печени. Ошибки диагностики. Классификация. Анатомо-физиологические данные.</p> <p>Основные функции печени: обмен белков, углеводов, витаминов, водный и минеральный, пигментный, секреция желчи, детоксицирующая функция.</p> <p>Основные симптомы и синдромы при заболеваниях печени.</p> <p>Клиническое обследование больных с заболеваниями печени требует подробного рассмотрения, расспроса и тщательного осмотра, т.к. многие сегменты не привлекают сразу внимание врача.</p> <p>Методы диагностики заболеваний печени. История развития.</p> <p>Инвазивные методы (лапаротомия, лапароскопия, пункционная биопсия). Ангиографические исследования: целиакография, спленопортография, кавграфия, ангиография печеночных вен, трансумбиликальная портогепатография, возвратная спленопортография).</p> <p>Неинвазивные методы диагностики: ультрасонография, простая, динамическая и спиральная компьютерная томография, магниторезонансная томография печени. Принципы составления программы обследования больного с заболеваниями печени.</p> <p>Серологические тесты: показания, принципы постановки.</p> <p>Очаговые заболевания печени Классификация Эхинококкоз и альвеококкоз печени. Гидатидный эхинококкоз (пузырный, однокамерный), чаще чем альвеококкоз 53-85% поражает печень.</p> <p>Диагностика: анализ, осмотр, ГСК, УЗИ,</p>		2	

			<p>рентгенограмма, эозинофилия, реакция латекс-агглютинации, реакция Кацони, спленопорото-, целиакография, кавагафия, КТ. Лечение оперативное.</p> <p>Альвеококкоз: многокамерный эхинококкоз, поражает преимущественно печени</p> <p>Диагностика. Лечение хирургическое, при неоперабельности - общая и местная химиотерапия (тринафлавин, тепаль, сарколизин).</p> <p><u>Опухоли:</u> Первичный рак печени. Гепатоцеллюлярный - гепатогенный, холангиоцеллюлярный - лимфогенный пути метастазирования. Предрасполагающий фактор - цирроз печени</p> <p>Гемангиома - сосудистая опухоль, чаще случайная находка. Рост медленны, лечение оперативное.</p> <p>Поликистоз. В 4 раза чаще у женщин. Манифестация клиники в 40-50 лет. Лечение оперативное.</p>			
12	3. Заболевания органов брюшной полости	3. Заболевания поджелудочной железы	<p>Классификация заболеваний поджелудочной железы.</p> <p>Общие вопросы диагностики. Радиоиммунологическое исследование гормонов железы (инсулин, гликоген, гастрин). Определение билирубина и его фракций, печеночных ферментов. Рентгенологические исследования Эндоскопическое исследование. Врожденные заболевания ПЖ.</p> <p>Добавочная - локализация по всему ЖКТ, проявляется пептическими язвами. При обнаружении подкладит оперативному лечению.</p> <p>Кольцевидная поджелудочная железа - клиника дуоденальной непроходимости. Лечение - хирургическое: резекция сегмента кольца, либо обходной анастомоз.</p> <p>Кистозный фиброз - частное проявление врожденногумуковисцидоза. Проявляется ОКН в послеродовом периоде. У взрослых - болевым синдромом и секреторной недостаточностью.</p> <p>Хронический панкреатит. Классификация. Этиопатогенез. Диагностика - боль у 92-95% больных, кишечный синдром (25-40%), похудание, сахарный диабет (25-40%). Объективно скудные данные.</p> <p>Исследование внешне- и внутрисекреторной функции. Дуоденальное зондирование с определением активности ферментов, проба с двойной сахарной нагрузкой.</p> <p>Рентгенисследование: кальпинаты в железе, смещение желудка, ДПК, холеграфия. ЭРПХГ. УЗИ. КТ.</p> <p>Лечение: диета с ограничением жиров и белков, спазмолитики, стимуляторы панкреатической секреции, заместительная ферментная терапия.</p> <p>Хирургическое лечение - показания: ЖКБ. непроходимость главного панкреатического протока, индуративный панкреатит с кальцинозом, стеноз БДС, кистозно-</p>		2	

			<p>фиброзный панкреатит, язвенная болезнь ДПК, парапапиллярные дивертикулы ДПК, болевой панкреатит.</p> <p>Кисты ИЖ. Классификация. По частоте: воспалительные - 85-90%, неапластические - 10-12%, врожденные и паразитарные - 1-3%.</p> <p>Клиника и диагностика. Роль УЗИ железы (обнаружение кисты в 95%). Лечение - только хирургическое. Марсупиализация (открытое дренирование). Закрытое дренирование, удаление, анастомоз с ЖКТ. Наихудшие результаты - от наружного дренирования.</p> <p>Свищи ПЖ. Классификация. Этиопатогенез: травмы, деструктивные формы острого панкреатита, наружное дренирование кист. Лечение: консервативное и оперативное.</p> <p>По строению - 60-95% аденокарциномы. Диагностика - из объективных и дополнительных методов, в 90-95% - желтуха.</p> <p>Лечение - хирургическое - паллиативные и радикальные операции.</p> <p>Доброкачественные опухоли различного тканевого происхождения диагностируются случайно при УЗИ или операции.</p>			
13	3. Заболевания органов брюшной полости	4. Актуальные вопросы диагностики и лечения ЖКБ. ПХЭС.	<p>Анатомо-физиологические особенности желчного пузыря: анатомическое строение и расположение, кровоснабжение, иннервация, физиологические функции.</p> <p>Этиопатогенез ЖКБ. Роль желчно-каменной болезни, сосудистого фактора, бактериального, ферментативного воспаления, глистной инвазии в развитии острого холецистита (по причинному фактору, патоморфологические формы, по осложнениям). Классификация острого холецистита (по причинному фактору, патоморфологические формы, по осложнениям).</p> <p>Клиническая картина острого холецистита: жалобы, данные анамнеза, объективные и местные симптомы. Лабораторные и специальные методы исследования: общие анализы крови и мочи, биохимические исследования крови, рентгенологические методы исследования, ультразвуковые методы, эндоскопическое исследование. Дифференциальная диагностика острого холецистита: бескаменный, описторхоз, дискинезии желчных путей, острый панкреатит, обострение язвенной болезни, острый аппендицит, перфоративная язва. Лечебная тактика в зависимости от воспалительных изменений в желчном пузыре и наличии осложнений. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению (экстренные, срочные, ранние отсроченные, плановые). Оперативное лечение: радикальное (способы холецистэктомии, желчеотводящие операции, виды наружного дренирования/Методы интраоперационной диагностики: осмотр и пальпация, измерение диаметра холедоха. интраоперационная холангиография, зондирование протоков, фиброхоледоско-</p>		2	

			<p>пия. Двухэтапное хирургическое лечение.паллиативные вмешательства. Ведение послеоперационного периода. Результаты хирургического лечения. Экспертиза трудоспособности. Прогноз.</p>			
14	3.Заболевания органов брюшной полости	5.Хирургическое лечение механической желтухи.	<p>Определение желтухи.Образование билирубина.Три функции печени в обмене билирубина: 1.захват билирубина из крови печеночной клеткой; 2.связывание билирубина с глюкуроновой кислотой; 3.выделение связанного билирубина из печеночной клетки в желчные капилляры. Механизм выделения билирубина при различных видах желтухи.</p> <p>Ориентиром для установления этиологии желтухи может быть определение показателей билирубинового обмена.</p> <p>Повышенный распад эритроцитов - гемолитическая желтуха. Заболевания печени с поражением паренхимы и нарушением выделения билирубина в желчные капилляры возникает паренхиматозная желтуха.</p> <p>При препятствии для оттока желчи - механическая. Больные с механической желтухой занимают 2 место и требуют повышенного внимания, т.к. диагностика сложна и требуется неотложное хирургическое лечение.</p> <p>Наиболее частая причина механической желтухи - ЖКБ. У 20% наличие камней в гепатохоледохе, 15-25% - в ампуле. В 2ЭЙ причина желтухи - стеноз ЕДС. По В.В.Виноградову - 3 степени стеноза БДС. Посттравматические стриктуры. По статистике 1 повреждение на 500х/эктомий и 1 на 250 резекций желудка. Переворотом в хирургии Рубцовых стриктур является СТЦД предл. в 1969 году Сейпол и Курианом.</p> <p>Раки: в 70% причиной механической желтухи является поражение головки поджелудочной железы.</p> <p>Рак протоков - чаще гиллюсная локализация, рано становится неоперабельным.</p> <p>До 60-80% больных с механической желтухой первоначально попадают в инфекционные больницы. Такое положение обусловлено:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.клинические симптомы при желтухах различного генеза многообразны и часто не имеют определенной патологичности. 2.используемые методы лабораторной диагностики часто оказываются недостаточно информативными, т.к. отражают функциональное состояние печени. 3.общепринятые и достаточно достоверные инструментальные методы слишком сложны и применяются только в специализированных стационарах.При желтухе пред хирургом стоят следующие задачи: 1.дифференцировать механическую желтуху от паренхиматозной и гемолитической.2.выявить причину непроходимости желчных путей. 3.установить уровень и 		2	

			<p>протяженность обтурации желчных путей.Необходим тщательный анализ всех клинических данных обследования больного.Возраст и пол, болезнь Боткина чаще до 40 лет, при паренхим. чаще старше 40 лет. При раках старше 40 лет до 70% больных. Портальный цирроз, первичный рак печени, рак ПЖ чаще у мужчин, в то время как ЖКБ, билиарный цирроз и рая ЖП чаще у женщин. Анамнез: контакты с ж/больными, химическими веществами, прием медпрепаратов. Внепеченочные знаки, увеличение печени, состояние ж/пузыря, селезенки, асцит, геморрагический синдром, лихорадка. Дополнительные методы: УЗИ, КТ, холангиография, ЧЧХГ, ЭРХПГ, комбинированная (ЭРХПГ, ЧЧХГ), дуоденография, лапароскопия,сцинтиграфия.Лечение механической желтухи только оперативное. Паллиативные желчеотводящие операции и радикальные, ТЦД и СТЦД. Прогноз и экспертиза трудоспособности.</p>			
15	3.Заболевания органов брюшной полости	6.Малоинвазивная абдоминальная хирургия.	<p>История развития малоинвазивной хирургии. Достижения научно технического прогресса в развитии фиброволоконной оптики и видеолапароскопической техники – основы миниинвазивной хирургии. Преимущества миниинвазивных вмешательств перед обычными хирургическими методами. Эндоскопические вмешательства в абдоминальной хирургии: операции на фатеровом соске и желчных протоках, эндоскопические полипэктомии в различных отделах ЖКТ. Показания к операциям, осложнения. Малоинвазивная урология: ДЛТ, контактная литотрипсия, трансуретральная резекция. Аппаратура, показания к операции, возможные осложнения. Лапароскопические операции. Лапароскопическаяхолецистэктомия – альтернатива открытой операции. Этапы (с демонстрацией фотографий и видеороликов). Осложнения и их профилактика. Лапароскопические операции в ургентной хирургии (о.аппендицит, о.панкреатит, ОКН, перфоративная язва). Лапароскопическаягерниопластика. Понятие о лапароскопических резекциях желудка, толстой кишки. Эндоскопическая геникология. Операции. Минилапаротомые вмешательства – принципы операций, аппаратура и инструментарий. Мини-холецистэктомии – преимущества и недостатки олперации. Осложнения.</p> <p>Определение понятия «трансплантация». Трансплантология как наука. История развития трансплантологии. Эмпирический этап (Тальякоцци, А.Парре). XVIII век – заложены научные основы трансплантологии (Реверден, Тирш, Пирогов и др.). Экспериментальный этап развития трансплантологии (Ульман, Кулябко, Шамов, Юдин, Филатов, Вороной, Демихов).</p> <p>В настоящее время пересадка органов -</p>		2	

			<p>рутинная операция, выполняемая в зарубежных трансплантологических центрах тысячам и тысячам пациентов. Современная трансплантология – синтез многих отраслей медицины: хирургии, иммунологии, трансфузиологии, биологии. Проблемы, стоящие на пути совершенствования трансплантологии, выходят за рамки медицинских и затрагивают ряд правовых, моральных и этических проблем. Большое значение имеют финансовые проблемы. Консервация органов: задачи, растворы-консерванты.</p> <p>Частные вопросы трансплантологии. Пересадка сердца. История вопроса, трудности на пути осуществления пересадки сердца. Роль В.П.Демикова в разработке техники пересадки сердца. К.Бернард – первый в мире хирург, осуществивший пересадку сердца. Дальнейшее развитие кардиотрансплантации в мире, в России.</p> <p>Пересадка почки, пересадка печени. Показания. Значение работ Т.Старлза. Принципы отбора больных для операции и подбора доноров. Основные этапы ортотопической трансплантации печени. Возможные интраоперационные и послеоперационные осложнения. Иммунодепрессивная терапия в послеоперационном периоде. Трансплантация печени в России: достижения, проблемы, перспективы</p> <p>Пересадка костного мозга, щитовидной железы, яичка, тонкого кишечника, поджелудочной железы – достижения трансплантологии последних лет.</p>			
16	3. Заболевания органов брюшной полости	7. Желудочно-кишечные кровотечения.	<p>Особенности осмотра больных в приемном покое в зависимости от состояния больных, тактика хирурга при приеме тяжело больных с низким артериальным давлением. Диагностика источника кровотечения в зависимости от тяжести состояния больных. Ценность вспомогательных методов исследования - лабораторных исследований крови, рентгенологического и эндоскопического. Дифференциальная диагностика, кровотечения из трахеи и бронхов, носоглоточные кровотечения, кровотечения из пищевода, желудка и 12-ти перстной кишки, желчных путей (тонкого и толстого кишечника, кровотечения из пищеварительного тракта, при болезнях крови, прорыве аневризмы или абсцесса в пищеварительном тракте.) Тактика хирурга, методика консервативной терапии, показания к гемотрансфузии. Показания к хирургическому лечению. Оперативные доступы в зависимости от локализации источника кровотечения. Методы остановки кровотечения: временные, постоянные. Критерии оценки адекватности крововосполнения. Тактика хирурга при невыясненном источнике кровотечения. Принцип динамического наблюдения при кровотечениях, критерии оценки состояния больного, понятия о</p>		2	

			«критическом периоде».			
17	3.Заболевания органов брюшной полости	8.Хирургический сепсис	<p>Сепсис: определение, диагностическая концепция, патогенез и интенсивная терапия Определение, классификация и диагностика сепсиса Бактериемия и сепсис Критерии органо-системной дисфункции/ недостаточности и общей тяжести состояния больных Микробиологическая диагностика Эпидемиология Особенности современной этиологии сепсиса Патогенез Принципиальные положения интенсивной терапии Гемодинамическая поддержка Респираторная поддержка Нутритивная поддержка Контроль гликемии Кортикостероиды Активированный протеин С (дротрекогин-альфа активированный, Зигрис) Иммунозаместительная терапия.Профилактика тромбоза глубоких вен.Профилактика образования стресс-язв желудочно-кишечного тракта Методы экстракорпоральной детоксикации Хирургическое лечение сепсиса Оценка клинической эффективности отдельных разновидностей типовых оперативных вмешательств Дренирование гнойных полостей</p> <p>Хирургическая обработка очага с целью удаления инфицированного некроза (некрэктомия) Хирургическая обработка очага с целью удаления колонизированных (инфицированных) инородных тел</p> <p>Дифференцированный подход к лечению источника инфицирования в виде перфорации полого органа Оценка показаний к активной хирургической тактике контроля источника при лечении свища. Временные категории выполнения оперативного. Антимикробная и иммунокорректирующая терапия сепсиса.</p>		2	
18	3.Заболевания органов брюшной полости	9.Ошибки и опасности в диагностике и лечении острого аппендицита	<p>Особенности течения атипичных форм аппендицита в зависимости от локализации отростка: забрюшинная локализация, ретроцекальное(внутрибрюшинное, интрамуральное, ретроперитонеальное), низкое, высокое и среднее расположение. Редкое расположение отростка в грыжевом мешке , в области запирающего отверстия и т.д. Особенности клиники заболевания в пожилом возрасте , в детском возрасте; тактика хирурга по отношению к этой группе больных, особенно обезболивания, ведение послеоперационного периода. Аппендицит и беременность. Изменение клиники заболевания в зависимости от сроков беременности, особенности медикаментозной терапии, направленной на сохранение беременности и возможности воздействия лекарственных средств на внутриутробное развитие плода. Тактика хирурга при наличии аппендицита в последние сроки беременности и во время родов. Дифференциальный диагноз между аппендицитом и острым холециститом, язвенной болезнью 12-ти перстной кишки и желудка, острым</p>		2	

			<p>панкреатитом , колитом, болезнью Крона, острым мезентеральным лимфоденитом, неспецифическим язвенным колитом, тромбозом мезентеральных сосудов, перекрутом жирового подвеса, почечной колики, внематочной беременностью, апоплексией яичников, воспалительным заболеванием придатков матки, пельвеоперитом. Диагностика хронических аппендицитов, особенности клиники заболевания , связь заболевания червеобразного отростка с патологическими процессами других органов брюшной полости . Выбор оперативного доступа в зависимости от клиники заболевания - показания к параректальному разрезу и срединной лапаротомии. Тактика хирурга при осложненных формах аппендицита, при наличии инфильтрата, иериапендикулярного абсцесса, абсцессов брюшной полости (тазовых, поддиафрагмальных и межкишечных), перитонита. Показания к тампонаде и дренированию брюшной полости. Рациональная антибиотикотерапия в лечении аппендицита и гнойных осложнений, пилефлебита, абсцессов печени, кишечных свищей и др. Диагностика инфильтратов и абсцессов брюшной полости. Доступы, применяемые при вскрытии гнойников. Тактика хирурга при неясных формах аппендицита, принцип динамического наблюдения. Интраоперационная ревизия органов брюшной полости при наличии неизменного отростка или вторично измененного отростка. Показания к лапаротомии и широкой ревизии органов брюшной полости. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците</p>			
19	3.Заболевания органов брюшной полости	10.Дифференциальная диагностика «острого живота	<p>Определение понятия «острый живот». Острая абдоминальная боль – основной признак «острого живота». Структура и частота острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Боль в правом подреберьи – абдоминальные и внеабдоминальные причины. Боль в эпигастральной области – абдоминальные и внеабдоминальные причины. Боль в левом подреберьи – абдоминальные и внеабдоминальные причины. Боль в правом подреберьи – абдоминальные и внеабдоминальные причины. Боль в пупочной области – абдоминальные и внеабдоминальные причины. Боль в правой подвздошной области – абдоминальные и внеабдоминальные причины. Боль в левой подвздошной области – абдоминальные и внеабдоминальные причины. Боль в надлобковой области – абдоминальные и внеабдоминальные причины. Боль в паховых областях – абдоминальные и внеабдоминальные причины. Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и мочевыделительной системы. Дифференциальная диагностика острых хирур-</p>			2

			гических заболеваний органов брюшной полости и сердечно-сосудистой системы. Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и висцеральных сосудов. Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и диффузных заболеваний соединительной ткани. Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и заболеваний эндокринной системы. Мероприятия доврачебной помощи при подозрении на острый живот. Мероприятия первой врачебной помощи при подозрении на острый живот. Алгоритм диагностики врача-хирурга приемного отделения при поступлении больного с подозрением на острый живот. Основные ошибки, допускаемые врачами различных специальностей, при ведении больных с острой абдоминальной патологией.			
20	3. Заболевания органов брюшной полости	11. Нарушения гомеостаза у хирургических больных	Ознакомление с физиологией и патофизиологией водно-электролитного баланса. Изучение механизмов возникновения различных форм дегидратации и гипергидратаций у больных в критическом состоянии; уяснение неразрывной взаимосвязи нарушений водно-электролитного баланса с нарушениями КЩ крови, гемодинамики, белкового обмена; изучение принципов диагностики нарушений водно-электролитного баланса; изучение фаз метаболического и эндокринного ответа организма на травму и хирургическое вмешательство и обусловленных этими фазами изменений водно-электролитного баланса; обучение студентов диагностике и коррекции различных форм дисгидрий с акцентом на диагностику и лечение дегидратаций при тяжёлой хирургической патологии (стенозе привратника, кишечной непроходимости, перитоните, панкреатите, при тяжёлых травмах и обширных ожогах; после хирургических вмешательств, особенно, высоко травматичных и обширных и др.); уяснение принципов назначения, составов, объёма, доз, длительности, критериев контроля инфузионно-трансфузионной и электролитной терапии при различных заболеваниях травм в предоперационном и послеоперационном периодах в зависимости от состояния больного; уяснение роли калия в развитии критических состояний; уяснение причинка гипокалиемии; обучение студентов диагностике гипокалиемических состояний. уяснение опасностей и неблагоприятны эффектов гипокалиемии; обучение навыкам расчёта дефицита калия в организме, методам и правилам коррекции гипокалиемий; уяснение причин гипокалиемических состояний; обучение диагностике гиперкалиемий; уяснение опасностей и неблагоприятных факторов гиперкалие-			2

			мии;обучение способам и методам интенсивной терапии гиперкалиемических состояний			
21	3.Заболевания органов брюшной полости	12.Современные подходы к диагностике и лечению деструктивного панкреатита	Краткий анатомо-физиологический очерк. Определение понятия «острый панкреатит».Структура заболеваемости и ее изменения за последние 10 лет, причины. Классификации острого панкреатита,современная классификация ОП.Этиология и патогенез острогопанкреатита.Панкреатическая гипертензия – центральное звено патогенеза ОП.Роль острых и хронических заболеваний ЖВП в развитии ОП.Особенности клиники различных форм острого ОП. Характеристика основных клинических синдромов(болевого,диспептического,интоксикационного).Клинико-лабораторный синдром,механизм появления в крови амилазы,роль уровня ее активности в определении формы панкреатита. Причины осложнений ОП, их классификация. Инструментальные методы диагностики ОП и его осложнений (алгоритм). Основные направления комплексной терапии острого панкреатитаПервая помощь на догоспитальном этапе Купирование болевого синдрома. Купирование рвотыПрофилактика пареза кишечника. Коррекция водно-электролитных расстройств. Подавление секреторной активности поджелудочной железы (ПЖ)а) медикаментозное подавление б) искусственная гипотермияАктивнаядетоксикация а) инфузионная терапия и форсированный диурезб) наружное отведение лимфыв) энтеросорбция г) гемосорбцияд) плазмаферез Антимикробная химиотерапия Иммунокоррекция. Показания к опертивному лечению,основные задачи оперативного вмешательства,методы оперативных вмешательств. Прогноз.			2
22	4.Эндокринная хирургия	1.Заболевания щитовидной железы.	Анатомо-физиологические сведения о щитовидной железе. Классификация заболеваний. Методы обследования больных. Эндемический зоб. Определение понятия, классификация по степени увеличения, форме. Патологическая анатомия. Этиология (теория йодной недостаточности, значение струмогенных веществ, санитарно-гигиенических условий). Патогенез, признаки зобной эндемии. Клиника, диагностика, лечение. Показания к операции. Профилактика. Тиреотоксикоз. Определение понятия. Классификация по степени тяжести и стадиям развития. Клиника диффузного тиреотоксического зоба и узловых форм. Диагностика (значение определения основного обмена, поглощения диагностической дозы йода-131, сканирования щитовидной железы). Дифференциальный диагноз. Показания к различным видам лечения. Показания и противопоказания к операции. Предоперационная подготовка в зависимости от стадии тиреоток-			2

			<p>сикоза. Методы операций(энуклеация, экономная резекция, субтотальная резекция, геми-струмэктомия, удаление перешейка. комбинированные операции). Осложнения во время и после операции, клиника осложнений, их лечение и профилактика. Лечение и профилактика тиреотоксического криза и острой сердечно-сосудистой недостаточности как основных причин летальных исходов после операции у больных тиреотоксикозом. Ближайшие и отдалённые результаты хирургического лечения, пути их улучшения. Режим, трудоустройство больных после операции.</p> <p>Тиреоидиты и струмиты. Определение понятия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение консервативное и хирургическое. Ближайшие и отдалённые результаты. Тиреоидит Хашимото. Определение понятия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к медикаментозному и хирургическому лечению.</p> <p>Тиреоидит Риделя. Определение понятия. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение.</p>			
23	4.Эндокринная хирургия	2.Гормонально-активные опухоли надпочечников и поджелудочной железы.	<p>Понятие гормонпродуцирующей опухоли. Тканевая принадлежность гормональноактивных опухолей, их доля в структуре онкологических заболеваний. Опухоли надпочечников. Классификация. Опухоли, исходящие из мозгового слоя. Феохромоцитомы. Клиника обусловлена гиперпродукцией адреналина и норадреналина. Основным синдром – артериальная гипертензия. Протекает по стабильному и пароксизмальному типу. Злокачественная АГ. Диагностика. Исследование концентрации катехоламинов в крови и моче, а также продуктов их метаболизма. Ангиография надпочечников, УЗИ, КТ. Лечение – хирургическое: адреналэктомия. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных. Опухоли коркового слоя. Кортикостерома. Клиническая картина связана с гиперпродукцией кортизола. Основным синдром – Иценко-Кушинга. Диагностика – на основании клинической картины, УЗИ и КТ надпочечников, исследование в крови 17-КС.Лечение – хирургическое: удаление опухоли. Профилактика надпочечниковой недостаточности в раннем послеоперационном периоде.Редкие опухоли надпочечников: андростерома, кортикоэстерама, альдостерома. Особенности клиники, диагностика, принципы лечения. Гормональные опухоли поджелудочной железы. Классификация. β-клеточные опухоли (инсулиномы). Клиническая картина связана с гиперпродукцией инсулина. Заболевание протекает в виде периодически повторяющихся гипогликемических состояний вплоть до развития гипогликемической</p>			2

			комы. При длительном течении развивается тяжелая энцефалопатия. Диагностика сложна в связи с возможностью внепанкреатической локализации опухоли либо чрезвычайно малыми ее размерами. Основные методы диагностики: селективная целиакография, УЗИ, КТ, ЯМР, сцинтиграфия. Лечение хирургическое – удаление опухоли, резекция поджелудочной железы с опухолью. Гастринпродуцирующие опухоли поджелудочной железы (гастриномы). Клиника связана с гиперинкрецией гастрина и проявляется синдромом Элиссона-Золингера (ульцеогенный аденоматоз). Диагностика – исследование желудочной секреции, УЗИ, КТ, ЯМР. При выявлении опухоли показано ее хирургическое удаление (энуклеация или резекция поджелудочной железы с опухолью). При неэффективности операции – гастрэктомия.			
24	5. Поликлиническая хирургия	1.Амбулаторная хирургия	Организация работы хирургического отделения (кабинета) поликлиники. Обезболивание в амбулаторных условиях. Острая травма. Общие принципы лечения гнойной инфекции в хирургии. Острая гнойная инфекция кожи, подкожной клетчатки, мягких тканей. Заболевания сосудов конечностей. Заболевания органов брюшной полости, послеоперационные синдромы, реабилитация после операций.			2
Итого:				20	16	12

3.5. Тематический план практических занятий (семинаров).

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)		
				№ сем. 9	№ сем. 10	№ сем. 11
1	2	3	4	5	6	7
1	1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия)	Нагноительные заболевания легких и плевры. Бронхоэктатическая болезнь.	Классификация нагноительных заболеваний по Путову. Понятие гангрены легких, гангренозного абсцесса и абсцесса легких (по определению И.С. Колесникова). Этиология и патогенез острых легочных нагноений. Микробная флора: стафилококк, анаэробная флора и т.д. Пути возникновения абсцессов и гангрены. Особенности инфузионно-трансфузионной терапии. Методы хирургического лечения острых абсцессов и гангрены легких: I дренирование; II. резекции. Техника дренирования полости абсцесса, плевральной полости. Этапы дренирования, активная аспирация по Сатгер-Друзяк, пассивная аспирация по Волау. Объем хирургических вмешательств. Осложнения острых легочных нагноений: пиопневмоторакс, легочное кровотечение, поражение противоположного легкого и наиболее редкие: сепсис, пневмо-перикардит, острая почечная недостаточность. Клиника пиопневмоторакса, напряженного пневмоторакса. Экстренная помощь при напряженном пиопневмато-	5		

			<p>раксе. Клиника легочных кровотечений. Факторы, определяющие тяжесть кровотечений. Классификация легочных кровотечений по Стручкову. Лечение. Профилактика поражения противоположного легкого. Хронические абсцессы легких. Причины, способствующие переходу острого абсцесса в хронический: 1) недостаточный отток гноя; 2) наличие в полости абсцесса секвестров, нарушающих дренаж; 3) повышенное давление в полости абсцесса; 4) наличие плевральных сращений, препятствующих легочной ткани; 5) пневмофиброз. Клиника хронических абсцессов. Осложнения хронических абсцессов. Хирургическое лечение. Подготовка больных к операции. Объем оперативного вмешательства. Понятие бронхоэктазий, частота. Этиология и патогенез. Полиэтиологичность заболевания, возрастные особенности. Причины бронхоэктазий: фронхопневмонии, бронхиты, катары верхних дыхательных путей, инородные тела бронхов, туберкулез, поражения бронхолегочных узлов. Классификация бронхоэктазий: мешотчатые, цилиндрические, смешанные. Патогенез: воспаление; нарушение вентиляции легкого; нарушение кровотока лимфообращения в стенке бронха. Клиническая картина и диагностика. Рентгенография легких. Бронхография, техника выполнения. Бронхоскопия. Консервативная терапия бронхоэктатической болезни. Показания к хирургическому лечению и объем операции. Осложнения бронхоэктазий. Анатомо-физиологические особенности плевры. Циркуляция внутриплевральной жидкости. Понятие эмпиемы плевры, патогенез, частота острой эмпиемы плевры. Классификация эмпием в зависимости от - распространенности; - деструкции легкого; - сообщения с внешней средой клинического течения. Специфическая, неспецифическая и смешанная ЭП. Роль анаэробной флоры в возникновении ЭП. Первичные и вторичные ЭП. Морфологические изменения плевры при острой эмпиеме. Клиническая картина.</p>			
2	1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия)	Травма груди. Легочное кровотечение.	<p>Классификация повреждений груди. Открытые, закрытые, сочетанные и комбинированные повреждения. Частота травм груди. Патологические изменения: расстройства внешнего дыхания, расстройства кровообращения, шок. Патогенез при повреждении легочного каркаса. Флотирующие переломы ребер. Пневмоторакс, классификация. Клапанный пневмоторакс. Подкожная эмфизема. Гемоторакс.</p>	5		
3	1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хи-	Заболевания пищевода. Медиастинит.	<p>Заболевания пищевода, анатомо-физиологические сведения о пищеводе. Классификация заболеваний пищевода. Методы исследования (рентгеноскопия,</p>	5		

	рургия)		<p>рентгенография, эзофагоскопия, пневмомедиастинография, рентгенокинематография, радиоизотопная диагностика).</p> <p>Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Патогенез, клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде. Значение кортикостероидов для предотвращения структур пищевода. Раннее и позднее бужирование.</p> <p>Клиника рубцового сужения пищевода, локализация и формы сужения. Диагностика. Лечение, бужированием, методы бужирования, показания к ним. Хирургическое лечение. Типы пластического замещения пищевода(пластика пищевода тонкой и толстой кишкой, комбинированная пластика). Одномоментные и многомоментные операции. Результаты оперативного лечения. Опухоли. Доброкачественные опухоли пищевода клиника, диагностика. Методы хирургического лечения.</p> <p>Паллиативные операции(обходной анастомоз, гастростомия, интубация опухоли) показания к ним. Послеоперационные осложнения. Результаты хирургического лечения, пути их улучшения. Лучевое химиотерапевтическое и симптоматическое лечение. Современные достижения в хирургии пищевода.</p>			
4	2.Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия)	Хирургическое лечение пороков сердца. Хирургическое лечение ИБС.	<p>Частота приобретенных пороков сердца. Митральный стеноз. Разбирается относительные и абсолютные противопоказания к оперативному лечению, виды операций при митральном стенозе, ближайшие результаты лечения. Частота и причины развития рестенозов в отдаленные сроки, их профилактика и лечение. Госпитальная летальность и выживаемость больных, оперированных по поводу рестеноза.</p> <p>Недостаточность митрального клапана встречается у 50% больных с пороками сердца. Патологоанатомические нарушения, приводящие к нарушениям гемодинамики. Течение заболевания по периодам. Показания к операции и вид её при сочетанном митральном пороке согласно классификации Б.Б.Петровского. Реконструктивные операции при недостаточности митрального клапана.</p> <p>Аортальные пороки сердца ревматического и атеросклеротического генеза. Стадии клинического проявления стеноза аортального клапана. Показания к оперативному лечению. Недостаточность аортального клапана, гемодинамические нарушения. Показания к оперативному лечению. Пороки трехстворчатого клапана. Показания к оперативному лечению, осложнения протезирования клапанов сердца, профилактика осложнений. Частота врожденных пороков сердца (.Анатомофизиологические сведения о сердце. Предпосылки развития ПС у детей - особенности фетального кровообращения. Сердечная гемодинамика плода, но-</p>	5		

			<p>ворожденного и ребенка 1 года жизни. Специальные методы исследований. Классификация основных врожденных пороков сердца на 3 группы. Основные пороки "бледного типа". Клиническая картина дефекта межжелудочковой перегородки в зависимости от величины сброса крови. Показания к оперативному лечению данного порока. Радикальные и паллиативные операции. Показания к паллиативным операциям. Частота и клиническая картина при открытом артериальном кровотоке. Факторы, определяющие тяжесть клинических проявлений. Оперативное лечение порока. Частота, анатомические и гемодинамические изменения при дефектах межпредсердной перегородки. Клинические проявления порока. Показания к оперативному лечению. Основные пороки "синего типа". Частота, анатомические и гемодинамические нарушения при тетраде Фалло. Клиническая картина заболевания. Показания к оперативному лечению тетрады Фалло. Паллиативные и радикальные операции. Результаты лечения. Частота, анатомические и гемодинамические нарушения при транспозиции магистральных сосудов. Клиническая картина порока. Основные паллиативные операции. Частота, анатомические и гемодинамические нарушения при атрезии трехстворчатого клапана. Основные клинические проявления порока. Паллиативные операции. Основные пороки "с препятствием кровотоку". Частота, анатомические изменения при коарктации аорты. Основные клинические проявления данного порока и его течение. Показания к оперативному лечению. Техника оперативных вмешательств. Результаты лечения. Частота, анатомические изменения при стенозе аорты. Гемодинамика. Клиническая картина заболевания. Показания к оперативному лечению и техника оперативных вмешательств. Частота, анатомические изменения при изолированном стенозе легочной артерии. Клиническая картина заболевания. Показания к оперативному лечению и техника оперативных вмешательств. Диагностика ИБС. Показания и способы лечения ИБС. Открытые операции – аорто-коронарное шунтирование. Аневризмы грудного отдела аорты: этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургического лечения. Расслаивающая аневризма: особенности клиники и диагностики. Хирургическая тактика. Ренгенэндоваскулярная хирургия в лечении ИБС и врожденных пороков сердца. Диспансеризация больных после стентирования коронарных сосудов и АКШ.</p>			
5	2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хи-	Хронические заболевания вен (варикозная болезнь и ПТФС).	<p>Патофизиологические сведения о венозной системе нижних конечностей. Основные заболевания – варикозное расширение вен и посттромбофлебитический синдром.</p>	5		

	рургия)		<p>Этиопатогенез варикозной болезни: predisposing and producing factors. Classification of varicose disease. Clinical picture of the disease depending on the stage: compensation, subcompensation, decompensation, complications.</p> <p>Special methods of research: functional tests, phlebography. Indications for phlebography in varicose disease. Indications for various methods of treatment of the disease: conservative, sclerosing therapy, operative and combined methods. Technique of operative interventions in phlebectomy. Intra and postoperative complications. Results of treatment, rehabilitation, prognosis. Etiopathogenesis of post-thrombotic syndrome (PTS). Classification of PTS by localization, pathomorphological picture, clinical course and stages of the disease. Clinical picture of the disease depending on the stage. Main complaints: pain, swelling of the lower extremities, trophic disorders. Special methods of research. Role of phlebography (distal, pelvic and retrograde femoral) in clarifying the nature of the lesion and choice of treatment method. PTS. Differential diagnosis of PTS with Parke-Weber-Rubashov disease and Klippel-Trenaunay syndrome. Conservative treatment of PTS, results, rehabilitation, prognosis. Methods of operative interventions and indications for them, results of treatment, rehabilitation, prognosis.</p> <p>Etiopathogenesis of acute venous thromboses. Factors, contributing to thrombogenesis. Classification of thromboses of deep veins of the lower extremities and pelvis depending on localization of the thrombotic process. Pathomorphological picture, stages of clinical course. Clinical picture of the disease depending on localization of the thrombus. Complications - TELA. Laboratory and special methods of research: general analysis of blood and urine, biochemical studies of blood, phlebography. Differential diagnosis. Tactics. Indications for conservative treatment of acute thrombosis of deep veins. Scheme of conservative therapy. Operative treatment of acute venous thromboses. Results of treatment. Rehabilitation - the most important stage of treatment, its principles. Expertise of labor capacity and prognosis.</p>			
6	2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия)	Облитерирующие заболевания сосудов конечностей. Острая артериальная непроходимость.	Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Анатомо-физиологические сведения об артериальной системе нижних конечностей. Основные заболевания - облитерирующий атеросклероз и облитерирующий эндартериит. Этиопатогенез облитерирующего атеросклероза и эндартериита. Клиническая картина данных заболе-	5		

			<p>ваний в зависимости от стадии по Б. В. Покровскому: жалобы, объективные, местные симптомы. Лабораторные и специальные методы исследования: биохимические исследования крови, функциональные пробы. электрофизиологические исследования, ангиография. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Показания к консервативному лечению. Зависимость объёма консервативной терапии от стадии заболевания. Результаты лечения. Прогноз.</p> <p>Показания к оперативному методу д лечения облитерирующих заболеваний. Выбор различных видов реконструктивных вмешательств в зависимости от уровня и характера патологического процесса. Паллиативные операции. Ведение послеоперационного периода. Осложнения послеоперационного периода. Результаты хирургического лечения. Понятие острой артериальной непроходимости. Основные заболевания - эмболия, тромбоз артерий. Общий патофизиологический процесс при данной патологии. Этиология острого тромбоза и эмболии. Характеристика общих клинических симптомов заболевания. Классификация острой артериальной ишемии по В. С. Савельеву. Специальные методы исследований: общий анализ крови и мочи, биохимические исследования крови, ангиография. Клиническая картина развития артериальной непроходимости при острой эмболии и тромбозе, их дифференциальная диагностика. Лечебная тактика врачей общей сети. Показания к консервативному и оперативному лечению при остром артериальном тромбозе. Объём консервативной терапии. Виды хирургических операций. Методы профилактики "синдрома включения" при ишемии II степени. Особенности ведения послеоперационного периода, возможные осложнения. Оперативное лечения острых эмболий артерий с помощью зонда "Дуэт". Результаты лечения. Результаты лечения острой непроходимости артерий. Экспертиза трудоспособности и прогноз.</p>			
7	2.Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия)	Острые венозные тромбозы. ТЭЛА.	<p>Этиопатогенез острых венозных тромбозов. Факторы, способствующие тромбообразованию. Классификация тромбозов глубоких вен нижних конечностей и таза в зависимости от локализации тромботического процесса. Патоморфологической картины, стадии клинического течения. Клиническая картина заболевания в зависимости от локализации тромбоза. Осложнения - ТЭЛА. Лабораторные и специальные методы исследования: общие анализы крови и мочи, биохимические исследования крови, флебография. Дифференциальная диагностика. Тактика. Показания к консервативному методу лечения острого тромбоза глубоких вен. Схема консервативной терапии. Оперативное лечение ост-</p>	5		

			рых венозных тромбозов. Результаты лечения. Реабилитация - важнейший этап лечения, её принципы. Экспертиза трудоспособности и прогноз. Студент должен уметь составлять алгоритм обследования больных с острыми венозными тромбозами. На основании полученных данных проводить дифференциальную диагностику определять показания к оперативному и консервативному лечению.			
8	3.Заболевания органов брюшной полости	Актуальные вопросы диагностики и лечения осложненной язвенной болезни. ГЭРБ.	<p>Особенности клинки при дифференциальной диагностики осложнений язвенной болезни желудка и 12 п.к. Критерии объективной диагностики. Специальные методы диагностики:</p> <p>1) рентгенологические исследование желудка и 12 п.к. (наличие симптома “ниши”, конвергенция складок слизистой к язве, рубцовая деформация).</p> <p>2) эзофагогастродуоденоскопия (возможность установить сопутствующее заболевание, провести гистологическое исследование язвы). 3) электрогастрография. 4) исследование желудочной секреции, анализ базальной и максимальной стимулированной секреции соляной кислоты 5) биопсия. Соотношение этих показателей. 5) внутрижелудочная рН –метрия. 6) лабораторные исследования.</p> <p>Показания к плановому оперативному лечению (абсолютные и относительные). Выбор метода оперативного лечения. Особенности операций при язвенной болезни желудка и 12 п.к. Виды резекций желудка (Бильрот-1, Бильрот-2). Виды ваготомий (стволовая, селективная, СПВ), сочетание с дренирующими операциями. Виды дренирующих операций (Гейнеке, Микуличу, Финнею, антрумэктомию). Показания для СПВ. Интраоперационные, послеоперационные осложнения. Особенности ведения больных в послеоперационном периоде. Сроки трудоспособности больных после резекции желудка. Вопросы экспертизы больных язвенной болезнью желудка и 12 п.к. Диспансерное наблюдение.</p> <p>Этиология ГЭРБ. Патогенез, основные клинические симптомы. Методы диагностики ГЭРБ. Показания к хирургическому и консервативному лечению ГЭРБ. Препараты, методы операций.</p>	5		
9	3.Заболевания органов брюшной полости	Очаговые заболевания печени.	<p>Классификация очаговых заболеваний печени. Эхинококкоз и альвеококкоз печени. Эхинококкоз чаще: Австралия, Ю.Америка, Сев.Америка, Африка. В СНГ - юг Украины, Казахстан, Закавказье, Бурятия. Альвеококкоз: Австрия, Аляска, Сев.Канада. В СНГ - Зап. и Вост.Сибирь, Казахстан, Башкирия, центр.Россия.</p> <p>Гидатидный эхинококкоз (пузырный, однокамерный), чаще чем альвеококкоз 53-85% поражает печень. Кисты растут медленно, могут оставаться живыми в организме 20-20 лет и более. Клиника зависит от стадии заболевания. В начале - случай-</p>	6		

			<p>ная находка. Развернутая стадия - боль, тяжесть в подреберной или эпигастрии. Астеновегетативный синдром. Аллергия, крапивница, понос, тошнота, рвота, увеличивается печень. Терминальная: осложнение в виде желтухи, печеночная к колика, нагноение кисты, лихорадка, прорыв гнойника. Диагностика: анализ, осмотр, ГСК, УЗИ, рентгенограмма, эозинофилия, реакция латекс-агглютинации, реакция Кацони, спленопорто-, целиакография, кавография, КТ. Лечение оперативное.</p> <p>Альвеококкоз: многокамерный эхинококкоз, поражает преимущественно печени. Выявляется через 10-15 лет после заражения. У большинства первый симптом - гепатомегалия не только за счет узлов, но и за счет гипертрофии непораженной печени. Функциональные пробы меняются только в развернутой стадии болезни, присоединяется желтуха. Диагностика: то же, достоверно -ЛСК. Лечение хирургическое, при неоперабельности - общая и местная химиотерапия (тринафлавин, тепаль, сарколизин). <u>Опухоли:</u> Первичный рак печени. В нечерноземной зоне России -1,3%, в Молдове - 6,8%, США - 2,5%, Франция - 10,6%, Китай - 33,9%</p> <p>Гепатоцеллюлярный - гепатогенный, холангиоцеллюлярный - лимфогенный пути метастазирования. Предрасполагающий фактор - цирроз печени. Из алиментарных факторов роль красных вин (Франция, Молдова). Три формы роста рака: узловая, массивная, диффузная. Клиника. Ведущий симптом - увеличение одной доли или всей печени. Бель, симптом малых признаков, гипертермия, асцит, желтуха. Печень плотная, бугристая. Желтуха у 1/3 больных. Энцефалопатия, кожный зуд не так выражены как при желтухах неопухолевого генеза. Лабораторные данные неспецифичны (анемия, ускор. СОЭ, лимфопения, моноцитопения). Снижение АГ индекса, гипоальбуминемия. Увеличение глобулинов за счет альфа. и гамма-фракций. Реакция Абелева-Татарина на альфафетопротеин предложена как реакция скрининга. Ведущее значение в диагностике - инструментальные методы. Лечение - оперативное. Средняя продолжительность жизни 5-6 мес. с момента первых симптоме! Оперательность от 7 до 61%, обычно 10%. Оперативная летальность -15-40%. Средняя выживаемость у неоперабельных больных 2-18 недель после установления диагноза. У радикальнооперированных 3-х летняя выживаемость 50%, 5-ти летняя - 16-46%. Гемангиома - сосудистая опухоль, чаще случайная находка. Рост медленный, лечение оперативное. Поликистоз. В 4 раза чаще у женщин. Манифестация клиники в 40-50 лет. Лечение оперативное.</p>			
10	3.Заболевания органов брюш-	Заболевания поджелудочной железы	Классификация заболеваний поджелудочной железы. Общие вопросы диагностики			

	ной полости	<p>Симптоматика: боль в эпигастрии с иррадиацией в спину, диспептический синдром, желтуха, сахарный диабет у 5-15% больных с хроническим панкреатитом.</p> <p>Объективно: прогрессирующее похудание, асцит, наличие инфильтрата, кисты.</p> <p>Лабораторные исследования: дуоденальное зондирование с использованием стимуляторов внешней секреции. Определение активности ферментов крови, исследование кала на перевариваемость жиров и мышечных волокон, стеаторея и креаторея свидетельствуют о внешнесекреторной недостаточности, определение уровня глюкозы крови. Радиоиммунологическое исследование гормонов железы (инсулин, гликоген, гастрин). Определение билирубина и его фракций, печеночных ферментов. Рентгенологические исследования (кальцинаты в железе и протоковый калькулез). Контрастное исследование желудка и ДПК. Релаксационная дуоденография. В/В холецистохолангиография, ЧЧХГ, ЭРПХГ, УЗИ, КТ, изотопное исследование). Эндоскопическое исследование: ФГДС, лапароскопия. Морфологические исследования: цитология панкреатического сока, пункционная биопсия. Врожденные заболевания ПЖ. Добавочная - локализация по всему ЖКТ, проявляется пептическими язвами. При обнаружении подладит оперативному лечению.</p> <p>Кольцевидная поджелудочная железа - клиника дуоденальной непроходимости. Лечение - хирургическое: резекция сегмента кольца, либо обходной анастомоз.</p> <p>Кистозный фиброз - частное проявление врожденного муковисцидоза. Проявляется ОКН в послеродовом периоде. У взрослых - болевым синдромом и секреторной недостаточностью. Хронический панкреатит. Классификация. Этиопатогенез. Диагностика - боль у 92-95% больных, кишечный синдром (25-40%), похудание, сахарный диабет (25-40%). Объективно скудные данные. Исследование внешне- и внутрисекреторной функции. Дуоденальное зондирование с определением активности ферментов, проба с двойной сахарной нагрузкой. Рентгенисследование: кальпинаты в железе, смещение желудка, ДПК, холеграфия. ЭРПХГ.УЗИ.КТ.</p> <p>Лечение: диета с ограничением жиров и белков, спазмолитики, стимуляторы панкреатической секреции, заместительная ферментная терапия. Хирургическое лечение - показания: ЖКБ. непроходимость главного панкреатического протока, индуративный панкреатит с кальцинозом, стеноз БДС, кистозно-фиброзный панкреатит, язвенная болезнь ДПК, парапапиллярные дивертикулы ДПК, болевой панкреатит.</p> <p>Кисты ИЖ. Классификация. По частоте: воспалительные - 85-90%, неапластические - 10-12%,врожденные и паразитарные</p>	6		
--	-------------	---	---	--	--

			<p>- 1-3%. Клиника и диагностика. Роль УЗИ железы (обнаружение кисты в 95%). Лечение - только хирургическое. Марсупиализация (открытое дренирование). Закрытое дренирование, удаление, анастомоз с ЖКТ. Наихудшие результаты - от наружного дренирования. Свищи ПЖ.</p> <p>Классификация. Этиопатогенез: травмы, деструктивные формы острого панкреатита, наружное дренирование кист. Лечение: консервативное и оперативное. Опухоли ПЖ. 1.Рак головки - 50-60%, тела и хвоста - 15-30%, тотальное поражение - 25-30%.</p> <p>По строению - 60-95% аденокарциномы. Диагностика - из объективных и дополнительных методов, в 90-95% - желтуха. Лечение - хирургическое - паллиативные и радикальные операции. Летальность от ЦДР от 10 до 20%. Пятилетняя выживаемость от радикальных операций 7-12%, при раке ЦС - 26-^5%. После паллиативных операций средняя продолжительность жизни - 5-8 мес. Доброкачественные опухоли различного тканевого происхождения диагностируются случайно при УЗИ или операции. Инсулома: опухоль В-клеток островков Лангерганса. 10-12% имеют злокачественный характер. В мировой литературе - 1РОО наблюдений. Проявляет себя приступами гипогликемии.</p>			
11	3.Заболевания органов брюшной полости	Дифференциальная диагностика желтух. Особенности хирургического лечения механической желтухи.	<p>Определение желтухи. Образование билирубина. Три функции печени в обмене билирубина: Нормальная концентрация билирубина крови человека зависит от:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. скорости распада эритроцитов, 2. способности печеночной клетки захватывать непрямой билирубин, превращать его в глюкуроидное соединение и выделять последнее в желчь; 3. возможности поступления желчи в кишечник. <p>Ориентиром для установления этиологии желтухи может быть определение показателей билирубинового обмена. Повышенный распад эритроцитов - гемолитическая желтуха. Заболевания печени с поражением паренхимы и нарушением выделения билирубина в желчные капилляры возникает паренхиматозная желтуха. При препятствии для оттока желчи - механическая. Больные с механической желтухой занимают 2 место и требуют повышенного внимания, т.к. диагностика сложна и требуется неотложное хирургическое лечение. До 60-80% больных с механической желтухой первоначально попадают в инфекционные больницы. Такое положение обусловлено:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. клинические симптомы при желтухах различного генеза многообразны и часто не имеют определенной патологичности. 2. используемые методы лабораторной диагностики часто оказываются недостаточно информативными, т.к. отражают функциональное состояние печени. 		4	

			<p>3.общепринятые и достаточно достоверные инструментальные методы слишком сложны и применяются только в специализированных стационарах.</p> <p>При желтухе пред хирургом стоят следующие задачи:</p> <p>1.дифференцировать механическую желтуху от паренхиматозной и гемолитической.</p> <p>2.выявить причину непроходимости желчных путей, установить уровень и протяженность обтурации желчных путей.</p> <p>Необходим тщательный анализ всех клинических данных обследования больного. Возраст и пол, болезнь Боткина чаще до 40 лет, при паренхим. чаще старше 40 лет. При раках старше 40 лет до 70% больных. Портальный цирроз, первичный рак печени, рак ПЖ чаще у мужчин, в то время как ЖКБ, билиарный цирроз и рая ЖП чаще у женщин. Анамнез: контакты с ж/больными, химическими веществами, при) медпрепаратов. Внепеченочные знаки, увеличение печени, состояние ж/пузыря, селезенки, асцит, геморрагический синдром, лихорадка. Дополнительные методы: УБИ, КТ, холангиография, ЧЧХГ, ЭРХПГ, комбинированная (ЭРХПГ^ЧЧХГ), дуоденография, лапароскопия, сцинтиграфия. Лечение механической желтухи. Паллиативные желчеотводящие операции и радикальные, ТЦД и СТЦД. Прогноз и экспертиза трудоспособности.</p>			
12	3.Заболевания органов брюшной полости	ЖКБ и ее осложнения.	<p>Анатомо-физиологические особенности печени, желчных путей и панкреатодуоденальной зоны. Желчевыделение в норме; мицеллярная структура желчи. Основные функции гепатоцита. Исторические аспекты учения о желчно-каменной болезни. Роль ученых –Петит (1735), Холстед (1881), Бобсс (1867), Павлов (1884), Склифосовский (1870), Косинский (1889), Федоров С.В. Возрастные и половые особенности желчно-каменной болезни. Изменение структуры заболеваемости ЖКБ на современном этапе. Структура и состав желчных камней. Этиология и патогенез желчнокаменной болезни. Условия образования желчных камней:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) инъекция; 2) нарушение оттока желчи 3) литогенность желчи. <p>Механизм образования холестериновых камней, треугольные координаты Адмиралу-Смола. Причины перенасыщения желчи холестерином. Учение о жидкокристаллической структуре желчи, роли холестериновых кристаллов в камнеобразовании. Механизм образования пигментных камней. Роль вирусного гепатита В в камнеобразовании. Классификация желчнокаменной болезни. Клиническая симптоматика калькулезного холецистита. Классификация осложнений ЖКБ и их</p>		4	

			<p>клиника. Диагностика ЖКБ: лабораторная, гентгенологическая, ультразвуковая, инструментальная диагностика патологии желчных путей (холецистохолангиография, ЭРХПГ, ЧЧХГ). Подготовка к исследованиям, техника проведения, осложнения. Определение показаний к плановому хирургическому лечению. Особенности предоперационной подготовки у больных с холедохолитиазом, холангитом, механической желтухой, водянкой желчного пузыря, деструктивными формами ОХ, желчным перитонитом. Техника холецистэктомии: операционные доступы, холецистэктомия от шейки, от дна (показания). Показания и виды интраоперационного исследования желчных путей. Виды дренирования желчных протоков (по Холстеду, Керу, Вишневскому, Керте). Показания и виды внутреннего дренирования желчных путей (ХДА, трансдуоденальная и эндоскопическая папиллосфинктеротомия). Осложнения ЖКБ: водянка и эмпиема желчного пузыря, перфорация желчного пузыря, желчный перитонит, механическая желтуха, холангит – клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, хирургическая тактика, методы лечения.</p>			
13	3. Заболевания органов брюшной полости	Язвенные и неязвенные желудочно-кишечные кровотечения. Портальная гипертензия.	<p>Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Этиопатогенез гастродуоденальных кровотечений. Клиническая картина при язвенной кровопотере. Местные симптомы: болевой синдром, рвота типа "кофейной гущи" кал черного цвета, язвенный анамнез. Симптомы гиповолемии и кровопотери. Степень тяжести кровотечения по клиническим и лабораторным параметрам/лёгкая, средняя, тяжёлая.</p> <p>Диагностические мероприятия при язвенных кровотечениях/экстренная ФГДС. по показаниям рентгеноскопия желудка/.</p> <p>Дифференциальная диагностика. Лечение язвенных кровотечений: консервативное, при неэффективности - подготовка к хирургическому лечению. Показания к переливанию одногруппной крови донора. Критерии остановившегося кровотечения. Показания к неотложной операции /группы больных/. Выбор метода оперативного вмешательства. Степень операционного риска. Виды хирургических операций. Особенности ведения послеоперационного периода, профилактика осложнений. Особенности осмотра больных в приемном покое в зависимости от состояния больных, тактика хирурга при приеме тяжело больных с низким артериальным давлением. Диагностика источника кровотечения в зависимости от тяжести состояния больных. Ценность вспомогательных методов исследования - лабораторных исследований крови, рентгенологического и эндоскопического. Дифференциальная диагностика, кровотечения из трахеи и бронхов, носоглоточные кровотечения,</p>		4	

			<p>кровотечения из пищевода, желудка и 12-ти перстной кишки, желчных путей (тонкого и толстого кишечника, кровотечения из пищеварительного тракта, при болезнях крови, прорыве аневризмы или абсцесса в пищеварительном тракте.) Причины неязвенных кровотечений: геморрагический эрозивный гастрит, синдром Малори-Вейса, варикозное расширение вен пищевода при портальной гипертензии, опухоли желудка и кишечника, дивертикулез и полипоз ЖКТ, патология развития сосудов ЖКТ (телеангиоэктазии), гемофилия, паразитофагеальные грыжи, повреждение слизистой инородными телами, болезни крови и др. Клиника острой кровопотери, патогенез геморрагического шока, степень кровопотери. Тактика врача при ЖКТ- кровотечениях., методика консервативной терапии. Методы остановки кровотечения: временные, постоянные. Гемостатические препараты. Принципы назначения. Длительность проведения консервативной гемостатической терапии. Показания к заместительному переливанию крови Критерии оценки адекватности крововосполнения. Тактика хирурга при невыясненном источнике кровотечения. Принцип динамического наблюдения при кровотечениях, критерии оценки состояния больного, понятия о «критическом периоде».</p>			
14	4.Эндокринная хирургия	Заболевания щитовидной железы и околощитовидных желез	<p>Анатомо-физиологические сведения о щитовидной железе. Классификация заболеваний. Методы обследования больных. Эндемический зоб. Определение понятия, классификация по степени увеличения, форме. Патологическая анатомия. Этиология (теория йодной недостаточности, значение струмогенных веществ, санитарно-гигиенических условий). Патогенез, признаки зобной эндемии. Клиника, диагностика, лечение. Показания к операции. Профилактика. Тиреотоксикоз. Определение понятия. Классификация по степени тяжести и стадиям развития. Клиника диффузного тиреотоксического зоба и узловых форм. Диагностика (значение определения основного обмена, поглощения диагностической дозы йода-131, сканирования щитовидной железы). Дифференциальный диагноз. Показания к различным видам лечения. Показания и противопоказания к операции. Предоперационная подготовка в зависимости от стадии тиреотоксикоза. Методы операций(энуклеация, экономная резекция, субтотальная резекция, геми-струмэктомия, удаление перешейка. комбинированные операции). Осложнения во время и после операции, клиника осложнений, их лечение и профилактика. Лечение и профилактика тиреотоксического криза и острой сердечно-сосудистой недостаточности как основных причин летальных исходов после операции у больных тиреотоксикозом. Ближайшие и</p>		4	

			<p>отдалённые результаты хирургического лечения, пути их улучшения. Режим, трудоустройство больных после операции.</p> <p>Тиреоидиты и струмиты. Определение понятия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение консервативное и хирургическое. Ближайшие и отдаленные результаты. Тиреоидит Хашимото. Определение понятия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к медикаментозному и хирургическому лечению.</p> <p>Тиреоидит Риделя. Определение понятия. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение.</p>			
15	3.Заболевания органов брюшной полости	Травма живота	<p>Классификация повреждений живота по С.З.Горшкову. Открытые и закрытые повреждения. Патофизиология повреждений паренхиматозных и полых органов. Клиника и диагностика этих двух повреждений. Дополнительные методы диагностики. Лабораторные методы, рентгенологические, ультразвуковое исследование. Лапароцентез и лапароскопия, техника и выполнение. Диагностическая лапаротомия, роль микролапаротомии. Закрытые повреждения. Повреждения брюшной стенки. Повреждения печени. Классификация. Лечение. Оперативные доступы. Хирургическая тактика. Методы обработки ран печени, швы печени. Показания к резекции печени. Диагностика и профилактика желчеистечения. Методы дренирования. Послеоперационное ведение больных. Повреждения селезенки, классификация. Хирургическая тактика. Показания и противопоказания к органосберегающим операциям на селезенке. Спленэктомия. Техника реинфузии крови. Повреждения поджелудочной железы. Классификация. Клиника и диагностика. Хирургическое лечение в зависимости от характера повреждения, локализации, сопутствующих повреждений. Методы операций и способы наружного дренирования. Повреждения паренхиматозных органов в сочетании с магистральными артериями и венами брюшной полости и забрюшинного пространства. Повреждения полых органов. Роль полноценной ревизии органов брюшной полости в диагностике повреждений. Методика ревизий. Объем хирургических вмешательств при повреждении желудка, 12 п.к., тонкой, ободочной и прямой кишки и особенности хирургической тактики в зависимости от времени с момента повреждения, объема кровопотери, тяжести сочетанных повреждений. Послеоперационное ведение больных.</p>		4	
16	3.Заболевания органов брюшной полости	Ошибки и опасности в лечении острого аппендицита. ОКН.	<p>Особенности течения атипичных форм аппендицита в зависимости от локализации отростка: забрюшинная локализация, ретроцекальное (внутрибрюшинное, интрамуральное, ретроперитонимальное) ,</p>			6

			<p>низкое, высокое и среднее расположение. Редкое расположение отростка в грыжевом мешке, в области запирательного отверстия и т.д. Особенности клиники заболевания в пожилом возрасте, в детском возрасте; тактика хирурга по отношению к этой группе больных, особенно обезболивания, ведение послеоперационного периода. Аппендицит и беременность. Изменение клиники заболевания в зависимости от сроков беременности, особенности медикаментозной терапии, направленной на сохранение беременности и возможности воздействия лекарственных средств на внутриутробное развитие плода. Тактика хирурга при наличии аппендицита в последние сроки беременности и во время родов. Дифференциальный диагноз между аппендицитом и острым холециститом, язвенной болезнью 12-ти перстной кишки и желудка, острым панкреатитом, колитом, болезнью Крона, острым мезентеральным лимфоденитом, неспецифическим язвенным колитом, тромбозом мезентеральных сосудов, перекрутом жирового подвеса, почечной колики, внематочной беременностью, апоплексией яичников, воспалительным заболеванием придатков матки, пельвеоперитом. Диагностика хронических аппендицитов, особенности клиники заболевания, связь заболевания червеобразного отростка с патологическими процессами других органов брюшной полости. Выбор оперативного доступа в зависимости от клиники заболевания - показания к параректальному разрезу и срединной лапаротомии. Тактика хирурга при осложненных формах аппендицита, при наличии инфильтрата, периаппендикулярного абсцесса, абсцессов брюшной полости (тазовых, поддиафрагмальных и межкишечных), перитонита. Показания к тампонаде и дренированию брюшной полости. Рациональная антибиотикотерапия в лечении аппендицита и гнойных осложнений, пилефлебита, абсцессов печени, кишечных свищей и др. Диагностика инфильтратов и абсцессов брюшной полости. Доступы, применяемые при вскрытии гнойников. Тактика хирурга при неясных формах аппендицита, принцип динамического наблюдения. Интраоперационная ревизия органов брюшной полости при наличии неизменного отростка или вторично измененного отростка. Показания к лапаротомии и широкой ревизии органов брюшной полости. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. Общее понятие об острой кишечной непроходимости. Классификация ОКН. Патогенез острой кишечной непроходимости. Предрасполагающие факторы и непосредственные причины ОКН. Патогенетические механизмы нарушения моторной функции кишечника,</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>нарушения резорбтивно-секреторной деятельности кишечника. Значение микробного фактора в развитии ОКН. Эндогенная интоксикация и дисметаболизм. Особенности клиники ОКН в зависимости от вида и уровня непроходимости. Частные виды тонкокишечной ОКН: спаечная, заворот, ивагинация, узлообразование. Ранняя послеоперационная непроходимость. Толстокишечная ОКН: obturационная, заворот. Диагностика ОКН. Общие принципы лечения ОКН: показания к оперативному лечению, предоперационная подготовка, виды операций. Прогноз. Анатомические сведения о кровоснабжении органов брюшной полости - строение висцеральных ветвей брюшной аорты. Этиопатогенез синдрома хронической абдоминальной ишемии (СХАИ): врожденные и приобретенные причины. Клиническая картина заболевания в зависимости от стадии. Специальные методы исследования: функциональные пробы, ультразвуковая доплерография, дуплексное сканирование сосудов, аортография по Селдингеру. Показания к консервативному и хирургическому методам лечения. Способы операций. Результаты лечения.</p>			
17	3. Заболевания органов брюшной полости	Актуальные вопросы диагностики и лечения перитонита	<p>Патофизиологические особенности брюшины. Причины перитонитов. Классификация перитонитов по клиническому течению, по этиологическому фактору, по распространенности, по характеру выпота, по стадиям развития перитонита. Патогенез развития перитонита в зависимости от стадии. Факторы, определяющие быстроту развития перитонита и его клинические картины, основные факторы патогенеза разлитого перитонита. Клиническая картина перитонитов в зависимости от стадии и распространенности: жалобы, данные анамнеза, объективные и местные симптомы. Лабораторные и специальные методы исследования: общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, рентгенологические, эндоскопические и ультразвуковые методы исследования. Дифференциальная диагностика. Предоперационная подготовка. Хирургическое лечение перитонита, этапы хирургического вмешательства. Методы дренирования брюшной полости. Перитонеальный диализ, методика проведения. Программируемые релапаротомии, ZIPPER-методика. Ведение раннего послеоперационного периода. Особенности интенсивной терапии в зависимости от патофизиологических нарушений в организме. Методы гравитационной хирургии (плазмоферрез, гемо- и лимфосорбция). Мероприятия, направленные на профилактику послеоперационных осложнений. Осложнения послеоперационного периода (взлотекущий перитонит, стойкий парез кишечника, ранняя спаечная непроходимость, локальные</p>			6

			абсцессы брюшной полости, послеоперационные инфильтраты. Диагностика, способы лечения. Результаты хирургического лечения в зависимости от стадии, распространенности и этиологии перитонита. Экспертиза трудоспособности и прогноз.			
18	3. Заболевания органов брюшной полости	Дифференциальная диагностика «острого живота»	<p>Определение понятия «острый живот». Острая абдоминальная боль – основной признак «острого живота». Структура и частота острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Боль в правом подреберье – абдоминальные и внеабдоминальные причины. Боль в эпигастриальной области – абдоминальные и внеабдоминальные причины. Боль в левом подреберье – абдоминальные и внеабдоминальные причины. Боль в правом подреберье – абдоминальные и внеабдоминальные причины. Боль в пупочной области – абдоминальные и внеабдоминальные причины. Боль в правой подвздошной области – абдоминальные и внеабдоминальные причины. Боль в левой подвздошной области – абдоминальные и внеабдоминальные причины. Боль в надлобковой области – абдоминальные и внеабдоминальные причины. Боль в паховых областях – абдоминальные и внеабдоминальные причины. Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и мочевыделительной системы. Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и сердечно-сосудистой системы. Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и висцеральных сосудов. Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и диффузных заболеваний соединительной ткани. Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и заболеваний эндокринной системы. Мероприятия доврачебной помощи при подозрении на острый живот. Мероприятия первой врачебной помощи при подозрении на острый живот. Алгоритм диагностики врача-хирурга приемного отделения при поступлении больного с подозрением на острый живот. Основные ошибки, допускаемые врачами различных специальностей, при ведении больных с острой абдоминальной патологией.</p>			6
19	5. Поликлиническая хирургия	Амбулаторная хирургия. Амбулаторное лечение гнойных заболеваний мягких тканей	<p>Организация работы хирургического кабинета поликлиники. Организация работы хирургических кабинетов в амбулатории, участковой больнице, ЦРБ, городских больницах, областной больнице. Состав амбулаторных больных. Правила выдачи и продления больничных листов хирургическим больным. Работа КЭК и МСЭК. Хирургические манипуляции, проводимые в поликлинике. Заболевания пальцев и ки-</p>			6

		<p>сти, подкожной клетчатки, ПТФС, травмы, патология суставов. Клиника, диагностика, амбулаторное лечение. Виды местной анестезии, применяемой в амбулаторных условиях. Диспансеризация хирургических больных. Осмотр больных, участие в перевязках, амбулаторных хирургических вмешательствах. Сроки пребывания на больничном в зависимости от перенесенного оперативного вмешательства. Тактика хирурга поликлиники в случаях выявления неотложной хирургической патологии. Алгоритм действий хирурга поликлиники в случае внезапного ухудшения состояния больного (коллапс, остановка сердца, дыхания и т.д.) Классификация гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей. Причины возникновения, возбудители заболевания. Фурункул: этиология, клиническая картина, локальный статус в различные фазы течения процесса, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения в различные фазы течения процесса. Осложнения Карбункул: этиология, клиническая картина, локальный статус в различные фазы течения процесса, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения в различные фазы течения процесса. Осложнения Абсцесс: этиология, клиническая картина, локальный статус в различные фазы течения процесса, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения в различные фазы течения процесса. Осложнения Лимфаденит: этиология, клиническая картина, локальный статус в различные фазы течения процесса, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения в различные фазы течения процесса. Осложнения. Гидраденит: этиология, клиническая картина, локальный статус в различные фазы течения процесса, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения в различные фазы течения процесса. Осложнения. Профилактика. Флегмона: этиология, клиническая картина, локальный статус в различные фазы течения процесса. Принципиальное отличие от локальных воспалительных процессов мягких тканей. Диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения в различные фазы течения процесса. Осложнения. Неклостридиальная флегмона: этиология, клиническая картина, локальный статус в различные фазы течения процесса, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения в различные фазы течения процесса. Осложнения. Профилактика.</p>			
Итого:			52	20	24

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела учебной дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1.	9	Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия)	написание рефератов	10
2.			написание истории болезни	4
3.			подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	10
4.				12
5.			ИТОГО часов в семестре: 36	
1.	10	Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия)	написание рефератов	2
2.			написание истории болезни	4
3.			подготовка к занятиям	6
4.			подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	6
5.				ИТОГО часов в семестре: 18
1.	11	Заболевания органов брюшной полости. Эндокринная хирургия Поликлиническая хирургия	написание рефератов	
2.			написание истории болезни	4
3.			подготовка к занятиям	4
4.			подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	10
5.				ИТОГО часов в семестре: 18
Всего часов на самостоятельную работу:				72

3.7. Лабораторный практикум

Лабораторный практикум учебным планом не предусмотрен.

3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ

Написание курсовых проектов (работ), контрольных работ учебным планом не предусмотрено.

Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)

4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю): рабочие тетради, практикумы, сборники тестовых заданий, ситуационных задач, разработанные на кафедре; методические указания по изучению дисциплины.

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

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	7
1.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов. В 2-х томах.	Под ред. В.С.Савельева	2014.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 1008с. (3-е изд.,испр).	60	ЭБС «Консультант студента»
2.	«Хирургические болезни»	Под ред. академика РАМН А.Ф.Черноусова.	2010.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 664с.,илл.	26	ЭБС «Консультант студента»
3.	«Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг).	Н.В.Мерзликин, Н.А.Бражникова, Б.И.Альперович, В.Х.Цхай	2012.- «ГЭОТАР-Медиа».- 1014с.	30	ЭБС «Консультант студента»

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.	«Заболевания поджелудочной железы». Учебное пособие.	В.А.Бахтин с соавт.	2012.-Киров.- 84с.	85	ЭБС Кировского ГМУ
2.	«Заболевания щитовидной железы». Учебное пособие.	В.А.Бахтин с соавт.	2010.-Киров.- 76с.	-	ЭБС Кировского ГМУ
3.	«Хирургическое лечение пороков сердца и ИБС». Учебное пособие.	В.А.Вязников с соавт.	2003.-Киров.- 89с.	-	ЭБС Кировского ГМУ
4	Очаговые заболевания печени: Учебное пособие	В.А. Бахтин, В.А. Янченко	2014.-Киров.- 101с.	-	ЭБС Кировского ГМУ
5.	«Хирургическое лечение механической желтухи» (2 части). Учебное пособие	В.А. Бахтин, В.А. Янченко С.М. Аракелян	2010.-Киров.- 208с.	80	ЭБС Кировского ГМУ
6.	Нагноительные заболевания легких. Бронхоэктатическая болезнь. Эмпиема	В.А. Бахтин, В.А. Янченко	2014.-Киров.- 74с.	-	ЭБС Кировского ГМУ

	плевры: Учебное пособие				
7.	«Неотложные состояния» Учебное пособие	В.А. Бахтин Т.П. Захаричева В.А. Янченко	2012.-Киров.-115с.	78	ЭБС Кировского ГМУ
8.	«Водно-электролитный обмен: нарушения и коррекция» Учебное пособие	В.П. Сухорук Т.П. Захаричева В.А. Янченко	2016.-Киров.-105с.	2	ЭБС Кировского ГМУ
9.	«Травма живота» Учебное пособие	В.А. Бахтин, В.А. Янченко	2016.-Киров.-77с.	90	ЭБС Кировского ГМУ
10.	«Острые венозные тромбозы». Учебное пособие.	В.П.Малахов.	2005.-Киров.-59с.	64	ЭБС Кировского ГМУ
11.	«Болезни оперированного желудка». Учебное пособие.	В.А.Бахтин с соавт.	2007.-Киров.-74с.	88	ЭБС Кировского ГМУ

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

1. Консультант студента;
2. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека

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

1. Для осуществления образовательного процесса используются: 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 Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)
5. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
6. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
7. 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),
8. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный)
9. 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://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 (модулю)

В процессе преподавания дисциплины используются следующие специальные помещения:

- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – каб. № большой лекционный зал КОГБУЗ КОКБ
- учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа – каб. № 301, 402, 403, 404, 501
- учебные аудитории для курсового проектирования (выполнения курсовых работ) – каб. № 310
- учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций – каб. № 401, 403 (комп. класс)
- учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации – каб. № 403 (комп. класс)
- помещения для самостоятельной работы – компьютерный класс 3-414, (ул. К. Маркса, д.112)
- помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования – каб. № 426, 427.

Все помещения находятся на клинической базе кафедры по адресу: г.Киров, ул. Воровского 42, КОГБУЗ Кировская Областная клиническая больница, корпус №7. 3-4-5 этажи.

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.

Основное учебное время выделяется на заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия), заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия), заболевания органов брюшной полости, эндокринную хирургию, поликлиническую хирургию.

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 (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по заболеваниям органов грудной клетки (торакальная хирургия), заболеваниям сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия), заболеваниям органов брюшной полости, эндокринной хирургию, гнойной (поликлинической) хирургии.

При проведении учебных занятий кафедры обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем

проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплины (модуля) в форме курса, составленного на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей).

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении тем: заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия), заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия), заболевания органов брюшной полости, эндокринная хирургия, поликлиническая хирургия.

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, к экзамену, 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.

Лекция-дискуссия - обсуждение какого-либо вопроса, проблемы, рассматривается как метод, активизирующий процесс обучения, изучения сложной темы, теоретической проблемы. Рекомендуется использовать при изучении тем: Заболевания сердечно-сосудистой системы, поликлиническая хирургия.

Важной характеристикой дискуссии, отличающей её от других видов спора, является аргументированность. Обсуждая дискуссионную проблему, каждая сторона, оппонировав мнению собеседника, аргументирует свою позицию. Отличительной чертой дискуссии выступает отсутствие тезиса и наличие в качестве объединяющего начала темы.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия), заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия), заболевания органов брюшной полости, эндокринная хирургия, поликлиническая хирургия.

Практические занятия проводятся в виде *собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, отработки практических навыков на тренажерах, симуляторах центра манипуляционных навыков, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических больных.*

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:

- семинар традиционный по темам:

1. *Нагноительные заболевания легких и плевры. Бронхоэктатическая болезнь.*
2. *Травма груди. Легочное кровотечение.*
3. *Заболевания пищевода. Медиастинит.*
4. *Хирургическое лечение пороков сердца. Хирургическое лечение ИБС. Острый перикардит. Аневризмы грудного отдела аорты. Рентгенэндоваскулярная хирургия: принципы, преимущества, недостатки.*
5. *Варикозное расширение вен. Посттромбофлебитический синдром.*
6. *Актуальные вопросы диагностики и лечения осложнений язвенной болезни. ГЭРБ.*
7. *Очаговые заболевания печени.*
8. *Заболевания поджелудочной железы*
9. *Дифференциальная диагностика желтух. Особенности хирургического лечения механической желтухи.*
10. *ЖКБ и ее осложнения*
11. *Язвенные и неязвенные желудочно-кишечные кровотечения. Портальная гипертензия.*

12. Травма живота
13. Заболевания щитовидной железы и околощитовидных желез
14. Актуальные вопросы диагностики и лечения перитонита
15. Дифференциальная диагностика «острого живота»
16. Амбулаторная хирургия. Амбулаторное лечение гнойных заболеваний мягких тканей

- семинар-дискуссия по теме:

1. Ошибки и опасности в лечении острого аппендицита. ОКН.

- учебно-ролевая игра по теме:

1. Острый венозный тромбоз. ТЭЛА.
2. Облитерирующие заболевания сосудов конечностей. Острая артериальная непроходимость.

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины (модуля) «Госпитальная хирургия» включает подготовку к занятиям, написание рефератов написание истории болезни подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине (модулю) «Госпитальная хирургия» 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, оформляют истории болезни, рефераты и представляют их на занятиях. Написание реферата, учебной истории болезни способствует 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.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме устного опроса в ходе занятий, решения типовых ситуационных задач, тестового контроля, рефератов, индивидуальных домашних заданий; написания учебной истории болезни. Для текущего контроля освоения дисциплины используется рейтинговая система.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля и собеседования.

Для текущего контроля освоения дисциплины используется рейтинговая система.

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) (приложение Б)

Оценочные средства – 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 Госпитальной хирургии

Приложение А к рабочей программе дисциплины (модуля)

**Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины
«Госпитальная хирургия, детская хирургия»
модуль «Госпитальная хирургия»**

Специальность 31.05.01 Лечебное дело
Направленность (профиль) Лечебное дело
(очная форма обучения)

Раздел 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия)

Тема 1.1: Нагноительные заболевания легких и плевры. Бронхоэктатическая болезнь.

Цель: Систематизировать и углубить знания студентов по изучаемой теме. Изучить причины продолжающегося роста деструктивных форм острых и хронических легочных нагноений. Отработать навыки по диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний. Изучить роль дополнительных методов исследования в установлении правильного диагноза: рентгенографии, эндоскопии, ангиографии. Обратит внимание на тактику ведения больных и вопросы хирургического и парахирургического лечения легочных нагноений.

Задачи:

- рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение нагноительных заболеваний легких;
- обучить студентов распознаванию ее частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств
- изучить причины продолжающегося роста деструктивных форм острых и хронических легочных нагноений.
- сформировать у студентов понятие правильной тактики в диагностике и лечении нагноительных заболеваний легких с целью избежать развития осложнений

Обучающийся должен знать:

1. Анатомо-физиологические особенности легких, плевры.
2. Этиологию, патогенез и современную классификацию нагноительных заболеваний легких.
3. Современную классификацию острых нагноительных заболеваний,
4. Клинические особенности заболеваний, осложнения.
5. Современные методы диагностики заболевания.
6. Принципы и методы лечения абсцесса.
7. Принципы и методы лечения гангрены легкого.
8. Принципы и методы лечения эмпиемы плевры
9. Виды операций при гнойном плеврите.
10. Дренирование плевральной полости.
11. Активная аспирация, лаваж с применением растворов антисептиков и ОФР.
12. Торакотомия, показания. Декортикация лёгкого. Торакопластика.
13. Послеоперационное ведение.
14. Осложнения послеоперационного периода, их профилактика и лечение.
15. Ближайшие и отдалённые результаты хирургического лечения.

Обучающийся должен уметь:

1. Собрать анамнез заболевания и выяснить характерные жалобы больного.

2. Провести физикальное обследование больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
3. Интерпретировать данные дополняющие обследования больного (клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, данные рентгенографии, УЗИ- исследования, компьютерной томографии, эндоскопическом и морфологическом исследованиях)
4. Уметь выявить симптомы, характерные для нагноительных заболеваний легких .
5. Провести дифференциальную диагностику.
6. Сформулировать полный клинический диагноз
7. Наметить тактику ведения и лечения больного абсцессом,
8. Наметить тактику ведения и лечения больного гангреной легкого
9. Наметить тактику ведения и лечения больного эмпиемой плевры.

Обучающийся должен владеть:

1. Собрать анамнез и интерпретировать его у больного хроническим легочным нагноением
2. Обследовать больного и правильно оценить результаты физикального обследования
3. Наметить план обследования и обосновать последовательность использования необходимых лабораторных и инструментальных исследований, правильно оценить их результаты
4. Формулировать и аргументировать диагноз
5. Проводить дифференциальную диагностику хронических легочных нагноений
6. Обосновать лечебную тактику у больных хроническими нагноениями легких
7. Методами купирования болевого синдрома.
8. Вопросами асептики и антисептики в хирургии.
9. Принципами, приемами и методами обезболивания в хирургии.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Научиться диагностировать плевриты: сухой (фибринозный) и экссудативный.
2. Дифференцировать воспалительный экссудат от транссудата
3. Усвоить основные клинико-лабораторные, рентгенологические признаки нагноительных заболеваний лёгких. (НЗЛ)
4. Овладеть методами лечения НЗЛ.
5. Этиология и патогенез нагноительных заболеваний легких.
6. Классификация нагноительных заболеваний легких.
7. Ведущие клинические синдромы и симптомы нагноительных заболеваний легких.
8. Диагностическое значение лабораторных и инструментальных методов исследования (общий анализ крови, плевральной жидкости, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ, ЭКГ, ФВД);
9. Технику проведения плевральной пункции;
10. Принципы комплексного лечения нагноительных заболеваний легких.
11. Критерии эффективности лечения нагноительных заболеваний легких.
12. Методы профилактики нагноительных заболеваний легки.
13. Классификацию инфекционных деструкций легких (нагноительных заболеваний лёгких).
14. Ведущие клинические симптомы НЗЛ;
15. Методы лабораторной и инструментальной диагностики;
16. Методы их лечения и профилактики;

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий

-клинические разборы,

-чтение рентгенограмм,

-решение ситуационных задач, тестовых заданий,

-отработка практического навыка: «Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты»

-освоение манипуляции торакоцентеза по алгоритму под контролем преподавателя.

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач

- сформулировать предварительный диагноз

- составить план обследования
- провести дифференциальный диагноз
- составить план лечения с написанием листа назначений и обоснования показания к операции и ее предварительному объему

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

У больного, 55 лет, около 2-х месяцев назад клинически и при R-логическом исследовании была диагностирована крупозная пневмония. В связи с непереносимостью антибиотиков лечился в основном физиотерапевтическими процедурами. Через три недели госпитализирован повторно. Возобновилась гипертермия с проливными потами, похудание, боль в грудной клетке при глубоком дыхании, кашель с гнойной мокротой. В общем анализе крови умеренная анемия, лейкоцитоз $16 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Проводилась антибактериальная противовоспалительная терапия. На 2 день госпитализации во время приступа сильного кашля появились резкие колющие боли в грудной клетке, одышка.

При осмотре состояние больного тяжелое, бледен. Отмечается цианоз лица, кистей рук, Аускультативно - ослабление дыхания в правой половине грудной клетки, там же перкуторно отмечается тимпанит. Пульс 105 в минуту, А/Д 95/60. R-логически: выявлено колабирование правого легкого, широкий горизонтальный уровень жидкости, резкое смещение тени средостения влево.

1. Какова причина ухудшения состояния больного?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечебная тактика.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

У больного, 55 лет, около 2-х месяцев назад клинически и при R-логическом исследовании была диагностирована крупозная пневмония. В связи с непереносимостью антибиотиков лечился в основном физиотерапевтическими процедурами. Через три недели госпитализирован повторно. Возобновилась гипертермия с проливными потами, похудание, боль в грудной клетке при глубоком дыхании, кашель с гнойной мокротой. В общем анализе крови умеренная анемия, лейкоцитоз $16 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Проводилась антибактериальная противовоспалительная терапия. На 2 день госпитализации во время приступа сильного кашля появились резкие колющие боли в грудной клетке, одышка.

При осмотре состояние больного тяжелое, бледен. Отмечается цианоз лица, кистей рук, Аускультативно - ослабление дыхания в правой половине грудной клетки, там же перкуторно отмечается тимпанит. Пульс 105 в минуту, А/Д 95/60. R-логически: выявлено колабирование правого легкого, широкий горизонтальный уровень жидкости, резкое смещение тени средостения влево.

1. Какова причина ухудшения состояния больного?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Дифференциальный диагноз.
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 конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Виды операций при гнойном плеврите.
 2. Дренирование плевральной полости.
 3. Активная аспирация, лаваж с применением растворов антисептиков и ОФР. Торакотомия, показания. Декортикация лёгкого. Торакопластика.
 4. Послеоперационное ведение.
 5. Осложнения послеоперационного периода, их профилактика и лечение.
 6. Ближайшие и отдалённые результаты хирургического лечения. Реабилитация. ЛФК. МСЭ. Трудоустройство.
 7. Эмпиема после торакальных операций. Этиология.

8. Остаточная плевральная полость. Обследование. Данные фистуло- и пневмографии. Тактика при остаточной плевральной полости, при эмпиеме остаточной плевральной полости.
9. Острый пиопневмоторакс. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к дренированию плевральной полости.
10. Активный метод расправления лёгкого.
11. Методы активной аспирации из плевральной полости.
12. Повреждения грудной клетки. Механизм. Классификация.
13. Виды пневмотораксов (закрытый, открытый, клапанный, напряжённый). Плевропульмональный шок, понятие. Этиология.
14. Назовите основные клинические формы плевритов.
15. Ведущие субъективные и объективные симптомы сухого (фиброзного) плеврита.
16. Клинические проявления экссудативного плеврита.
17. Диагностическое исследование плевральной жидкости.
18. Как отличить транссудат от экссудата?
19. Характерные рентгенологические изменения при плеврите.
20. Возможные исходы плеврита
21. Лечение плеврита.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. В классификации абсцессов легких по патогенезу отсутствуют:

1. Постпневмонические
2. Постнекротические
3. Тромбоэмболические
4. Послеоперационные
5. Посттравматические
6. Обтурационные

2. Абсцессы легких по распространенности бывают:

1. Односторонние
2. Единичные
3. Центральные
4. Внутриплевральные
5. Множественные
6. Медиастинальные

3. Острые абсцессы легких осложняются всем перечисленным, кроме:

1. Перитонита
2. Пиопневмоторакса
3. Гнойного перикардита
4. Медиастинита
5. Забрюшинной флегмоны
6. Легочного кровотечения
7. Инфаркта легкого

4. Представителями грамотрицательных микроорганизмов, вызывающих абсцессы легких, являются

1. Escherichia
2. Citrobacter
3. Klebsiella
4. Peptococcus
5. Proteus
6. Staphylococcus
7. Pseudomonas

8. Peptostreptococcus

5. Первый период течения острого абсцесса легких характеризуется:

1. Постепенным началом
2. Высокой лихорадкой
3. Ознобом
4. Отделением большого количества мокроты с кашлем
5. Разлитыми болями в грудной клетке
6. Положительным симптомом Крюкова
7. Хорошим эффектом от консервативного лечения

6. Какие анамнестические данные имеют значение при постановке диагноза острого абсцесса легкого:

1. Эпизоды тяжелого алкогольного опьянения
2. Перенесенные операции
3. Эпиприпадки
4. Перенесенная в недавнем прошлом тяжелая пневмония
5. Состояние комы
6. Релаксация диафрагмы
7. Травма груди

7. Прорыв острого абсцесса легких в бронх сопровождается всем перечисленным, кроме:

1. Ухудшением состояния
2. Сильным кашлем с обильным отхождением мокроты
3. Внезапным появлением болей в одной из половин грудной клетки
4. Уменьшением симптомов интоксикации
5. Появлением аускультативного феномена «амфорического дыхания»
6. Клиникой медиастинита

8. Клиническими особенностями гангренозного абсцесса являются:

1. Дыхательная недостаточность
2. Эндотоксикоз
3. Гиперемия кожи лица
4. Гнойный цвет мокроты
5. Тахикардия

9. Распространенная гангрена легкого характеризуется всем перечисленным, кроме:

1. Клиникой инфекционно-токсического шока
2. Полиорганной дисфункцией
3. Токсической энцефалопатией
4. Мокротой вида «мясных помоев»
5. Тенденцией к гипертонии
6. Серым цветом кожных покровов
7. Гиперемией лица
8. Спленомегалией
9. Периферическими отеками

10. Диагноз хронического абсцесса легкого устанавливается при сохранении гнойной полости в легком не менее:

1. 1-2 недель
 2. 2-3 недель
 3. 3-4 недель
 4. 1 месяца
 5. 8 недель
 6. 6 месяцев
- 4) Подготовить реферат
1. Спонтанный пневмоторакс
 2. Послеоперационные осложнения в торакальной хирургии
 3. Состояние проблемы трансплантации легких
 4. Хирургическое лечение туберкулеза легких
 5. Хирургическое лечение рака легкого
 6. Паразитарные заболевания легких, плевры, средостения
- 5) Подготовить учебную историю болезни.

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	Наличие в ЭБС
				в биб-лиотеке	
1	2	3	4	5	6
1.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов. В 2-х томах.	Под ред. В.С.Савельева	2009.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 1008с. (3-е изд.,испр).	50	Консультант студента
2.	«Хирургические болезни»	Под ред. академика РАМН А.Ф.Черноусова.	2010.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 664с.,илл.	99	-
3.	«Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг).	Н.В.Мерзлик ин,Н.А.Бражникова, Б.И.Альперович, В.Х.Цхай	2012.- «ГЭОТАР-Медиа».- 1014с.	18	Консультант студента

Дополнительная:

п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	Наличие в ЭБС
				в биб-лиотеке	
	2	3	4	5	7
1.	«80 лекций по хирургии».	В.С.Савельев	2008.-Триада-Х.	1	Электронная библиотека кафедры
2.	«Нагноительные заболевания легких и плевры. Бронхоэктатическая болезнь» Учебное пособие	В.А. Бахтин, В.А. Янченко	2014.-Киров.- 74с.	1	В наличии

3.	«Амбулаторная хирургия».	А.Б.Белевити н.	2011.- Москва.-712с.	1	Электронная библиотека кафедры
----	--------------------------	-----------------	----------------------	---	--------------------------------

Раздел 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия)

Тема 1.1: Травма груди. Легочные кровотечения

Цель: Систематизировать и углубить знания студентов по изучаемой теме. Изучить клинику, диагностику и современные подходы к лечению травмы груди и легочных кровотечений. Оказание неотложной помощи пострадавшим.

Задачи:

- рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение нагноительных заболеваний легких; рассмотреть вопросы парадоксального дыхания при множественных двойных переломах ребер (окончатый перелом ребер) и тактику врача при этих состояниях; разобрать особенности клинической картины при сочетанных травмах и торакоабдоминальных ранениях;

- обучить студентов распознаванию ее частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств; ознакомить с методами диагностики травм груди, включая торакоскопию.

- изучить клинические проявления открытых и закрытых повреждений груди с внутриплевральными осложнениями и без них; изучить клинико-рентгенологическую симптоматику "тампонады сердца". Раскрыть возможные осложнения при травмах груди у оперированных пациентов и при дренировании плевральной полости.

- сформировать у студентов понятие правильной тактики в диагностике и лечения травмы грудной клетки и легочных кровотечений и показания к оперативным методам лечения и к закрытому ведению плевральной полости (дренаж, пункция).

Обучающийся должен знать:

4. Анатомо-физиологические особенности груди.
5. Этиологию, патогенез и современную классификацию травм груди и легочных кровотечений.
6. Современную классификацию травм груди и легочных кровотечений,
7. Клинические особенности заболеваний, осложнения.
8. Современные методы диагностики заболевания.
9. Принципы и методы лечения травм груди и легочных кровотечений.
10. Специальные методы диагностики (УЗС, рентген, МСКТ)
11. Основные понятия и определения травмы, классификацию.
12. Хирургическую тактику при повреждениях груди
13. Провести анализ жалоб больного.
14. Собрать сведения о характере травмы.
15. Оценить тяжесть состояния пострадавшего при поступлении.
16. Уметь провести обследование пострадавшего с травмой груди и живота.
17. Обосновать диагноз.
18. Определить тактику лечения.
19. Определить показания к операции.
20. Виды операций при травме груди и легочных кровотечениях.
21. Дренирование плевральной полости.
22. Активная аспирация, лаваж с применением растворов антисептиков и ОФР.
23. Послеоперационное ведения.
24. Осложнения послеоперационного периода, их профилактика и лечение.
25. Ближайшие и отдалённые результаты хирургического лечения

Обучающийся должен уметь:

1. Собрать анамнез заболевания и выяснить характерные жалобы больного.

2. Провести физикальное обследование больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
3. Интерпретировать данные дополняющие обследования больного (клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, данные рентгенографии, УЗИ-исследования, компьютерной томографии, эндоскопическом и морфологическом исследованиях)
4. Уметь выявить симптомы, характерные для травмы груди и легочных кровотечений.
5. Провести дифференциальную диагностику.
6. Сформулировать полный клинический диагноз
7. Наметить тактику ведения и лечения больного с травмой груди и легочным кровотечением,
8. Наметить тактику ведения и лечения больного с травмой груди
9. Наметить тактику ведения и лечения больного с легочным кровотечением.

Обучающийся должен владеть:

1. Собрать анамнез и интерпретировать его у больного с травмой груди и легочным кровотечением
2. Обследовать больного и правильно оценить результаты физикального обследования
3. Наметить план обследования и обосновать последовательность использования необходимых лабораторных и инструментальных исследований, правильно оценить их результаты
4. Формулировать и аргументировать диагноз
5. Проводить дифференциальную диагностику травмы груди и легочного кровотечения
6. Обосновать лечебную тактику у больных с травмой груди и легочным кровотечением
7. Методами купирования болевого синдрома.
8. Вопросами асептики и антисептики в хирургии.
9. Принципами, приемами и методами обезболивания в хирургии

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля:
 1. Научиться диагностировать легочные кровотечения.
 2. Дифференцировать воспалительный экссудат от транссудата
 3. Усвоить основные клинико-лабораторные, рентгенологические признаки травмы груди и легочные кровотечения
 4. Овладеть методами лечения травмы груди и легочных кровотечений.
 5. Этиология и патогенез травмы груди и легочных кровотечений.
 6. Классификация травмы груди и легочных кровотечений.
 7. Ведущие клинические синдромы и симптомы травмы груди и легочных кровотечений.
 8. Диагностическое значение лабораторных и инструментальных методов исследования (общий анализ крови, плевральной жидкости, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ, ЭКГ, ФВД);
 9. Технику проведения плевральной пункции;
 10. Принципы комплексного лечения травмы груди и легочных кровотечений.
 11. Критерии эффективности лечения травмы груди и легочных кровотечений.
 12. Методы профилактики травмы груди и легочных кровотечений.
 13. Классификацию травмы груди и легочных кровотечений.
 14. Ведущие клинические симптомы травмы груди и легочных кровотечений;
 15. Методы лабораторной и инструментальной диагностики;
 16. Методы их лечения и профилактики;

2. Практическая работа.

- клинические разборы;
- чтение рентгенограмм;
- решение ситуационных задач;
- тестовых заданий;

- отработка практических навыков «Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты»;
- освоение манипуляцию торакоцентеза по алгоритму под контролем преподавателя и т.п.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

сформулировать предварительный диагноз

-составить план обследования

-провести дифференциальный диагноз

-составить план лечения с написанием листа назначений и обоснования показания к операции и ее предварительному объему

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Молодой мужчина при автокатастрофе ударился правой половиной грудной клетки. Его беспокоят сильные боли в области ушиба, особенно при дыхании. При осмотре выраженная болезненность при пальпации 5-7 ребер справа от передне-подмышечной линии. Подкожная эмфизема в этой области. При аускультации ослабление дыхания справа. При перкуссии тимпанит, состояние больного относительно удовлетворительное, одышки и тахикардии нет. Отмечается некоторая бледность кожных покровов.

Ваш предварительный диагноз?

Ушиб грудной клетки

Закрытая травма груди. Перелом ребер справа

Закрытая травма груди. Перелом 5-7 ребер справа с повреждением правого легкого, подкожная эмфизема.

*Закрытая травма груди. Перелом 5-7 ребер справа с повреждением правого легкого, подкожная эмфизема. Правосторонний пневмоторакс.

Причина появления подкожной эмфиземы.

Повреждение трахеи.

Повреждение пищевода.

Повреждение правого легкого.

*Повреждение правого легкого и париетальной плевры

Дифференциальный диагноз.

Инфаркт миокарда

*Спонтанный пневмоторакс

*Правосторонний гемостаракс

Рак правого легкого

Хирургическая тактика на догоспитальном этапе.

Консервативная терапия по месту жительства

Наблюдение хирурга поликлиники

*Госпитализация в травматологическое (хирургическое) отделение для дообследования и лечения

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1. Пострадавший С, 38 лет доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение через 1 час после травмы. Получил удар ножом в грудь. Жалуется на боли в области раны, усиливающиеся при дыхании, слабость, головокружение, мелькание "мушек" перед глазами. Со слов врача скорой помощи был кашель с примесью крови в мокроте.

Состояние средней тяжести. Рубашка умеренно пропитана кровью. Кожный покров бледный. Пульс 104 в мин, слабый. АД 90/60 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, но прослушиваются. ЧДД 26 в мин. По среднеключичной линии справа в третьем межреберьи имеется коло-торезанная рана 0,5x2,0 см с ровными краями, на момент осмотра не кровоточит. Правая половина грудной клетки отстает в дыхании. При пальпации вокруг раны и на шее определяется крепитация (подкожная эмфизема).

Перкуторно: в нижних отделах правого легкого до угла лопатки -притупление, выше - ко-

робочный звук. Слева - без особенностей. Над правой половиной грудной клетки в нижних отделах дыхание не прослушивается, в верхних - резко ослаблено. Аускультация: слева - без особенностей.

Срочное исследование крови: Эр - 4,1 млн., Нв. - 107 г/л Нт. - 40 %

Рентгенография грудной клетки (сидя, прямая проекция): над правым легочным полем в нижних отделах затемнение - уровень жидкости с горизонтальной линией на 3 см выше угла лопатки, легкое коллабировано на 1/3. Слева - легочный рисунок прослеживается во всех отделах, смещения средостения нет.

При пункции правой плевральной полости в VII межреберье по задней подмышечной линии получена кровь, проба Рувилуа-Грегуара-положительная.

1. Ваш диагноз?
2. Какой вид травмы получен больным?
3. Какое патологическое нарушение является наиболее жизнеугрожающим.
4. Лечение

2. Больной К., 24 лет, при сбрасывании снега с крыши дома упал на забор. Основным удар пришелся на левое подреберье. Через 45 мин. 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 слабо-положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика вялая. При пальцевом ректальном исследовании - незначительная болезненность и нависание передней стенки прямой кишки.

В общем анализе крови: эритроцитов $2,1 \times 10^{10}$ /л; гемоглобин 72 г/л, гематокрит 30%, лейкоцитов 11×10^9 /л. Общий анализ мочи произвести не удалось в виду малого количества.

1. Ваш диагноз.
2. Механизм травмы, патогенетические изменения гомеостаза?
3. Лечебная тактика.
4. Степень шока, качественный и количественный состав инфузионно-трансфузионной терапии.
5. Этапы и объем оперативного вмешательства.

3. Больной, Г., 26 лет, доставлен в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли в животе, слабость, головокружение. Час назад был избит неизвестными.

Объективно: состояние больного тяжелое. Бледен, при попытке сесть отмечает головокружение. Лежать не может из-за усиления боли в животе, поэтому находится в полусидячем положении. Язык суховат, живот мягкий, умеренно болезнен при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины положительны, пульс 130 уд./мин, ритмичный, АД — 70/40 мм рт.ст. Осмотр нейрохирурга — сотрясение головного мозга легкой степени.

Ваш диагноз? 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 конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. внутривнутриплевральными осложнениями и без них.

2. Рассмотреть вопросы парадоксального дыхания при множественных двойных переломах ребер (оскольчатый перелом ребер) и тактику врача при этих состояниях.
3. Разобрать особенности клинической картины при сочетанных травмах и торакоабдоминальных ранениях.
4. Ознакомить с методами диагностики травм груди, включая торакоскопию.
5. Разобрать показания к оперативным методам лечения и к закрытому ведению плевральной полости (дренаж, пункция).
6. Изучить клинико-рентгенологическую симптоматику "тампонады сердца".
7. Раскрыть возможные осложнения при травмах груди у оперированных пациентов и при дренировании плевральной полости.
8. Клиническую, топографическую анатомию и оперативную хирургию груди.
9. Виды операций при травме груди и легочных кровотечениях.
10. Наметить план обследования и обосновать последовательность использования необходимых лабораторных и инструментальных исследований, правильно оценить их результаты
11. Сформулировать и аргументировать диагноз
12. Проводить дифференциальную диагностику травмы груди и легочного кровотечения
13. Обосновать лечебную тактику у больных с травмой груди и легочным кровотечением
14. Методами купирования болевого синдрома.
15. Вопросы асептики и антисептики в хирургии.
16. Принципами, приемами и методами обезболивания в хирургии.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Наиболее характерным признаком разрыва легкого является:
 - 1) Гемоторакс
 - 2) Пневмоторакс
 - 3) Затемнение легкого при рентгенологическом исследовании
 - 4) Кровохаркание
 - 5) Гемо-пневмоторакс
2. Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является:
 - 1) Пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании
 - 2) Боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье
 - 3) Ослабленное дыхание на стороне травмы
 - 4) Боль в подреберье
 - 5) Общее тяжелое состояние больного
3. Для разрыва крупного бронха характерным является:
 - 1) Напряженный пневмоторакс
 - 2) Напряженная эмфизема средостения
 - 3) Общее тяжелое состояние больного
 - 4) Кровохаркание
 - 5) подкожная эмфизема

1. Больной упал с высоты 7 этажа. Диагностирован разрыв левого главного бронха. Решено больного оперировать. Наиболее оптимальным хирургическим доступом будет:

- 1) Передне-боковая торакотомия
- 2) Задне-боковая торакотомия
- 3) Боковая торакотомия по 7 межреберью
- 4) Стернотомия
- 5) Боковая торакотомия по 4 межреберью

2. Больной попал в автомобильную катастрофу. Диагностирован правосторонний гемопневмоторакс, подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Рентгенологически обнаружен

перелом v, vi, vii ребер слева, причем перелом vi ребра со смещением костных отломков и проникновением одного из них в легочную ткань. Ваши действия включают:

- 1) Только дренирование плевральной полости
- 2) Торакотомию, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого
- 3) Экстраплевральный остеосинтез
- 4) Гемостатическую консервативную терапию
- 5) Искусственную вентиляцию легких

3. Основным методом лечения гемоторакса является:

- 1) Плевральная пункция
- 2) Дренирование плевральной полости
- 3) Широкая торакотомия
- 4) Подход должен быть строго индивидуальным
- 5) Торакотомия и ликвидация гемоторакса

4. Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие, тахикардия, АД – 80/20 мм рт.ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Имеет место укорочение перкуторного звука. Можно предположить:

- 1) Плевро-пульмональный шок
- 2) Ранение легкого
- 3) Ранение сердца
- 4) Ранение крупных сосудов средостения
- 5) Торако-абдоминальное ранение

5. Больной получил дорожную травму. В процессе обследования выявлен перелом костей таза. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. У данного больного можно предположить:

- 1) Разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную
- 2) Внутрибрюшинное кровотечение
- 3) Тупую травму сердца
- 4) Разрыв легкого
- 5) Для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимо произвести дополнительные методы исследования

6. Больная 4 часа назад получила множественные ножевые ранения грудной клетки. Кожные покровы нормальной окраски. Пульс 92 уд. В мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/70 мм. Рт. Ст. Гемопневмоторакса нет. Больной необходимо произвести:

- 1) Первичную хирургическую обработку ран грудной клетки
- 2) Левостороннюю торакотомию
- 3) Плевральную пункцию справа
- 4) Плевральную пункцию слева
- 5) Дренирование левой плевральной полости

7. Больной получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. Кожные покровы бледные. АД 90/60 мм. Рт. Ст., пульс 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки. Лечебная тактика сводится:

- 1) К плевральным лечебным пункциям
- 2) К только интенсивной терапии
- 3) К дренированию плевральной полости
- 4) К интенсивной терапии в сочетании с дренированием плевральной полости
- 5) К немедленной торакотомии

8. у больного, поступившего с двухсторонним переломом ребер, имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Необходимо предпринять:

- 1) Динамическое наблюдение
- 2) Дренирование обеих плевральных полостей
- 3) Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки
- 4) Насечки на коже грудной клетки и шеи
- 5) Дренирование плевральной полости

9. у больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом ребер (слева 5, справа 4), выраженная эмфизема средостения, двусторонний пневмоторакс. Оказание помощи необходимо начать:

- 1) С дренирования обеих плевральных полостей
- 2) С наложения трахеостомы и искусственной вентиляции легких
- 3) С двусторонней трахеостомы
- 4) С введения игл в подкожную клетчатку
- 5) С интубации и искусственной вентиляции легких

10. При большом свернувшемся гемотораксе 5-дневной давности необходимо выполнить:

- 1) Введение стрептазы или других ферментов в область гемоторакса
- 2) Широкую торакотомию, удаление гемоторакса
- 3) Дренирование плевральной полости
- 4) Повторение плевральной пункции
- 5) Введение антибиотиков в зону свернувшегося гемоторакса

11. основным методом лечения гемоторакса является:

- 1) Широкая торакотомия
- 2) Дренирование плевральной полости
- 3) Дренирование плевральной полости двумя дренажами
- 4) Плевральная пункция
- 5) Торакоскопия и ликвидация гемоторакса

12. Абсолютными показаниями для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки являются:

- 1) Свернувшийся гемоторакс
- 2) Гемопневмоторакс
- 3) Продолжающееся кровотечение в плевральную полость
- 4) Проникающее ранение грудной клетки
- 5) Пневмоторакс

13. Наиболее выгодное место дренирования для устранения пневмоторакса:

- 1) 3 межреберье по средней ключичной линии
- 2) 2 межреберье по средней ключичной линии
- 3) 7 межреберье по средней аксиллярной линии
- 4) 8 межреберье по задней аксиллярной линии
- 5) 4 межреберье по передней подмышечной линии

14. При напряженном пневмотораксе показано:

- 1) Немедленное дренирование плевральной полости
- 2) Срочная торакотомия
- 3) Трахеостомия
- 4) Торакоскопия
- 5) Ивл

15. Существующее внутриплевральное давление:

- 1) Не изменяется в процессе дыхательного цикла
- 2) Увеличивается при глотании
- 3) Не зависит от давления в воздушных путях
- 4) Ниже атмосферного
- 5) Одинаково во всех отделах плеврального пространства

16. Наиболее глубокие расстройства газообмена наблюдаются:

- 1) При повреждении груди с открытым пневмотораксом
- 2) При повреждении груди с клапанным пневмотораксом
- 3) При массивном гемотораксе
- 4) При подкожной эмфиземе

4) Подготовить реферат

1. Тромбоэмболия легочной артерии
2. Травмы грудной клетки и заболевания легких как причина развития плевритов, которые могут осложнять течение этих заболеваний и травм
3. Оперативные вмешательства при эмпиеме плевры. Показания, этапы выполнения.
4. Спонтанный пневмоторакс.

5) Подготовить учебную историю болезни

Рекомендуемая литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	Наличие в ЭБС
				в биб-лиотеке	
1	2	3	4	5	6
1.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов. В 2-х томах.	Под ред. В.С.Савельева	2009.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 1008с. (3-е изд.,испр).	50	Консультант студента
2.	«Хирургические болезни»	Под ред. академика РАМН А.Ф.Черноусова.	2010.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 664с.,илл.	99	-
3.	«Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг).	Н.В.Мерзлик ин,Н.А.Бражникова, Б.И.Альперович, В.Х.Цхай	2012.- «ГЭОТАР-Медиа».- 1014с.	18	Консультант студента

Дополнительная:

п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	Наличие в ЭБС
				в биб-лиотеке	
	2	3	4	5	6
1	«80 лекций по хирургии».	В.С.Савельев	2008.-Триада-Х.	1	Электронная библиотека кафедры
2	Травма груди учебное пособие	В.А. Бахтин, В.А. Янчен-	Киров2018: ФГБОУ ВО	1	В наличии

	для студентов медицинских вузов/Сост.	ко, А.В. Патласов -	Кировский ГМУ Минздрава России, -73с.		
3	«Амбулаторная хирургия».	А.Б.Белевити н.	2011.- Москва.-712с.	1	Электронная библиотека кафедры

Раздел 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия)

Тема 1.1: Заболевания пищевода. Медиастиниты.

Цель: рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение заболеваний пищевода и медиастинитов; обучить студентов распознаванию ее частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств.

Задачи:

- рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение заболеваний пищевода;

- обучить студентов распознаванию ее частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств.

- изучить клинические проявления заболеваний пищевода и медиастинитов; изучить их клинико-рентгенологическую симптоматику. Раскрыть возможные осложнения при ожогах пищевода пациентов.

- сформировать у студентов понятие правильной тактики в диагностики и лечения ожогов пищевода к оперативным методам лечения, а также различных нозологических форм медиастинита, с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств при медиастините.

Обучающийся должен знать:

1. Анатомо-физиологические особенности пищевода
2. Особенности строения различных отделов пищевода, строение стенки пищевода.
3. Кровоснабжение иннервацию пищевода
4. Синтопию пищевода, физиологические сужения
5. классификацию заболеваний пищевода;
6. Общие симптомы и синдромы основных заболеваний пищевода;
7. инструментальные и лабораторные методы диагностики ;
8. Пороки развития пищевода;
9. Инородные тела пищевода;
10. Травмы пищевода;
11. Ожоги пищевода.
12. Клинические стадии ожога пищевода:
13. Осложнения ожогов пищевода;
14. Симптомы стриктуры пищевода;
15. Виды бужирования пищевода;
16. Классификация методов пластики пищевода;
17. Кардиоспазм и ахалазия пищевода;
18. Стадии ахалазии кардии;
19. Методы лечения ахалазии кардии;
20. Послеоперационное ведение больных с заболеваниями пищевода

Обучающийся должен уметь:

1. Квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
2. Распознавать различные симптомы и синдромы заболеваний пищевода.

3. Назначить инструментальные методы обследования.
4. Грамотно интерпретировать результаты обследования.
5. Ориентироваться в чтении рентгенограмм при послеожоговых стриктурах, раке и ахалазии пищевода.
6. Уметь оказать первую помощь при ожоге пищевода.
7. Провести бужирование пищевода по струне.
8. Составлять индивидуальный план (алгоритм) лабораторно-инструментального обследования больного с ахалазией пищевода интерпретировать полученные результаты.
9. Заполнять рабочую историю болезни.
10. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
11. Оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями
12. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Обучающийся должен владеть:

1. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
2. Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
3. Читать и описывать обзорный рентгеновский снимок брюшной полости, УЗИ и КТ, МРТ пищевода.
4. Заполнять рабочую историю болезни.
5. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
6. Выполнять фистулографию при желчных свищах.
7. Участвовать на перевязках.
8. Оформлять выписной эпикриз и эпикриз на ВК, документы с соответствующими рекомендациями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Анатомо-топографическое строение пищевода, его функция.
2. Классификация заболеваний пищевода.
3. Перечислите симптомы и синдромы заболеваний пищевода.
4. Методы обследования больных с заболеваниями пищевода.
5. Опишите клиническую картину ожога пищевода.
6. Ранние и поздние осложнения ожогов пищевода.
7. Методы бужирования пищевода при ожоговых стриктурах, осложнения бужирования их профилактика и лечение.
8. Врожденные заболевания пищевода, диагностика, методы лечения.
9. Ахалазия пищевода, стадии по Б.В.Петровскому.
10. Рентгенологическая картина ахалазии пищевода в зависимости от стадии заболевания.
11. Консервативное лечение, показания и способы дилатации кардии.
12. Показания к хирургическому лечению ахалазии пищевода и методы оперативного лечения.
13. Методы пластики пищевода, показания к ней.
14. Травмы пищевода, классификация, клиника, диагностика и лечение.
15. Клиника перфорации пищевода, причины, врачебная и хирургическая тактика.
16. Послеоперационное ведение больных с заболеваниями пищевода.
17. Медико-социальная экспертиза и прогноз.

2. Практическая работа.

- клинические разборы,
- чтение рентгенограмм,
- решение ситуационных задач,
- тестовых заданий,

-отработка практических навыков (перечислить),

-освоение манипуляций (перечислить) по алгоритму под контролем преподавателя и т.п.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

-сформулировать предварительный диагноз

-составить план обследования

-провести дифференциальный диагноз

-составить план лечения с написанием листа назначений и обоснования показания к операции и ее предварительному объему

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная В. 46 лет. Поступила в хирургический стационар с жалобами на резкое затруднение прохождения пищи по пищеводу, невозможность употреблять твердую пищу, умеренно выраженные боли за грудиной, усиливающиеся при приеме пищи, снижение массы тела за последние 3 месяца на 10-12 кг. Из анамнеза известно, что около 5 месяцев назад выпила с суицидальной целью уксусную эссенцию, а затем в течение 4 недель лечилась в хирургическом стационаре. Прогрессирующее затруднение при прохождении пищи отмечает в течение 2 месяцев. При поступлении выполнена рентгеноскопия пищевода (см. на обороте). Лабораторные данные: Эр. $3,2 \times 10^{12}/л$, Hb 90 г/л, общ. белок 57 г/л, альбумин 23 г/л, электролиты Na^+ 102 ммоль/л, K^+ 3,5 ммоль/л, Cl 89 ммоль/л.

1. Сформулируйте диагноз. Рубцовая стриктура пищевода после химического ожога кислотой (уксусной эссенцией). Гипохромная анемия, алиментарная кахексия
2. Какое обследование необходимо назначить больной. Дополнительно к имеющимся – анализы необходимые для возможного проведения оперативного вмешательства, ФГДС с биопсией.
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика. Рак пищевода, эзофагоспазм, опухоли средостения.
4. Назначьте лечение. Бужирование пищевода по проводнику, при неэффективности – гастростома как подготовительный этап для последующей пластики пищевода.
5. Каков прогноз при данном заболевании. Для полного восстановления проходимости – неблагоприятный.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

В поликлинику к хирургу обратился больной М 60 лет с жалобами на чувство царапанья при прохождении пищи по пищеводу, несильные тупые постоянные боли за грудиной, слабость, некоторое снижение аппетита, похудание. Болен в течение полугода, начало заболевания ни с чем конкретно не связывает. В течение 2 лет наблюдался у гастроэнтеролога по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, эрозивного эзофагита. При осмотре – состояние больного удовлетворительное, кожные покровы физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы. Пульс 86 в минуту, а/д 160/100. Со стороны живота патологии не определяется. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лабораторных анализах, взятых накануне, отмечается лишь некоторое увеличение СОЭ. Обзорная рентгенография грудной клетки без патологии.

1. Какое заболевание следует заподозрить у больного.
2. Составьте план обследования.
3. В группе каких заболеваний следует проводить дифференциальную диагностику.
4. Какой должна быть тактика лечения?
5. Какое лечение показано больному.

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 конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Анатомо-топографическое строение пищевода, его функция.
2. Классификация заболеваний пищевода.
3. Перечислите симптомы и синдромы заболеваний пищевода.

4. Методы обследования больных с заболеваниями пищевода.
5. Опишите клиническую картину ожога пищевода.
6. Ранние и поздние осложнения ожогов пищевода.
7. Методы бужирования пищевода при ожоговых стриктурах, осложнения бужирования их профилактика и лечение.
8. Врождённые заболевания пищевода, диагностика, методы лечения.
9. Ахалазия пищевода, стадии по Б.В.Петровскому.
10. Рентгенологическая картина ахалазии пищевода в зависимости от стадии заболевания.
11. Консервативное лечение, показания и способы дилатации кардии.
12. 11. Показания к хирургическому лечению ахалазии пищевода и методы оперативного лечения.
13. Методы пластики пищевода, показания к ней.
14. Травмы пищевода, классификация, клиника, диагностика и лечение.
15. Клиника перфорации пищевода, причины, врачебная и хирургическая тактика.
16. Послеоперационное ведение больных с заболеваниями пищевода.
17. Медико-социальная экспертиза и прогноз

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)

1. При каких типах кардиоспазма не показано хирургическое лечение?

- а) кардиоспазм с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
- б) после кардиодилатации эффект в течение 2-х лет
- в) сужение кардии с S-образным удлинением пищевода
- г) длительное течение без потери массы, небольшое расширение пищевода

2. При химическом ожоге пищевода в острой стадии показано:

- а) промывание рта, пищевода, желудка питьевой водой
- б) назначение обезболивающих и седативных средств
- в) питье молока
- д) обязательный перевод больного на ИВЛ

3. Основными методами лечения кардиоспазма является:

- а) кардиопластика по Геллеру
- б) фундопликация по Ниссену
- в) кардиодилатации
- г) различные способы экстрамукозной пластики
- д) бужирование

4. Для диагностики новообразований средостения может быть использован:

- а) пневмоторакс
- б) МРТ
- в) компьютерная томография
- г) бронхография
- д) пневмомедиастинография

5. При дивертикуле шейного отдела пищевода не показано:

- а) инвагинация дивертикула
- б) зондовое питание
- в) удаление дивертикула
- г) эндоскопическое рассечение в месте сужения ниже дивертикула
- д) все перечисленное

6. Поздними проявлениями рака пищевода является:

- а) увеличение массы тела
- б) боль за грудиной и в спине

- в) срыгивание застойным содержимым
- г) усиленное слюноотделение
- д) похудание
- е) дисфагия

7. В диагностике инородных тел пищевода используют:

- а) сбор жалоб и анамнеза
- б) зондирование пищевода
- в) контрастную рентгеноскопию пищевода
- г) эзофагоскопию

8. Наиболее опасными осложнениями фиксированной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы являются:

- а) кровотечение
- б) недостаточность кардии
- в) ущемление желудка
- г) рефлюкс-эзофагит
- д) пептическая язва пищевода

9. Наименьшую опасность перфорации пищевода имеют следующие виды бужирования:

- а) "слепому" через рот
- б) под контролем эзофагоскопа
- в) ретроградное
- г) полыми рентгеноконтрастными бужами по металлическому проводнику
- д) "бужирование без конца" через гастростому

10. Какие клинические признаки встречаются при доброкачественных новообразованиях пищевода?

- а) дисфагия
- б) потеря в весе
- в) ощущение инородного тела в пищеводе
- г) изжога
- д) ноющая боль в подложечной области
- е) гнилостный запах изо рта
- ж) икота

4. Подготовить реферат

1. Абсцесс и флегмона: этиология, патоморфология, клиника, диагностика. Принципы лечения
2. Гнойно-некротический целлюлит, вызванный неклостридиальной анаэробной флорой: особенности клиники, диагностики и лечения.
3. Рак пищевода
4. Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь со стенозом пищевода: клиника, диагностика и лечение

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	Наличие в ЭБС
				в библиотеке	
1	2	3	4	5	6
1.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов. В 2-х то-	Под ред. В.С.Савельев а	2009.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 1008с. (3-е	50	Консультант студента

	мах.		изд.,испр).		
2.	«Хирургические болезни»	Под ред. академика РАМН А.Ф.Черноусова.	2010.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 664с.,илл.	99	-
3.	«Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг).	Н.В.Мерзлик ин,Н.А.Бражникова, Б.И.Альперович, В.Х.Цхай	2012.- «ГЭОТАР-Медиа».- 1014с.	18	Консультант студента

Дополнительная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1.	«Хирургическое лечение пороков сердца и ИБС». Учебное пособие.	В.А.Вязников с соавт.	2010.- Киров.-89с.	-	ЭБС Кировского ГМУ
2.	Нагноительные заболевания легких. Бронхоэктатическая болезнь. Эмпиема плевры: Учебное пособие	В.А. Бахтин, В.А. Янченко	2014.- Киров.-74с.	-	ЭБС Кировского ГМУ
3	Заболевания пищевода. Учебное пособие	В.А. Бахтин В.А. Янченко	2009.- Киров.-97с.	-	ЭБС Кировского ГМУ

Раздел 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия)

Тема 2.1: Хирургическое лечение пороков сердца. Хирургическое лечение ИБС

Цель: является формирование у студентов теоретических основ и практических умений по своевременному распознаванию, составлению алгоритма диагностики с применением инструментальных и лабораторных тестов, определению показаний к хирургическому и консервативному лечению, правильному выбору хирургического вмешательства в зависимости от характера порока сердца, а также распространенности поражения коронарного русла.

Задачи:

- Рассмотреть этиологию, классификацию, клинику, методы диагностик, показания к хирургическому лечению пороков сердца.
- Обучить особенностям аускультативной картины различных пороков, методам дифференциальной диагностики пороков сердца.
- Изучить современные достижения кардиохирургии. Роль рентгенэндоваскулярной хирургии в лечении пороков сердца и ИБС.
- Сформировать у студентов понятие правильной тактики в диагностике и хирургического лечения пороков сердца и ИБС с целью избежать развития осложнений

Обучающийся должен знать:

1. Анатомофизиологические сведения о сердце. Предпосылки развития пороков сердца у детей - особенности фетального кровообращения.

2. Сердечная гемодинамика плода, новорожденного и ребенка 1 года жизни
3. Нормальную и топографическую анатомию сердца, грудного отдела аорты и коронарных сосудов.
4. Строение клапанов сердца, аускультативные феномены, возникающие при различных их поражениях.
5. Этиологию, патогенез и современную классификацию врожденных пороков сердца
6. Этиологию, патогенез и современную классификацию приобретенных пороков сердца.
7. Особенности клиники и диагностики открытого аортального протока, дефекта межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, тетрада Фалло, коарктация аорты.
8. Показания к хирургическому лечению врожденных пороков сердца. Радикальные и паллиативные операции.
9. Клиника и диагностика стеноза и недостаточности митрального клапана; стеноза и недостаточности аортального клапана.
10. Показания к оперативному лечению и техника оперативных вмешательств.
11. Диагностика ИБС. Показания и способы лечения ИБС.
12. Открытые операции – аорто-коронарное шунтирование.
13. Рентгенэндоваскулярная хирургия в лечении ИБС и врожденных пороков сердца.
14. Диспансеризация больных после стентирования коронарных сосудов и АКШ.

Обучающийся должен уметь:

1. Квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
2. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
3. Составлять индивидуальный план (алгоритм) лабораторно-инструментального обследования больного, интерпретировать полученные результаты.
4. Заполнять рабочую историю болезни.
5. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
6. Оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями
12. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Обучающийся должен владеть:

1. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
2. Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
3. Читать и описывать обзорный рентгеновский снимки, ЭКГ, ЭХО КГ, ФКГ.
4. Заполнять рабочую историю болезни.
5. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
6. Ориентироваться в вопросах определения показаний к оперативному лечению ППС и ИБС, определять показания и противопоказания к тому или иному виду оперативного вмешательства в конкретной ситуации.
7. Участвовать на перевязках.
8. Оформлять выписной эпикриз и эпикриз на ВК, документы с соответствующими рекомендациями
9. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- 1) Классификацию ВПС.
- 2) Дополнительные диагностические исследования при определении показаний к хирургическому лечению ВПС.
- 3) Показания и виды оперативных вмешательств, при тетраде Фалло.
- 4) Показания и виды оперативных вмешательств, при ДМЖП и ДМПП.

- 5) Показания и виды оперативных вмешательств, при пороках с препятствием кровотоку.
- 6) Принципы послеоперационного ведения больных.
- 7) Принципы реабилитационных мероприятий.
- 8) Клинические проявления пороков белого типа.
- 9) Клинические проявления пороков синего типа.
- 10) Клинические проявления пороков с препятствием кровотоку.
- 11) Дополнительные методы диагностики пороков сердца.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий

- клинические разборы,
- чтение рентгенограмм, интерпретация результатов ЭКГ, ЭХО КГ, ФКГ.
- решение ситуационных задач, тестовых заданий,

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- сформулировать предварительный диагноз
- составить план обследования
- провести дифференциальный диагноз
- составить план лечения с написанием листа назначений и обоснования показания к операции и ее предварительному объему

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

На прием к участковому терапевту ЦРБ обратился подросток К., 16 лет, с жалобами на частые носовые кровотечения, особенно во время уроков физической культуры. Из анамнеза также отмечает частые головные боли, которые связывает с большой нагрузкой в школе, и одышку при беге, усилившуюся в последние 2 года.

При осмотре состояние больного удовлетворительное. Подросток хорошо развит физически. Кожные покровы лица и слизистые розового цвета. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 68 уд. в минуту, АД 130/80 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, усиление II тона над аортой, систолический шум над всей поверхностью сердца.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какими дополнительными исследованиями он может быть подтвержден.
3. Алгоритм лечебно-тактических мероприятий.

16.

17. Эталоны ответов на ситуационные задачи

1. Врожденный порок сердца – коарктация аорты.
2. Электрокардиография, рентгенография грудной клетки, эхокардиография, аортография.
3. При подтверждении диагноза показано оперативное лечение: в зависимости от результатов аортографии (протяженность и степень сужения аорты) – баллонная ангиопластика или резекция коарктации.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Больной Н., 53 лет, поступил в кардиохирургическое отделение с жалобами на выраженное ограничение физической нагрузки из-за одышки и частых загрудинных болей, возникающих при ходьбе в нормальном темпе на расстояние 100 – 200 метров, при подъеме на один этаж. Год назад перенес инфаркт миокарда. Периодически отмечает подъем артериального давления до 160/100 мм рт. ст. При эхокардиографии общая фракция выброса левого желудочка (по Симпсону) – 40%, по Тейхольцу – 55%. При проведении коронарографии выявлены сужение передней межжелудочковой ветви в проксимальной трети до 75%, сужение ветви тупого края огибающей артерии 50-75%, окклюзия правой коронарной артерии.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Чем объясняется заметное снижение общей фракции выброса левого желудочка?
3. Показания для проведения коронарографии.

4. Показания к операции.
5. Вид оперативного лечения, показанного пациенту.

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 конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Этиопатогенез приобретённых пороков сердца и ИБС.
 2. Общая симптоматика гемодинамических нарушений при ППС.
 3. Классификация течения митрального стеноза по А.Н. Бакулеву.
 4. Специальные дополнительные методы исследования (зондирование полостей сердца, коронарография).
 5. Классификация групп пороков по Б.В. Петровскому.
 6. Дифференциальная диагностика ППС.
 7. Показания и виды оперативных вмешательств при ППС.
 8. Показания и виды оперативных вмешательств при ИБС.
 9. Диспансеризация больных, КЭЖ и МСЭЖ.
 10. Особенности фетального кровообращения.
 11. Особенности кровообращения новорожденного.
 12. Какие пороки относим к порокам белого и синего типов, порокам с препятствием кровотоку.
 13. Клинические проявления пороков белого типа.
 14. Клинические проявления пороков синего типа.
 15. Клинические проявления пороков с препятствием кровотоку.
 16. Дополнительные методы диагностики пороков сердца.
 17. Паллиативные и радикальные операции при тетраде Фалло.
 18. Радикальные оперативные вмешательства при ДМЖП, ДМПП, и пороках с препятствием кровотоку.
 19. Ведение больных в послеоперационном периоде.
 20. Реабилитационные мероприятия.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
 1. Выбухание в области сердца (сердечный горб) при дефекте межжелудочковой перегородки на легочной гипертензии не может образоваться за счет:
 1. левого желудочка
 2. левого предсердия
 3. правого желудочка
 4. правого предсердия
 5. всех перечисленных отделов
 2. У больных с дефектом межжелудочковой перегородки расщепление второго тона на основании сердца не вслушивается при:
 1. высокой легочной гипертензии
 2. большом артериовенозном сбросе крови
 3. обратном сбросе крови
 4. уравновешенном сбросе
 5. не зависит от степени легочной гипертензии
 3. Акцент второго тона не свидетельствует о:
 1. большом артериовенозном сбросе крови
 2. веноартериальном сбросе крови
 3. высокой легочной гипертензии
 4. уравновешенного сброса крови

5. не связан ни с одним из факторов

4. Дефект межжелудочковой перегородки может быть афоничным в случае:

1. небольшого артериовенозного сброса крови
2. веноартериального сброса крови
3. большого артериовенозного сброса
4. ни при одном из перечисленных факторов

5. Показанием к хирургической коррекции дефекта межжелудочковой перегородки у ребенка до одного года является:

1. большой сброс крови через дефект
2. нарастающая легочная гипертензия
3. недостаточность кровообращения
4. частые респираторные заболевания
5. гипотрофия

6. Расщепление створок атриовентрикулярных клапанов не характерно для:

1. высокорасположенного дефекта межпредсердной перегородки
2. вторичного дефекта межпредсердной перегородки
3. первичного дефекта межпредсердной перегородки
4. нижнезаднего дефекта межпредсердной перегородки

7. Наиболее часто аномальный дренаж легочных вен сопровождается:

1. первичный ДМПП
2. центральный ДМПП
3. высокий ДМПП
4. нижнезадний ДМПП
5. общее предсердие

8. Из дефектов межжелудочковой перегородки реже всего самопроизвольно закрываются:

1. небольшие мышечные дефекты
2. перимембранные субтрикуспидальные
3. подаортальные дефекты
4. подлегочные дефекты

9. При частичном открытом атриовентрикулярном канале имеет место вся следующая аускультативная картина:

1. расщепления второго тона на основании сердца
2. акцента второго тона
3. систолического шума во втором - третьем межреберье слева от грудины
4. диастолического шума в третьем - четвертом межреберье по левому краю грудины
5. систолического шума на верхушке

10. При катетеризации правых отделов сердца у больных с атриовентрикулярным каналом наиболее высокие цифры содержания кислорода выявляются в:

1. верхней полый вене
2. правом предсердии
3. правом желудочке
4. легочной артерии
5. нижней полый вене

11. Анатомически частично открытый атриовентрикулярный канал характеризуется наличием:

1. вторичного дефекта межпредсердной перегородки

2. открытого овального окна
 3. первичного дефекта межпредсердной перегородки с нарушением развития атриовентрикулярных клапанов
 4. дефекта межжелудочковой перегородки
- 4) Подготовить реферат
 - 5) Подготовить рабочую историю болезни

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. В.С. Савельев с соавт. «Хирургические болезни». Учебник для медицинских вузов в 2 томах+CD.-Гэтар-Медиа.-2008, 860с.

Дополнительная:

1. Дземешкевич С.Л., Стивенсон Л.У., Алекси-Месхишвили В.В. Болезни аортального клапана. Функция, диагностика, лечение. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2004. – 328 с.
2. Диагностика и рентгенохирургическое лечение ревматических пороков сердца. Руководство. Под редакцией Кокова Л.С., Сухова В.К., Шахова Б.Е. – М.: ООО «Соверопринт», 2006. – 256 с.
3. Ключев В.М., Ардашев В.Н., Брюховецкий А.Г., Михеев А.А. Ишемическая болезнь сердца. Современная стратегия, тактика терапевта и хирурга. – М.: Медицина, 2004. – 360 с.
4. Лекции по сердечно-сосудистой хирургии. Под ред. Л.А.Бокерия. В 2-х т. Т.2. – М.: Издательство НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, 1999. –194
5. Островский Ю.П. Хирургия сердца. – М.: Мед. лит., 2007. – 576 с.

Раздел 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия)

Тема 2.2: Хронические заболевания вен (варикозная болезнь и ПТФС)

Цель: формирование теоретических знаний и практических навыков по диагностике и лечению больных с варикозной болезнью нижних конечностей и ПТФС

Задачи: рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение хронических заболеваний вен; обучить студентов распознаванию частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики, консервативного лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств, осложнениями.

Обучающийся должен знать:

- Анатомические особенности венозной системы нижних конечностей.
- Особенности строения различных отделов венозной системы.
- Особенности физиологии, патофизиологии венозного оттока по нижним конечностям.
 - классификацию хронических заболеваний вен;
 - симптомы и синдромы хронических заболеваний вен;
 - функциональные пробы;
 - инструментальные и лабораторные методы диагностики;
 - показания и противопоказания к различным методам лечения;
- методы консервативной терапии;
- компрессионную терапию;
- склеротерапию;
- медикаментозную терапию;
- методики хирургического лечения;

Обучающийся должен уметь:

- квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
- распознавать различные симптомы и синдромы хронических заболеваний вен.
- назначить инструментальные методы обследования.
- грамотно интерпретировать результаты обследования.

- ориентироваться в чтении рентгенограмм, УЗДсканирования вен н/конечностей.
- составлять индивидуальный план (алгоритм) лабораторно-инструментального обследования больного с варикозной болезнью и ПТФС.
- заполнять рабочую историю болезни.
- ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
- оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями
- правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Обучающийся должен владеть:

- формулировать и обосновывать клинический диагноз.
- составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
 - проводить функциональные пробы.
- читать и описывать рентгеновский снимок, УЗДсканирование вен н/конечностей.
- заполнять рабочую историю болезни.
- ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
- участвовать на перевязках.
- оформлять выписной эпикриз и эпикриз на ВК, документы с соответствующими рекомендациями
- правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

- 1) Классификация хронических заболеваний вен.
- 2) Принципы работы венозно-мышечной помпы.
- 3) Провести функциональные пробы.
- 4) Особенности клинических проявлений при различных нозологиях хронических заболеваний вен.
- 5) Особенности подбора компрессионного трикотажа.
- 6) Основные этапы оперативного лечения хронических заболеваний вен
- 7) Помощь при развитии кровотечения из варикозно-трансформированных подкожных вен.
- 8) Принципы лечения трофических язв.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий

- клинические разборы,
- чтение рентгенограмм,
- решение ситуационных задач,
- тестовых заданий,
- отработка практических навыков (составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты),
- освоение чтения флебограмм, интерпретации данных УЗДсканирования вен н/конечностей.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- сформулировать предварительный диагноз
- составить план обследования
- провести дифференциальный диагноз
- составить план лечения с написанием листа назначений и обоснования показания к операции и ее предварительному объему

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 42 лет поступил в клинику с жалобами на наличие варикозного расширения подкожных вен, периодически появляющиеся распирающие боли и отек к вечеру и после фи-

зической нагрузки левой нижней конечности, язву на внутренней стороне левой голени. Указаний в анамнезе о перенесенном тромбозе глубоких вен нет. Варикозное расширение подкожных вен левой нижней конечности появилось 16 лет назад, трофическая язва – 2 месяца.

Объективно: На левой нижней конечности большая подкожная вена и ее притоки варикозно расширены по магистрально-мешотчатому типу. На медиальной поверхности левой голени в нижней трети - гиперпигментация кожи 4x5 см и трофическая язва размерами 1x0.5см с гнойно-некротическим налетом.

Проба Броди-Троянова-Тределенбурга – положительная, проба Дельбе-Пертеса дает сомнительный результат, Проба Претта-2 - положительная.

1. Поставьте предварительный диагноз (Варикозная болезнь левой нижней конечности с рефлюксом по большой подкожной вене, осложненная трофической язвой левой голени в фазе экссудации. ХВН 3 ст).

2. Какое дополнительное инструментальное исследование необходимо для уточнения диагноза? (Ультразвуковая доплерография, флебография)

3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? (Постромбофлебитическая болезнь, синдромом Клиппеля-Треноне, болезнь Паркса Вебера-Рубашова.)

4. Ваш план лечения? (Оперативное лечение после предварительной противовоспалительной и антибактериальной терапии).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Больной 50 лет поступил в клинику с жалобами на наличие расширенных вен на левой нижней конечности, отеки стопы и нижней трети голени после ходьбы и стояния, исчезающие после отдыха. Пять лет тому назад больной был оперирован в районной больнице по поводу варикозной болезни. Спустя 1.5 года на левом бедре, а затем и голени появились варикозно расширенные вены. Объективно: На левом бедре ниже паховой складки на 5 см горизонтальный рубец, тотчас ниже его контурируются множественные варикозно расширенные подкожные вены, идущие по медиальной и передней поверхности бедра и голени, на левой голени послеоперационные рубцы только в средней и верхней трети.

1. Назовите возможные причины послеоперационного рецидива варикозного расширения вен?

2. Какие методы исследования необходимы?

3. 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 конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Анатомо-физиологические сведения о венах нижних конечностей.

2. Укажите механизмы венозного возврата крови в бассейне нижней полой вены.

3. Что подразумевают под «венозно-мышечной помпой нижних конечностей».

4. Предрасполагающие и производящие факторы в развитии варикозной болезни и ПТФС.

5. Клинические проявления хронических заболеваний вен.

6. Классификация хронических заболеваний вен.

7. Функциональные пробы.

8. Инструментальные методы диагностики заболевания вен.

9. Дифференциальная диагностика варикозной болезни и ПТФС.

10. Лечебная тактика.

11. Методы консервативной терапии хронических заболеваний вен.

12. Компрессионная терапия варикозной болезни ПТФС.

13. Фармакотерапия хронических заболеваний вен.

14. Склеротерапия (показания, техника, осложнения).

15. Оперативные методы лечения варикозной болезни (операции Троянова-Тренделенбурга, Бебкокка, Маделунга, Нарата, Линтона, Кокета, минифлебэктомия по Мюллеру).
16. Причины рецидивов варикозной болезни.
17. Осложнение хронических заболеваний вен - кровотечение.
18. Этиопатогенез, клиника и лечение тромбофлебита поверхностных вен.
19. Этиопатогенез, клиника и лечение трофических язв нижних конечностей.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Укажите характерные для варикотромбофлебита симптомы:

- а) симптом Хоманса;
- б) наличие гиперемированного болезненного тяжа на нижней конечности;
- в) отек нижней конечности;
- г) наличие тромбированных подкожных варикозных вен;
- д) тянущие боли по ходу сосудисто-нервного пучка.

2. В диагностике острого варикотромбофлебита используют:

- а) ультразвуковое ангиосканирование;
- б) радионуклидную флебографию;
- в) компьютерную томографию;
- г) плетизмографию;
- д) рентгеноконтрастную флебографию.

3. В каких случаях при варикотромбофлебите показана ретроградная илиокавография:

- а) сочетание варикотромбофлебита и тромбоза глубоких вен голени;
- б) сафенофemorальный тромбоз;
- в) сочетание варикотромбофлебита и посттромбофлебитической болезни;
- г) сочетание варикотромбофлебита и тромбоза суральных вен
- д) во всех случаях варикотромбофлебита.

4. Чем опасен переход тромба из подкожной в глубокую венозную систему:

- а) развитием венозной гангрены;
- б) развитием легочной эмболии;
- в) развитием эмболоопасного тромбоза;
- г) развитием хронической венозной недостаточности;
- д) не опасен.

5. Распространение тромботического процесса на глубокие вены может происходить через:

- а) сафено-подколенное соустье;
- б) мышечные вены;
- в) перфорантные вены;
- г) сафено-бедренное соустье;
- д) суральные вены.

6. При каком уровне тромботического поражения большой подкожной вены возможно консервативное лечение:

- а) средняя треть голени;
- б) верхняя треть голени;
- в) уровень коленного сустава;
- г) средняя треть бедра;
- д) верхняя треть бедра;

7. Укажите оптимальные средства консервативного лечения варикотромбофлебита:

- а) гепаринотерапия;
- б) эластическая компрессия;

- в) местная гипотермия;
- г) нестероидные противовоспалительные препараты;
- д) флеботропные препараты.

8. Является ли приустьевая локализация тромба в малой подкожной вене показанием к операции:

- а) является, если имеется варикозная болезнь;
- б) не является;
- в) является, если срок заболевания менее 3-х дней;
- г) операция показана всегда;
- д) только в случае перехода тромба на подколенную вену.

9. Противопоказаниями к радикальной операции при варикотромбофлебите являются:

- а) наличие посттромбофлебитической болезни;
- б) переход тромба из большой подкожной вены в бедренную вену;
- в) беременность;
- г) симультанный тромбоз глубоких вен голени;
- д) ожирение 3-4 ст.

10. Оптимальным способом хирургического лечения варикотромбофлебита являются:

- а) операция Троянова-Тренделенбурга;
- б) радикальная флебэктомия;
- в) операция Кокетта;
- г) удаление тромбированных варикозных вен;
- д) чрескожное прошивание варикозных вен по Клаппу.

4) Подготовить рабочую историю болезни

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. «Хирургические болезни» под. ред. В.С. Савельева. Учебник, в 2-х томах. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1008 с. (2-е изд., испр.)
2. «Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг). Н.В.Мерзликин, Н.А.Бражникова, Б.И.Альперович, В.Х. Цхай.- «ГЭОТАР-Медиа».-2012.-1014с.
3. Варикозная болезнь: Учебное пособие для студентов медицинских вузов/Сост. В.А. Бахтин, П.Г. Онучин, В.П. Малахов, В.А. Янченко – Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2006.- 120 с.
4. Клиническая ангиология: Руководство / Под редакцией А.В. Покровского. В двух томах. Т.2 – М.: / М.: ООО «Издательство «Медицина», 2004. – 888 с.

Дополнительная:

1. Сосудистая хирургия по Хаймовичу. Под редакцией Э.Ашера. Перевод 5-гоанглийского издания под редакцией академика РАМН профессора А.В. Покровского Москва. БИНОМ. Лаборатория знаний. Том 2. – 2010 – 534 с.М. Медицина.-2000г.-352 с.
2. Основы клинической флебологии/ По редакцией академика РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: ООО «Издательство «Медицина», 2005. – 312с.
3. Варикозная болезнь вен нижних конечностей – Стандарты диагностики и лечения – 2000.
4. Константинова Г.Д., Зубарев А.Р., Градусов Е.Г. Флебология. М.: Издательский дом – Видар – М, 2000. 160 с.
5. Флебология:Руководство для врачей/Савельев В.С. и др. - М.:Медицина, 2001. – 603 с.
6. Феган Д. Варикозная болезнь. Компрессионная склеротерапия. М., 1997.- 40 с.
7. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Лыткина М.И. Основы клинической флебологии. М.: Медицина, 2005. - 312 с.

Раздел 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия)

Тема 2.3: Облитерирующие заболевания сосудов конечностей. Острая артериальная непроходимость.

Цель: На основе знаний о патофизиологических процессах, которые происходят в организме больного при развитии атеросклероза и острой артериальной непроходимости, клинических проявлений, тактики и принципах лечения больных с этой патологией уметь поставить и обосновать клинический диагноз с указанием степени хронической и острой ишемии конечности, определить тактику и необходимость госпитализации больных в хирургический стационар.

Задачи: рассмотреть этиопатогенез облитерирующих заболеваний артерий конечностей и острой артериальной непроходимости, клинические проявления этих заболеваний, уметь определять степени хронической и острой ишемии конечностей, познакомиться с методами диагностики и лечения, тактикой ведения этих больных и основными реконструктивными операциями на артериях конечностей.

Обучающийся должен знать:

- нормальную анатомию аорты и магистральных артерий конечностей
- физиологию и патофизиологию системы кровообращения
- строение стенки артерий
- топографическую анатомию магистральных артерий конечностей с местами определения пульсации
- основные реконструктивные операции на магистральных артериях.
- клинические проявления облитерирующего атеросклероза нижних конечностей.
- клинические проявления облитерирующего эндартериита сосудов конечностей.
- клинические проявления мультифокальных поражений артерий сосудистых бассейнов.
- клиничко-диагностические критерии острых эмболий магистральных артерий.
- клиничко-диагностические критерии острых тромбозов магистральных артерий.
- основные критерии и степени хронической артериальной ишемии.
- основные критерии и степени острой артериальной ишемии.
 - тактика врачей общего профиля при подозрении на острую артериальную непроходимость.
 - принципы консервативного лечения больных облитерирующими заболеваниями артерий.
 - принципы консервативного лечения острых артериальных тромбозов.
 - основные виды реконструктивных операций в зависимости от характера и уровня поражения магистральных артерий.
 - основные виды эмболэктомий и методы профилактики постишемических расстройств.

Обучающийся должен уметь:

- квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
- распознавать облитерирующий атеросклероз и облитерирующий эндартериит.
- распознавать болезнь Бюргера.
- распознавать острые эмболии магистральных артерий.
 - распознавать острые тромбозы магистральных артерий.
- формулировать и обосновывать клинический диагноз.
- определять по объективным данным степени хронической и острой артериальной непроходимости.
- составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального обследования больного, интерпретировать полученные результаты.
- читать и описывать ангиограммы.
- заполнять рабочую историю болезни.
- ориентироваться в вопросах тактики ведения больных в зависимости от степени хронической и острой ишемии.
- проводить лечебно-диагностическую пробу при подозрении на острую артериальную непроходимость.

- оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями.
- проводить комплекс реабилитационных мероприятий после различных реконструктивных операций в амбулаторных условиях.
- правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Обучающийся должен владеть:

- формулировать и обосновывать клинический диагноз.
- составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
- читать и описывать ангиограммы больных.
- заполнять рабочую историю болезни.
- ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции.
- выполнять лечебно-диагностическую пробу при острых ишемиях.
- участвовать в перевязках.
- оформлять выписной эпикриз и эпикриз на ВК, документы с соответствующими рекомендациями
- правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

- 1) Приведите общие сведения о частоте хронической артериальной патологии и острой артериальной непроходимости.
- 2) Классификация хронической артериальной и острой артериальной непроходимости.
- 3) Основные клинические жалобы больных при облитерирующих заболеваниях и при острой артериальной непроходимости.
- 4) Основные объективные данные можно выявить при осмотре пораженных конечностей.
- 5) Составьте алгоритм диагностики при облитерирующих заболеваниях артерий конечностей.
- 6) Какие реконструктивные операции выполняются при хронической артериальной ишемии.
- 7) Какие паллиативные операции выполняются при хронической артериальной ишемии
- 8) Какой объем консервативной терапии должен назначаться больным с острыми тромбозами магистральных артерий.
- 9) Перечислите основные вмешательства, выполняемые при эмболиях магистральных артерий.
- 10) Какой комплекс реабилитационных мероприятий должен проводиться в амбулаторных условиях больным острой артериальной непроходимостью после выписки их из стационара.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий

- клинические разборы,
- чтение ангиограмм,
- решение ситуационных задач, тестовых заданий,
- отработка практических навыков – осмотр пациентов с облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей с составлением диагностического и лечебного плана ведения,
- освоение лечебно-диагностических проб при острой ишемии

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- сформулировать предварительный диагноз
- составить план обследования
- провести дифференциальный диагноз
- составить план лечения с написанием листа назначений и обоснования показания к операции и ее предварительный объем.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной С., 58 лет, в 17 часов почувствовал резкую боль в левой стопе и голени, онеме-

ние их и похолодание. У больного в анамнезе ИБС, ПИКС от 10.07.2014г. с формированием аневризмы левого желудочка. В 18.00 час. вызвал «скорую помощь» и в 19 часов был доставлен в приемный покой областной клинической больницы. При осмотре состояние больного средней тяжести. АД 140/90 мм рт.ст., пульс – 86 уд/мин. Левая стопа и голень бледные, прохладные на ощупь. Анестезия кожи левой стопы, гипостезия до с/3 голени. Глубокая чувствительность сохранена. Активные движения пальцами левой стопы несколько ограничены, пассивные в полном объеме. Пульсация на передней, задней большеберцовой и подколенной артериях не определяется, на бедренной артерии пульсация даже немного усилена, справа пульсация определяется на всех уровнях

1. Ваш диагноз. ИБС. ПИКС, аневризма левого желудочка. Острая эмболия левой бедренной артерии ОИ II А степени.
2. Причина заболевания? Формирование тромба в аневризме левого желудочка с отрывом его и миграцией по аорте в левую бедренную артерию.
3. Лечебно-диагностическая проба. Больному нужно внутривенно ввести 5000 ЕД гепарина, 5 мл трентала и 2 мл но-шпы. При сохранении жалоб больного срочно нужно будет готовить к операции.
4. Объем оперативного вмешательства. Доступ в в/3 бедра к общей бедренной артерии и непря-мая эмболэктомия с помощью зонда «Дуэт».

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Больная М., 58 лет, находящаяся на лечении в терапевтическом отделении ЦРБ с диагнозом: «Ревматизм. Комбинированный митральный порок». Внезапно в 11 часов утра почувствовала резкие боли в правой стопе и голени, онемение стопы и голени, похолодание. Вызванный к больной врач отметил бледность правой стопы и голени, гипостезию до средней трети голени. Пульсация на артериях стопы и подвздошной артерии не определяется, слева – сохранена. На бедренных артериях пульсация определяется с обеих сторон. Приглашенный на консультацию райхирург улучшения состояния конечности после проведения лечебно-диагностической пробы не отметил. В связи с чем к больной по санитарной авиации был вызван сосудистый хирург

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 конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Приведите общие сведения о частоте облитерирующих заболеваний и острой артериальной непроходимости.
 2. Классификация степеней ХАН и острой артериальной ишемии.
 3. Основные объективные симптомы при осмотре пораженной конечности.
 4. Дополнительные специальные методы диагностики пораженных магистральных артерий.
 5. Основные реконструктивные операции выполняемые больным хроническими заболеваниями артерий.
 6. Паллиативные оперативные вмешательства при хронической артериальной ишемии.
 7. Основные медикаментозные препараты, используемые при лечении острых артериальных тромбозов.
 8. Основные интраоперационные методы профилактики постишемических расстройств после эмболэктомий.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
 1. Укажите характерные для варикотромбофлебита симптомы:
 - а) симптом Хоманса;
 - б) наличие гиперемированного болезненного тяжа на нижней конечности;
 - в) отек нижней конечности;
 - г) наличие тромбированных подкожных варикозных вен;

д) тянущие боли по ходу сосудисто-нервного пучка.

2. В диагностике острого варикотромбофлебита используют:

- а) ультразвуковое ангиосканирование;
- б) радионуклидную флебографию;
- в) компьютерную томографию;
- г) плетизмографию;
- д) рентгеноконтрастную флебографию.

3. В каких случаях при варикотромбофлебите показана ретроградная илиокавография:

- а) сочетание варикотромбофлебита и тромбоза глубоких вен голени;
- б) сафенофemorальный тромбоз;
- в) сочетание варикотромбофлебита и посттромбофлебитической болезни;
- г) сочетание варикотромбофлебита и тромбоза суральных вен
- д) во всех случаях варикотромбофлебита.

4. Чем опасен переход тромба из подкожной в глубокую венозную систему:

- а) развитием венозной гангрены;
- б) развитием легочной эмболии;
- в) развитием эмболоопасного тромбоза;
- г) развитием хронической венозной недостаточности;
- д) не опасен.

5. Распространение тромботического процесса на глубокие вены может происходить через:

- а) сафено-подколенное соустье;
- б) мышечные вены;
- в) перфорантные вены;
- г) сафено-бедренное соустье;
- д) суральные вены.

6. При каком уровне тромботического поражения большой подкожной вены возможно консервативное лечение:

- а) средняя треть голени;
- б) верхняя треть голени;
- в) уровень коленного сустава;
- г) средняя треть бедра;
- д) верхняя треть бедра;

7. Укажите оптимальные средства консервативного лечения варикотромбофлебита:

- а) гепаринотерапия;
- б) эластическая компрессия;
- в) местная гипотермия;
- г) нестероидные противовоспалительные препараты;
- д) флеботропные препараты.

8. Является ли приустьевая локализация тромба в малой подкожной вене показанием к операции:

- а) является, если имеется варикозная болезнь;
- б) не является;
- в) является, если срок заболевания менее 3-х дней;
- г) операция показана всегда;
- д) только в случае перехода тромба на подколенную вену.

9. Противопоказаниями к радикальной операции при варикотромбофлебите являются:

- а) наличие посттромбофлебитической болезни;

- б) переход тромба из большой подкожной вены в бедренную вену;
- в) беременность;
- г) симультанный тромбоз глубоких вен голени;
- д) ожирение 3-4 ст.

10. Оптимальным способом хирургического лечения варикотромбофлебита являются:

- а) операция Троянова-Тренделенбурга;
- б) радикальная флебэктомия;
- в) операция Кокетта;
- г) удаление тромбированных варикозных вен;
- д) чрескожное прошивание варикозных вен по Клаппу.

4) Подготовить рабочую историю болезни

Рекомендуемая литература:

Основная:

Основная:

5. «Хирургические болезни» под. ред. В.С. Савельева. Учебник, в 2-х томах. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1008 с. (2-е изд., испр.)
6. «Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг). Н.В.Мерзликин, Н.А.Бражникова, Б.И.Альперович, В.Х. Цхай.- «ГЭОТАР-Медиа».-2012.-1014с.
7. Клиническая ангиология: Руководство / Под редакцией А.В. Покровского. В двух томах. Т.2 – М.: / М.: ООО «Издательство «Медицина», 2004. – 888 с.

Дополнительная:

8. Сосудистая хирургия по Хаймовичу. Под редакцией Э.Ашера. Перевод 5-гоанглийского издания под редакцией академика РАМН профессора А.В. Покровского Москва. БИНОМ. Лаборатория знаний. Том 2. – 2010 – 534 с.М. Медицина.-2000г.-352 с.

Раздел 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия)

Тема 2.4: Острые венозные тромбозы. ТЭЛА.

Цель: формирование теоретических знаний и практических навыков по диагностике и лечению больных с острыми венозными тромбозами и тромбоэмболией легочной артерий.

Задачи: рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение ОВТ ТЭЛА; обучить студентов распознаванию различных форм ОВТ и ТЭЛА, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики, показаниями и методами консервативного лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств, осложнениями, тактикой врача общего профиля.

Обучающийся должен знать:

- анатомию магистральных поверхностных и глубоких вен конечностей. Легочной артерии и её ветвей.
- понятие острого венозного тромбоза (флеботромбоза и тромбофлебита), ТЭЛА.
- тромболитические и антикоагулянтные препараты.
- противовоспалительную терапию при ОВТ.
- первичные реанимационные мероприятия.
 - определение и этиопатогенез острых венозных тромбозов.
 - понятие о «предтромботическом состоянии системы гемостаза».
 - классификацию острых тромбозов глубоких вен по распространённости тромботического процесса.
 - клинико-диагностические критерии венозных тромбозов различных локализаций системы нижней и верхней полой вен.
 - дополнительные методы исследования.
 - тактику врача общего профиля.
 - показания и принципы консервативного лечения ОВТ.
 - показания и виды операций при ОВТ.

- клинику ТЭЛА и её лечение.
- принципы реабилитационных мероприятий.

Обучающийся должен уметь:

- квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
- распознавать наличие симптомов Хомаса, Мозеса, Ловенберга.
- читать ЭКГ у больных с ТЭЛА, флебограммы, сцинтиграммы, ангиопульмонограммы, рентгенограммы легких, давать заключения по УЗДСканированию вен н/конечностей, ЭхоКС.
- формулировать и обосновывать клинический диагноз.
- составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
- наполнять рабочую историю болезни.
- ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.

Обучающийся должен владеть:

- диагностикой ОВТ.
- выявления симптомов Хомаса, Мозеса, Ловенберга.
- составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
- чтения флебограмм, ангиопульмонограмм, рентгенограмм легких, сцинтиграмм, ЭКГ, ЭхоКС у больных с ОВТ и ТЭЛА.
- формулировать и обосновывать клинический диагноз.
- тактики лечения больных с ОВТ и ТЭЛА.
- заполнения истории болезни.
- оформлять выписной эпикриз и эпикриз на ВК, документы с соответствующими рекомендациями
- правильно решать вопросы трудовой экспертизы

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.
 - 1) Острые тромботические поражения системы нижней полой вены. Классификация. Патоморфологические нарушения регионарной и общей гемодинамики.
 - 2) Острый тромбоз системы верхней полой вены. Этиология, ПГ и патофизиология нарушений гемодинамики. Классификация. Диагностика (клиническая, рентгенологическая, функциональная). Лечение.
 - 3) Дифференциальная диагностика ОВТ.
 - 4) Тактика ведения больного с острым флеботромбозом. Задачи лечения венозного тромбоза.
 - 5) Принципы консервативной терапии (организация лечебного процесса, назначение антикоагулянтов прямого и непрямого действия, НФГ и низкомолекулярные гепарины, механизм действия гепаринов на свертывающую систему крови, роль препаратов нестероидного противовоспалительного действия в лечении ОВТ, деагреганты, препараты улучшающие реологические свойства крови, флеботропные препараты).
 - 6) Подбор дозировки антикоагулянтов.
 - 7) Пути введения антикоагулянтов прямого действия.
 - 8) Контроль эффективности антикоагулянтной терапии.
 - 9) Роль компрессионной терапии в лечении ОВТ.
 - 10) Реабилитационные мероприятия и профилактика рецидивов венозных тромбозов.
 - 11) Хирургическое лечение. Показания. Виды хирургических вмешательств (тромбэктомия, пликация вен, перевязка вен, имплантация кава-филта). Реконструктивные сосудистые операции. Паллиативные операции.
 - 12) Роль фибринолитической терапии к современному подходу лечения ОВТ.
 - 13) Тактика лечения больных с тромбфлебитами - программа ведения больного.

- 14) Консервативная терапия острых тромбозов. Показания к консервативной терапии, принципы консервативной терапии.
- 15) Хирургическое лечение ОВТ. Показания к операциям.
- 16) Этиопатогенез ТЭЛА.
- 17) Классификация ТЭЛА.
- 18) Клиническая диагностика.
- 19) Лечение ТЭЛА. Консервативная терапия (гепаринотерапия, АВК, симптоматическая терапия, тромболитическая терапия). Хирургическое лечение. Показания к хирургическому лечению. Виды оперативного лечения.
- 20) Профилактика ТЭЛА. Алгоритм лечебно-диагностических мероприятий при ТЭЛА.
- 21) Рецидивирующая ТЭЛА.
- 22) Экспертиза нетрудоспособности.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий

- клинические разборы,
 - чтение рентгенограмм, флебограмм, ангиопульмонограмм, рентгенограмм легких, сцинтиграмм, ЭКГ, ЭхоКС у больных с ОВТ и ТЭЛА.
- решение ситуационных задач, тестовых заданий,
 - отработка практических навыков (отличить флебограммы с различными патологическими процессами в венозной системе).
 - освоение составления индивидуального плана лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- сформулировать предварительный диагноз
- составить план обследования
- провести дифференциальный диагноз
- составить план лечения с написанием листа назначений и обоснования показаний к операции и ее предварительный объем

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная Н., 46 лет. Страдает варикозной болезнью нижних конечностей. Две недели назад появились болезненные уплотнения по ходу варикозно-расширенных вен на правом бедре. Лечилась амбулаторно. Местно – гепариновой мазью, принимала детралекс.

Утром следуя на очередной прием к хирургу поликлиники, почувствовала резкую боль в грудной клетке, затрудненное дыхание, кратковременно потеряла сознание. Машиной скорой помощи доставлена в приемный покой I городской больницы г. Кирова.

Объективно: состояние тяжелое, сознание спутанное. Пульс до 140 уд. в мин., АД 80/60. Резкий цианоз лица и грудной клетки. Резкая одышка до 40 в минуту. По внутренней поверхности правого бедра, по ходу большой подкожной вены бедра болезненное уплотнение, гиперемия кожи.

1. Диагноз.
2. Алгоритм обследования.
3. Алгоритм лечебных мероприятий.
4. Дифференциальная диагностика.

Эталон ответа.

1. Острая массивная ТЭЛА. Варикозная болезнь правой нижней конечности осложненная острым восходящим варикотромбозом.

2. Лабораторное обследование:

- а). Общий анализ крови;
- б). Определение газового состава крови;
- в). Д-димера

Инструментальное обследование:

- а). ЭКГ

- б). Обзорная R-графия
 - в). ЭХО КС
 - г). Ангиопульмонография
 - д). Перфузионное сканирование легких
 - е). Прямая регистрация внутрисердечного выброса и минутного выброса сердца;
 - ж). УЗД-сканирование вен нижних конечностей.
3. а). гепаринотерапия
- б). тромболитическая терапия
 - в). хирургическое лечение - эмболэктомия.
4. а) острый инфаркт миокарда
- б) острая пневмония

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

У больной 32 лет на пятые сутки после кесарева сечения внезапно появились боли за грудиной, удушье, потеря сознания, кратковременная асистолия. После эффективных реанимационных мероприятий состояние больной крайне тяжелое. Определяется цианоз лица и верхней половины туловища, набухание шейных вен. Одышка до 30 в минуту. В легких дыхание проводится с обеих сторон. Отмечается отек правой нижней конечности до паховой складки, усиление венозного сосудистого рисунка на бедре. При ангиопульмографии в легочном стволе и устье правой легочной артерии обнаружены дефекты контрастирования. Легочно-артериальное давление достигает 60 мм рт. ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Как можно интерпретировать результаты инструментальных методов исследования?
3. Какое лабораторное обследование необходимо больной?
4. Какова дальнейшая лечебная тактика. Обоснуйте ответ.

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 конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
20. Анатомо-физиологические сведения о венах нижних конечностей.
21. Укажите механизмы венозного возврата крови в бассейне нижней полой вены.
22. Каковы причины развития ТЭЛА.
23. Какие виды тромбов ВПВ и НПВ Вы знаете? Какие тромбы являются эмбологенными и почему?
24. Что является ведущим фактором в генезе гемодинамических расстройств при ТЭЛА?
25. Объясните механизм инфаркта легких при ТЭЛА.
26. Почему у ряда больных ТЭЛА не сопровождается возрастанием давления в малом круге кровообращения?
27. Какие классификационные признаки ТЭЛА Вы знаете?
28. Перечислите основные жалобы больных с ТЭЛА?
29. Какие задачи следует решить врачу при обследовании больного с подозрением на ТЭЛА?
30. Какими клиническими симптомами проявляется синдром сотрого легочного сердца?
31. Какие методы лабораторной диагностики ТЭЛА Вы знаете и какова их специфичность?
32. Перечислите методы инструментальной диагностики ТЭЛА.
33. Какие изменения на ЭКГ выявляются у больных с ТЭЛА?
34. Какие группы препаратов используются для медикаментозного лечения ТЭЛА?
35. Какие прямые антикоагулянты вы знаете? Каковы принципы их дозирования при лечении ТЭЛА?
36. Перечислите показания и противопоказания для фибринолитической терапии.
37. Показания для хирургического лечения ТЭЛА. Какие способы хирургического лечения ТЭЛА Вы знаете?
38. Какие методы профилактики ТГВ и ТЭЛА Вы знаете?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Укажите характерные для варикотромбофлебита симптомы:

- а) симптом Хоманса;
- б) наличие гиперемированного болезненного тяжа на нижней конечности;
- в) отек нижней конечности;
- г) наличие тромбированных подкожных варикозных вен;
- д) тянущие боли по ходу сосудисто-нервного пучка.

2. В диагностике острого варикотромбофлебита используют:

- а) ультразвуковое ангиосканирование;
- б) радионуклидную флебографию;
- в) компьютерную томографию;
- г) плетизмографию;
- д) рентгеноконтрастную флебографию.

3. В каких случаях при варикотромбофлебите показана ретроградная илиокавография:

- а) сочетание варикотромбофлебита и тромбоза глубоких вен голени;
- б) сафенофemorальный тромбоз;
- в) сочетание варикотромбофлебита и посттромбофлебитической болезни;
- г) сочетание варикотромбофлебита и тромбоза суральных вен
- д) во всех случаях варикотромбофлебита.

4. Чем опасен переход тромба из подкожной в глубокую венозную систему:

- а) развитием венозной гангрены;
- б) развитием легочной эмболии;
- в) развитием эмболоопасного тромбоза;
- г) развитием хронической венозной недостаточности;
- д) не опасен.

5. Распространение тромботического процесса на глубокие вены может происходить через:

- а) сафено-подколенное соустье;
- б) мышечные вены;
- в) перфорантные вены;
- г) сафено-бедренное соустье;
- д) суральные вены.

6. При каком уровне тромботического поражения большой подкожной вены возможно консервативное лечение:

- а) средняя треть голени;
- б) верхняя треть голени;
- в) уровень коленного сустава;
- г) средняя треть бедра;
- д) верхняя треть бедра;

7. Укажите оптимальные средства консервативного лечения варикотромбофлебита:

- а) гепаринотерапия;
- б) эластическая компрессия;
- в) местная гипотермия;
- г) нестероидные противовоспалительные препараты;
- д) флеботропные препараты.

8. Является ли приустьевая локализация тромба в малой подкожной вене показанием к операции:

- а) является, если имеется варикозная болезнь;
 - б) не является;
 - в) является, если срок заболевания менее 3-х дней;
 - г) операция показана всегда;
 - д) только в случае перехода тромба на подколенную вену.
9. Противопоказаниями к радикальной операции при варикотромбофлебите являются:
- а) наличие посттромбофлебитической болезни;
 - б) переход тромба из большой подкожной вены в бедренную вену;
 - в) беременность;
 - г) симультанный тромбоз глубоких вен голени;
 - д) ожирение 3-4 ст.
10. Оптимальным способом хирургического лечения варикотромбофлебита являются:
- а) операция Троянова-Тренделенбурга;
 - б) радикальная флебэктомия;
 - в) операция Кокетта;
 - г) удаление тромбированных варикозных вен;
 - д) чрескожное прошивание варикозных вен по Клаппу.

4) Подготовить рабочую историю болезни

Рекомендуемая литература:

Основная:

8. «Хирургические болезни» под. ред. В.С. Савельева. Учебник, в 2-х томах. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1008 с. (2-е изд., испр.)
9. «Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг). Н.В.Мерзликин, Н.А.Бражникова, Б.И.Альперович, В.Х. Цхай.- - «ГЭОТАР-Медиа».-2012.-1014с.
10. Клиническая ангиология: Руководство / Под редакцией А.В. Покровского. В двух томах. Т.2 – М.: / М.: ООО «Издательство «Медицина», 2004. – 888 с.

Дополнительная:

9. Сосудистая хирургия по Хаймовичу. Под редакцией Э.Ашера. Перевод 5-гоанглийского издания под редакцией академика РАМН профессора А.В. Покровского Москва. БИНОМ. Лаборатория знаний. Том 2. – 2010 – 534 с.М. Медицина.-2000г.-352 с.
10. Основы клинической флебологии/ По редакцией академика РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: ООО «Издательство «Медицина», 2005. – 312с.
11. Варикозная болезнь вен нижних конечностей – Стандарты диагностики и лечения – 2000.
12. Константинова Г.Д., Зубарев А.Р., Градусов Е.Г. Флебология. М.: Издательский дом – Видар – М, 2000. 160 с.
13. Флебология:Руководство для врачей/Савельев В.С. и др. - М.:Медицина, 2001. – 603 с.

Раздел 3. Заболевания органов брюшной полости.

Тема 3.1: Актуальные вопросы диагностики и лечения осложнений язвенной болезни. ГЭРБ.

Цель: рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, консервативное и хирургическое лечение язвенной болезни и ее осложнений; научить студентов распознавать особенности их клинической картины, проводить дифференциальную диагностику, освоить методы лабораторной и инструментальной диагностики, показания к различным методам лечения, хирургическую тактику и технику оперативных вмешательств при данной патологии.

Задачи: освоить практические навыки по обследованию и ведению больных с ябж и дпк, освоить критерии постановки диагноза, назначать диагностические манипуляции, выбирать тактику лечения в зависимости от осложнения язвенной болезни и стадии патологического процесса.

Обучающийся должен знать:

- Анатомо-физиологические особенности строения, кровоснабжения и иннервации желудка и двенадцатиперстной кишки;
- Вопросы оперативной хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки;
- Клиника и диагностика осложнений язвенной болезни: кровотечение, перфорация, пенетрация, рубцово-язвенный стеноз, малигнизация.
- Клинические проявления ЖКК язвенной этиологии, дифференциальный диагноз от ЖКК др. Этиологии;
- Различные методы определения объема кровопотери;
- Методы лабораторной и инструментальной диагностики, применяемые при ЖКК язвенной этиологии;
- Признаки продолжающегося кровотечения, нестабильного и стабильного гемостаза;
- Консервативное лечение ЖКК язвенной этиологии;
- Средства и методы инфузионно-трансфузионной терапии;
- Средства и методы гемостатической терапии;
- Показания к гемотрансфузионной терапии;
- Возможные осложнения гемотрансфузии, их профилактика, диагностика и лечение;
- Показания к хирургическому лечению и виды оперативных вмешательств при ЖКК язвенной этиологии;
- Принципы послеоперационного ведения больных;
- Возможные послеоперационные осложнения (ранние и поздние) и методы их лечения.

- Стенозы: функциональные, рубцово-язвенные. Патогенез рубцово-язвенных стенозов выходного отдела желудка, возникающих при этом водно-электролитных нарушений, методы их коррекции.

-Классификация стенозов

-Дифференциальная диагностика с доброкачественными опухолями, раком антрального отдела. Стенозом после химического ожога.

-Проведение инструментальной, рентгенологической и лабораторной диагностики.

-Лечение консервативное, оперативное.

- Комплекс предоперационной подготовки.

-Характеристика операций при рубцово-язвенных стенозах в зависимости от степени стенозов

-Пенетрация. Этиопатогенезпенетрации язвы. Виды пенетрации.

- Особенности клинической картины при пенетрации язвы в различные органы. Дифференциальная диагностика. Лабораторная, инструментальная, рентгенологическая диагностика пенетрации. Особенности хирургического лечения, профилактика осложнений. Ведение послеоперационного периода.

Обучающийся должен уметь:

- Проводить и демонстрировать навыки клинического обследования больного с ябж и дпк.
- уметь провести расспрос и сбор хронологически выстроенного анамнеза с динамикой симптомов и видов лечения, проведение объективного исследования (в соответствии с этапами диагностики ябж и дпк), уметь выявлять основные клинические симптомы и синдромы при этих заболеваниях.
- уметь составить план дополнительного лабораторного и инструментального исследования, план-алгоритм дифференциальной диагностики в зависимости от ведущего синдрома (преобладающего звена патогенеза) у курируемого больного.
- уметь сформулировать диагноз, назначить индивидуализированное лечение, оценить качество лечения пациента, необходимость в коррекции лечения, выявить показания к хирургическому лечению и определить вид оперативного вмешательства, этапы операции.
- уметь интерпретировать результаты анализов: оак, оам, протеинограмма, электролитный состав плазмы, данные УЗИ, КТ и лапароскопии, показателей желудочной секреции, уреазный тест и т.д..

Обучающийся должен владеть:

- Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
- Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
- Читать и описывать обзорный рентгеновский снимок брюшной полости, ФГДС, УЗИ и КТ

брюшной полости.

- Заполнять рабочую историю болезни.
- Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
- Участвовать в перевязках.
- Оформлять выписной эпикриз и эпикриз на ВК, документы с соответствующими рекомендациями
- Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- А) Методы хирургического лечения язвенной болезни желудка.
- В) Виды резекций желудка и ваготомий.
- С) Анатомо-физиологические изменения в желудке после резекций
- Д) Классификация ябж и дпк.
- Е) Методы диагностики бож.
- Ф) Диспансеризация больных после резекции желудка.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий

- клинические разборы,
- чтение рентгенограмм,
- решение ситуационных задач, тестовых заданий,
- отработка практических навыков – осмотр пациентов с осложнениями язвенной болезни с составлением диагностического и лечебного плана ведения,
- отработка манипуляций – постановка желудочного зонда

Выводы:

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2. Каков план обследования больного.
- 3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
- 4. Составьте план консервативной терапии.
- 5. Определите показания к операции и оптимальный метод оперативного вмешательства.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Час назад после приёма пищи у больного С., 42 лет, страдающего язвенной болезнью 12-перстной кишки, внезапно возникли резкие боли в эпигастрии с иррадиацией в надключичную область справа, однократно ярвота съеденной пищей. Бледен, лежит неподвижно. Пульс 58 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Живот при пальпации резко напряжён в эпигастрии.

Ваш диагноз? План обследования? План лечения?

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 конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля .

- Анатомо-физиологические сведения о желудке и 12-перстной кишке;
- Фазы желудочной секреции;
- Этиология и патогенез осложнений;
- Классификация осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки;
- Рубцовые деформации желудка и ДПК, пилородуоденальный стеноз;
- Прободная язва желудка и ДПК;
- Кровотокающая язва желудка и ДПК;

- Основные методы диагностики осложнений язвенной болезни;
- Дифференциальный диагноз;
- Консервативное лечение;
- Показания к оперативному лечению;
- Оперативное лечение, основные виды операций.

4) Подготовить рабочую историю болезни

Рекомендуемая литература:

18. Основная литература

п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров		Наличие в ЭБС
				в библиотеке	на кафедре	
	2	3	4	5	6	7
1.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов. В 2-х томах.	Под ред. В.С.Савельева	2009.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 1008с. (3-е изд.,испр).	50	2	Консультант студента
2.	«Хирургические болезни»	Под ред. академика РАМН А.Ф. Черноусова.	2010.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 664с.,илл.	99	2	-
3.	«Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг).	Н.В.Мерзлик ин,Н.А.Бражникова, Б.И.Альперович, В.Х. Цхай	2012.- «ГЭОТАР-Медиа».- 1014с.	18	2	Консультант студента

19. Дополнительная литература

п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров		Наличие в ЭБС
				в библиотеке	на кафедре	
	2	3	4	5	6	7
1.	«Болезни оперированного желудка». Учебное пособие.	В.А.Бахтин с соавт.	2010.- Киров.-74с.	100	2	Электронная библиотека кафедры
2.	«Госпитальная хирургия».	Л.Н.Бисенков, В.М.Трофимов	2005.- Лань.-896с.	-		Электронная библиотека кафедры
3.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов.	Ю.В.Таричко	2007.- МИА.-784с.	-		-
4.	«80 лекций по хирургии».	В.С.Савельев	2008.- Триада-Х.	1		Электронная библиотека кафедры
	«Руководство по	В.С.Савельев	2003.-	1		Электронная биб-

5.	неотложной хирургии органов брюшной полости»		Москва.			библиотека кафедры
----	--	--	---------	--	--	--------------------

Раздел 3. Заболевание органов брюшной полости (абдоминальная хирургия)

Тема 3.2: Очаговые заболевания печени

Цель: изучение студентами медицинских специальностей основ печеночной хирургии позволит усовершенствовать систему оказания помощи больным с очаговыми заболеваниями печени, выделить группы риска по большинству заболеваний, провести эти группы через соответствующие скрининговые методы обследования, своевременно направить их в гепатологический центр

Задачи: рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение очаговых заболеваний печени; обучить студентов распознаванию ее частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств.

Обучающийся должен знать:

- Нормальную макро и микроанатомию печени
- Основные функции печени
- Особенности артериального и портального кровоснабжения печени
- Строение печеночной доли
- Деление печени на доли и сегменты
- Строение гиллисонных и кавальных ворот
- классификацию очаговых заболеваний печени;
- инвазивные и неинвазивные инструментальные и лабораторные методы диагностики очаговых заболеваний печени;
- клиническую картину первичного рака печени в различные стадии заболевания;
- клиническую картину метастатического рака печени, определение синхронных и метастатических метастазов;
- в сравнительном аспекте эпидемиологию, этапы развития, стадии клинического течения, особенности локализации и внешнего вида, распространения в ткани печени и метастазирования альвеококкоза и эхинококкоза;
- клиническую картину доброкачественных очаговых поражений печени (гемангиом, непаразитарных кист, аденом).
- Особенности хирургической тактики при доброкачественных, злокачественных и паразитарных очаговых поражениях печени;
- принципы хирургического лечения и этапы операции при очаговых поражениях печени;
- принципы послеоперационного ведения больных.

Обучающийся должен уметь:

- квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
- распознавать различные очаговые поражения печени;
- распознавать первичный и метастатический рак печени;
- распознавать паразитарные заболевания печени.
- распознавать доброкачественные очаговые поражения печени.
- формулировать и обосновывать клинический диагноз.
- составлять индивидуальный план (алгоритм) лабораторно-инструментального обследования больного, интерпретировать полученные результаты.
- читать и описывать компьютерную томограмму и МР-томограмму печени, ангиограммы.
- заполнять рабочую историю болезни.
- ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
- оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями
- правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Обучающийся должен владеть:

- формулировать и обосновывать клинический диагноз.
- составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
- читать и описывать обзорный рентгеновский снимок брюшной полости, УЗИ и КТ печени.
- заполнять рабочую историю болезни.
- ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
- выполнять фистулографию при желчных свищах.
- частовать на перевязках.
- оформлять выписной эпикриз и эпикриз на ВК, документы с соответствующими рекомендациями
- правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Какие сосудистые системы участвуют в кровоснабжении печени, их строение.
2. Деление печени на доли сегменты.
3. Классификация очаговых заболеваний печени.
4. Каковы принципы построения диагностического алгоритма при очаговых поражениях печени.
5. Особенности клиники, диагностики и лечения первичного и метастатического рака.
6. Перечислите доброкачественные очаговые заболевания печени. Какие из них подлежат хирургическому лечению в обязательном порядке.
7. Этиология, эпидемиология и патогенез альвеококкоза и эхинококкоза печени.
8. Методы консервативного оперативного лечения паразитарных поражений печени.
9. Этиология, клиника, диагностика и лечение абсцессов печени.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий

- клинические разборы,
- чтение рентгенограмм, интерпретация результатов УЗИ, КТ и МРТ печени, МРХПГ,
- решение ситуационных задач, тестовых заданий,
- отработка практических навыков (Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты) ,
- освоить манипуляцию (выполнять фистулографию при желчных свищах по алгоритму под контролем преподавателя)

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- сформулировать предварительный диагноз
- составить план обследования
- провести дифференциальный диагноз
- составить план лечения с написанием листа назначений и обоснования показания к операции и ее предварительному объему

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная К., 47 лет жалуется на слабость, недомогание, периодически возникает вздутие живота, урчание в правой подвздошной области.

Больна в течение трех месяцев, когда появилась слабость, недомогание. При обследовании обнаружена анемия. Проводилось лечение препаратами железа, после чего было улучшение. Однако в последние две недели появились выше указанные жалобы, повышение температуры тела до 37,1 - 37,5 градусов.

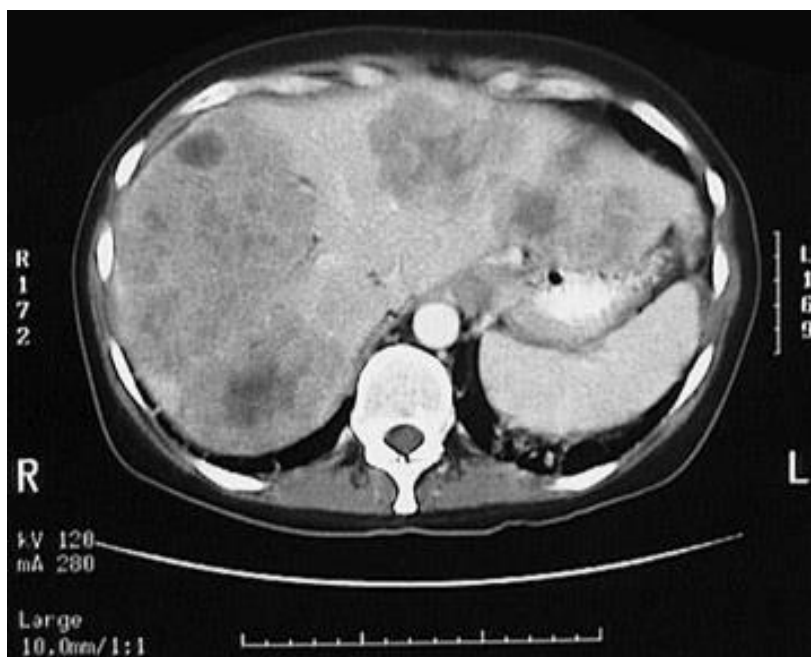
Осмотрена хирургом, который направил больную на дообследование.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 88 в 1 мин. АД 140/80 мм рт ст. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий. В правой подвздошной области определяется при глубокой пальпации легкая болезненность, урчание кишечника, пальпируется неотчетливо плотное малосмещаемое образование. Печень выступает из под края правой реберной дуги на 3 см по среднеключичной линии бугристая.

Общий анализ крови: Эр - 3,14 млн; НЬ - 88 г/л, Лейк - 6,8 тыс, СОЭ - 47 мм/ч. АН мочи без патологии. Биохимический анализ крови: общ белок - 74 г/л; А1 - 47%, Г1-53%, билирубин общ. - 17 мкмоль/л; АСТ - 27 ИЕ, АЛТ - 29 ИЕ; протромбиновый индекс - 66 %.

УЗИ печени, желчных путей; правая доля печени 168 мм, левая 57 мм. В правой и левой долях печени в 6 - 7 - 8 и 3 сегментах определяются округлые эхопозитивные образования размерами от 8 до 17 мм. Внутривнутрипеченочные и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь с однородным содержимым без включений. Поджелудочная железа без особенностей. Выполнена КТ печени.



Ректоскопия: осматриваются дистальные отделы прямой и сигмовидной кишки на 26 см - патологически не выявлено, слизистая ровная, без кровоточивости. Геморроидальные узлы не обнаружены.

Ректоскопия: осматриваются дистальные отделы кишки на 26 см - патологически не выявлено, слизистая ровная, без кровоточивости. Геморроидальные узлы не обнаружены.

1. Ваш предварительный диагноз. Рак слепой кишки с множественными метастазами в печень.
2. План обследования. Лаборат: ОАК, ОАМ, биохим. исследования: билирубин, трансаминазы, ЩФ, ГГТП, общ. белок, альбумин, РЭА, АФП, СА19-9, СА 135, коагулограмма, НВs, HCV, RW, группа крови и Rh. Инструментальное: УЗИ, КТ печени, пункционная биопсия под контролем УЗИ, фиброколоноскопия, рентгенография грудной клетки.
3. Диф. диагноз: аппендикулярный инфильтрат, болезнь Кона, нефроптоз справа.
4. План лечения: учитывая распространенность процесса в печени и риск возникновения ОКН, показана при резектабельности - правосторонняя санитарная гемиколэктомия с установкой артериального порта в a.gastroepiloica dextra для проведения химиотерапии.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Больной Б. 51 года поступил с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, кожный зуд по ночам, желтушность склер, периодически вечерами отмечает повышение температуры до субфебрильных цифр. После окончания лесотехнической школы 20 лет работал лесником в Томской области.

Болен в течение 2 лет. 2 месяца лечился безуспешно в инфекционном отделении ЦРБ, где при рентгенологическом исследовании грудной и брюшной полости было выявлено выпячивание в области правого купола диафрагмы полусферической формы, с участками обызвествления. При рентгенисследовании грудной клетки в нижней доле правого легкого округлая тень 1,5 x 2 см с просветлением в центре и кальцинатами по контуру очага. По данным УЗИ – правую долю печени занимает объемное ки-

стозное образование с толстой стенкой с кальцинатами, внутренняя стенка полости неровная, содержимое неоднородное.

При осмотре: больной пониженного питания, кожный покров субиктеричный. Правая доля печени увеличена за счет узла деревянистой плотности, выступает из-под реберной дуги на 4 см, левая доля печени также увеличена, пальпируется под мечевидным отростком и левой реберной дугой, ее консистенция при пальпации обычная. КТ печени представлена на рисунке.

Общ ан крови: Эр - 4,1 млн, Нв - 117 г/л, лейкоциты - 6,0 тыс: п-3%, с -67%, лимф -21%, эоз-6%, мон-3. Билирубин общ-37 мкмоль/л, своб-7 мкмоль/л, связанный - 30 мкмоль/л, щ.фосф - 403 (Н до 279 ИЕ)АЛТ 56 (до 30). Кожно-аллергическая проба Кацони положительна.



1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Этиология и патогенез данной патологии.
4. Как лечить больного.

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
 1. Анатомическое строение печени. Функции печени.
 2. Классификация очаговых заболеваний печени.
 3. Назовите причины развития первичного рака печени.
 4. Опишите клиническую картину первичного рака печени.
 5. Перечислите основные УЗ, КТ, и МР-томографические признаки первичного рака печени.
 6. Перечислите лабораторные критерии диагностики первичного рака печени. Реакция Абе-лева Татаринова.
 7. Перечислите наиболее частые источники и пути метастазирования злокачественных опухолей в печень.
 8. Что такое синхронные и метасинхронные метастазы..
 9. Перечислите осложнения злокачественных опухолей печени.
 10. Показания к операции и методы хирургического лечения злокачественных очаговых заболеваний печени.
 11. Назовите Регионы РФ и стран СНГ наиболее эндемичные по альвеококкозу и эхинококкозу.
 12. Опишите жизненный цикл *Echinococcus multilocularis* и *Echinococcus granulosus*.
 13. Роль человека в жизненном цикле паразита, пути заражения и преобразование паразита в организме человека.
 14. Особенности роста, локализации и метастазирования альвеококкоза и эхинококкоза.
 15. Опишите клиническую симптоматику паразитарных заболеваний печени в зависимости от стадии клинического течения.

16. Опишите осложнения паразитарных заболеваний печени.
17. Хирургическое лечение паразитарных заболеваний печени. Показания к одномоментным и этапным операциям.
18. Особенности хирургической тактики при доброкачественных заболеваниях печени..
19. Перечислите показания к операции при гемангиомах, непаразитарных кистах и аденомах печени.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля .

1. К ПОДДЕРЖИВАЮЩЕМУ СВЯЗОЧНОМУ АППАРАТУ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СВЯЗКИ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- 1) серповидной
- 2) венечных
- 3) треугольных
- 4) печеночно-двенадцатиперстной
- 5) круглой.

2. В СОСТАВЕ ПЕЧЕНОЧНО-ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ СВЯЗКИ ПРОХОДЯТ

- 1) воротная вена
- 2) общая печеночная артерия
- 3) общий печеночный проток
- 4) собственная печеночная артерия;
- 5) панкреато-дуоденальная артерия.

3. СЕГМЕНТАРНОЕ СТРОЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ЕЁ ДЕЛЕНИЕ НА

- 1) 3 сегмента
- 2) 5 сегментов
- 3) 8 сегментов
- 4) 10 сегментов
- 5) 12 сегментов.

4. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ

- 1) воротной вены
- 2) верхней брыжеечной артерии
- 3) селезеночной вены
- 4) собственной печеночной артерии
- 5) гастродуоденальной артерии.

5. ОТТОК КРОВИ ИЗ ПЕЧЕНИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) в верхнюю полую вену
- 2) в воротную вену
- 3) в селезеночную вену
- 4) в нижнюю полую вену
- 5) в пупочную вену

6. АЛЬВЕОКОККОЗ ПЕЧЕНИ РАСПРОСТРАНЕН

- 1) В Сибири
- 2) На Дальнем Востоке
- 3) В Западной Европе
- 4) В Калининградской области
- 5) В США
- 6) В Австралии

7. ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1) В Африке
- 2) В Латинской Америке
- 3) В России
- 4) В Молдавии
- 5) В Украине

6) В Армении

8 .ЛОКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕОПЕРАБЕЛЬНОГО РАКА ПЕЧЕНИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) Термоабляцию
- 2) Криодеструкцию
- 3) Алкоголизацию
- 4) Околоопухолевую резекцию печени
- 5) Обширную резекцию печени
- 6) Пункционную биопсию

9 .ТАРГЕТНЫМ ПЕРОРАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАПУЩЕННОЙ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Доксорубицин
- 2) Цисплатин
- 3) Кселода
- 4) Нексавар (сорафениб)
- 5) 5-фторурацил

10. ПРАВСТОРОННЯЯ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЯ ПОДРАЗУМЕВАЕТ УДАЛЕНИЕ:

- 1) 1,2,3,5 сегментов
- 2) 2,3,5,6 сегментов
- 3) 1,2,3,4 сегментов
- 4) 5,6,7,8 сегментов
- 5) 6,7,8,9 сегментов

Ответы.

- 1- 4
- 2- 1,2,3
- 3- 3
- 4- 1,4
- 5- 4
- 6- 1,2,4
- 7- 3,4,5,6
- 8- 1,2,3,4
- 9- 4
- 10- 4

4) Написать историю болезни

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. «Хирургические болезни» под. ред. В.С. Савельева. Учебник, в 2-х томах. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1008 с. (2-е изд., испр.)
2. «Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг). Н.В.Мерзликин,Н.А.Бражникова, Б.И.Аль-перович, В.Х. Цхай.- - «ГЭОТАР-Медиа».-2012.-1014с.

Дополнительная:

1. Альперович Б.И. «Хирургия печени».- М. : ГЭОТАР_Медиа, 2010. — 352 с. : ил. (Серия «Библиотека врача-специалиста»).
2. В.А. Вишневский «Операции на печени» М. Миклош 2003г.
3. Радченко В.Г. с соавт. Основы клинической гепатологии. Заболевания печени и желчевыводящих путей. СПб. Изд. «Диалект».-2005, 864с с ил.
4. В.Т. Ивашки «Лечение осложнений цирроза печени» Методическое руководство для врачей.- Литерра, 2008, 64с.
5. Ю.И. Патютко «Хирургическое лечение злокачественных очаговых заболеваний печени».-«Практическая медицина».-2005.-314 с.
6. В.А. Журавлёв. Актуальные, спорные и нерешенные вопросы хирургии печени. М 2008г.

Раздел 3. Заболевание органов брюшной полости

Тема 3.3: Заболевание поджелудочной железы.

Цель: формирование теоретических знаний и практических навыков по диагностике и лечению больных с хирургическими заболеваниями поджелудочной железы.

Задачи: рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение заболеваний поджелудочной железы; обучить студентов распознаванию ее частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств.

Обучающийся должен знать:

- анатомо-физиологические особенности поджелудочной железы;
- классификацию заболеваний поджелудочной железы
- симптомы и синдромы заболеваний поджелудочной железы;
- методы диагностики заболеваний поджелудочной железы;
- классификацию хронического панкреатита;
- показания к хирургическому лечению хронического панкреатита;
- классификацию кист поджелудочной железы;
- особенности диагностики кист поджелудочной железы;
- показания к различным методам хирургического лечения;
- травмы поджелудочной железы, классификацию, диагностику хирургическую тактику;
- осложнения травм поджелудочной железы, свищи поджелудочной железы, их классификацию;
- хирургическую тактику при травмах поджелудочной железы;
- консервативные и оперативные методы лечения свищей поджелудочной железы;
- клинику диагностику и дифференциальную диагностику рака поджелудочной железы, принципы хирургического лечения;
- принципы ведения больных после оперативных вмешательств на поджелудочной железе

Обучающийся должен уметь:

- квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
- распознавать симптомы хронического панкреатита, проводить дифференциальную диагностику со злокачественными заболеваниями поджелудочной железы;
- распознавать симптомы кист поджелудочной железы в зависимости от этиологии и локализации.
- распознавать и проводить дифференциальную диагностику панкреатических, тонко- и толстокишечных свищей.

Обучающийся должен владеть:

- формулировать и обосновывать клинический диагноз.
- составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
- читать и описывать обзорный рентгеновский снимок брюшной полости, УЗИ и КТ поджелудочной железы.
- заполнять рабочую историю болезни.
- ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
- выполнять фистулографию при панкреатических свищах.
 - участвовать на перевязках.
- оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Классификация врожденных аномалий развития ПЖ.

- Классификация хронического панкреатита.
- Принципы консервативного лечения ХП.
- Показания к операции при ХП.
- Стадии формирования ложных кист ПЖ.
- Какие осложнения ложных кист являются показаниями к экстренной операции.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий

- клинические разборы,
- чтение рентгенограмм, интерпретация результатов УЗИ и КТ поджелудочной железы,
- решение ситуационных задач,
- решение тестовых заданий,
- отработка практических навыков (заполнение истории болезни, интерпретация лабораторно-инструментальных методов исследования),
- освоение манипуляций (выполнение фистулографии при панкреатических свищах под контролем преподавателя).

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

6. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
7. Каков план обследования больного.
8. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
9. Составьте план консервативной терапии.
10. Определите показания к операции и оптимальный метод оперативного вмешательства.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача № 1. Больной К., 52 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные боли в эпигастриальной области, учащенный стул (до 2-3-х раз за сутки), общую слабость, кровоточивость дёсен, снижение веса на 5 кг. за 3 месяца.

Из анамнеза; работа пациента связана с эмоциональными перегрузками, алкоголь употребляет 2-3 раза в неделю. Болен около 10 лет. В первые 5-6 лет заболевания трижды возникали интенсивные боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, сопровождавшиеся рвотой. При лабораторных исследованиях выявляли повышенную амилазимию и амилазурию, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, по УЗИ снижение эхогенности ПЖ и признаки отёка ПЖ. С описанной симптоматикой поступал в хирургическое отделение, но лечился консервативными методами. В течение последующих 2-3 лет после употребления в большом количестве пива стали возникать опоясывающие боли в верхнем этаже живота, но менее интенсивные, чем ранее, которые купировал самостоятельно либо в терапевтическом отделении стационара с помощью спазмолитиков в условиях "голодной" диеты. В течение последнего года стал отмечать появление обильного, зловонного, с жирным блеском стула до 2 раз в сутки.

При объективном обследовании: состояние средней тяжести, кожные покровы бледно-серые, сухие со сниженным тургором. На коже груди и живота единичные ярко-красные пятнышки до 2-3 мм. в диаметре (пятна Кружилина). Язык суховат, сосочки сглажены, обложен серым налетом, хейлит. ЧСС - 85 в минуту, ритм правильный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Живот умеренно вздут, болезнен при пальпации в эпигастрии.

Анализ крови: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л.$, гемоглобин - 105 г/л., лейкоциты - $7,8 \times 10^9/л.$, СОЭ - 10 мм/час. Амилаза крови - 36,2, мочи - 38,2 Ед по Вольгемуту. Копрограмма: капли нейтрального жира, непереваренные мышечные волокна с несохранённой поперечной исчерченностью, зёрна внеклеточного крахмала. Сахар крови – 5,9 ммоль/л. натощак.

УЗИ: размеры ПЖ не изменены, на фоне диффузно повышенной эхогенности (фиброз), визуализируются участки более высокой эхогенности (кальцинаты), ГПП неравномерно расширен, его диаметр колеблется от 5 до 8 мм.

- Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
- Каков план обследования больного.
- С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
- Составьте план консервативной терапии.

- Определите показания к операции и оптимальный метод оперативного вмешательства.

Решение задачи.

Предварительный анализ клинической ситуации, наиболее специфичных проявлений заболевания: у больного имеется хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта с преимущественным поражением ПЖ, подтверждение тому: 1) данные анамнеза - употребление алкоголя 3 раза в неделю и связь обострений болезни с алкоголем; характер боли, сопровождающейся характерными изменениями в анализах крови и мочи; стадийность развития заболевания; 2) изменения в копрограмме (преобладание нейтрального жира); 3) УЗИ (фиброз и кальцифицирование ПЖ).

Ведущие синдромы – болевой и внешнесекреторной недостаточности ПЖ, а так же *мальдигестии* - нарушение процессов переваривания, вследствие дефицита ферментов ПЖ (учащенный полуоформленный стул, стеаторея, креаторея, амилорея в копрограмме), *мальабсорбции* - нарушение всасывания белков и жиров, вследствие дефицита ферментов ПЖ (похудание, признаки авитаминоза в основном витаминов группы В и С, анемия).

Диагноз: Хронический кальцифицирующий панкреатит, алкогольной этиологии, с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы. Синдром мальабсорбции I степени. Расширение ГПП.

План дообследования больного:

- 1) кровь на билирубин, трансаминазы, электролиты (калий, натрий, кальций), протеинограмму;
- 2) секретин-панкреозиминный тест (уточняем степень, выраженность ВСН ПЖ);
- 3) определение активности фекальной эластазы (уточняем выраженность ВСН ПЖ);
- 4) тест толерантности к углеводам (исключаем либо нарушение толерантности к углеводам, либо сахарный диабет);
- 5) ФГДС с осмотром фатерова сосочка (исключение дуоденита, парафатерального дивертикула, стеноза фатерова соска);
- 6) КТ (исключение рака ПЖ).

Лечение:

- 1) диета с ограничением жирной (с преобладанием растительных жиров), жареной, острой, консервированной пищи;
- 2) постоянная заместительная терапия ферментными препаратами: креон по 1-2 капсулы 3 раза в день во время еды;
- 3) коррекция мальабсорбции: парентеральное введение витаминов, электролитов;
- 4) коррекция инкреторной недостаточности после уточнения её характера (при нарушенной толерантности к углеводам - ограничение пищевых продуктов богатых углеводами, при сахарном диабете - малые дозы инсулина перед основными приёмами пищи).
- 5) У больного имеются признаки нарушения оттока секрета на уровне головки ПЖ (вирусгэктазия до 8 мм). В данном случае имеются показания для внутреннего дренирования ГПП – показана операция продольная панкреатоэнтероанастомозия с отключенной по Ру петлей тощей кишки

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Больной Л., 46 лет. Поступил в инфекционное отделение с жалобами на желтуху кожных покровов, сильный кожный зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время, постоянные умеренные боли и тяжесть в правой половине живота и эпигастриальной 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 в минуту, А/Д 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, малоболезненное образование 6х6 см. По данным УЗИ отмечается расширение вне и внутрипеченочных желчных протоков, конкрементов в них не определяется, размеры желчного пузыря 10х12 см, содержимое эхосвободное. Размеры поджелудочной железы: головка уплотнена, ее размер 45 мм, тело 25 мм, хвост 18 мм. Лабораторные тесты: общ. ан. крови без существенных изменений,

СОЭ 29 мм/ч. Биохимические показатели: общ.белок 65,8 г/л; билирубин общ 365 мкмоль/л, прям 320 мкмоль/л, АСТ 56, АЛТ 43 (N до 32), ЩФ 1026 (N 264). СА – 2202 (N до 32).

- Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Какова природа желтухи?
- Каков план обследования больного.
- С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
- Какова 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 конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Классификация заболеваний поджелудочной железы.
2. Симптомы и синдромы заболеваний поджелудочной железы.
3. Методы обследования больных с патологией поджелудочной железы.
4. Инструментальные методы диагностики заболеваний поджелудочной железы.
5. Классификация хронических панкреатитов, особенности диагностики.
6. Показания к хирургическому лечению, основные методы оперативных вмешательств при хроническом панкреатите.
7. Кисты поджелудочной железы, классификация, диагностика.
8. Методы оперативного лечения кист поджелудочной железы.
9. Патогномоничные признаки рака поджелудочной железы, диагностика, паллиативные и
10. Радикальные оперативные вмешательства.
11. Клиника и диагностика травм поджелудочной железы.
12. Хирургическая тактика при повреждениях поджелудочной железы.
13. Панкреатические свищи, причины, диагностика, методы лечения.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля .

1. Вопрос

Больной госпитализирован в клинику с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту. В течение 6 месяцев похудел на 15 кг. При рент- генологическом исследовании желудка выявлено отеснение его кпереди. Диагноз:

Ответы:

1. стеноз привратника
2. опухоль поджелудочной железы
3. язвенная болезнь желудка
4. рак желудка
5. опухоль толстой кишки

2. Вопрос

Характерными осложнениями первичного хронического панкреатита являются: 1) холедохолитиаз 2) киста, свищи, регионарная портальная гипертензия 3) желтуха, сужение 12-перстной кишки 4) желудочное кровотечение 5) колит

Ответы:

1. 1,3,4
2. 4,5
3. 2,3
4. 1,4,5
5. 2,4

3. Вопрос

Признаки инкреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите:

Ответы:

1. желтуха
2. частые потери сознания

3. высокое содержание сахара в крови и моче
4. увеличение печени, пальпируемый желчный пузырь
5. креаторея, стеаторея

4. Вопрос

У больного при РПХГ обнаружен расширенный главный панкреатический проток "цепь озер". Укажите оптимальный вид операции:

Ответы:

1. резекция железы слева направо
2. резекция железы справа налево
3. панкреатоюностомия
4. резекция желудка
5. дуоденоэнтеростомия

5. Вопрос

Больной в течение 15 лет страдает хроническим панкреатитом. Укажите простейший способ обнаружения кальциноза поджелудочной железы:

Ответы:

1. эксплоративная лапаротомия
2. лапароскопия
3. ирригоскопия
4. холангиография
5. обзорная рентгенография брюшной полости

6. Вопрос

Укажите симптомы, характерные для нарушения внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы:

Ответы:

1. сухость кожных покровов
2. диабет
3. потеря веса, креато- и стеаторея
4. расширение вен передней брюшной стенки
5. почечно-печеночная недостаточность

7. Вопрос

Спустя 6 месяцев после перенесенного панкреатонекроза у больного 45 лет выявлена при УЗИ киста поджелудочной железы. Вариант операции:

Ответы:

1. наружное дренирование
2. цистоэнтероанастомоз
3. панкреатодуоденальная резекция с пломбировкой протока в дистальной части поджелудочной железы
4. марсупилизация
5. цистогастродуоденостомия

8. Вопрос

Больной 40 лет; в течение 10 лет страдал хроническим рецидивирующим панкреатитом. Во время операции заподозрен рак поджелудочной железы. Ваши действия:

Ответы:

1. резекция поджелудочной железы
2. цитологическое и гистологическое исследование биопсийного материала (срочное)
3. панкреатэктомия
4. наружный дренаж панкреатических протоков Т-образным дренажем
5. маргинальная невротомия

9. Вопрос

На 8-е сутки после резекции поджелудочной железы сформировался панкреатический свищ. Каким из предложенных методов можно подтвердить послеоперационное осложнение?

Ответы:

1. эндоскопической панкреатографией
2. лапароскопией
3. фистулографией
4. ультразвуковой эхолокацией
5. телехолангиоскопией

Ответы: 1-2; 2-3; 3-3;4-3;5-5;6-3;7-2;8-2;9-3

4) Подготовить рабочую историю болезни.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. «Хирургические болезни» под. ред. В.С. Савельева. Учебник, в 2-х томах. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 608 с. (2-е изд., испр.)

2. «80 лекций по хirurgии» под общей редакцией В.С. Савельева.-Литерра.-2008, 928с.

Дополнительная:

1. И.В. Маев, А.Н. Казюлин, Ю.М. Кучерявый. «Хронический панкреатит» М, 2005 г.

2. Жебровский В.В. «Атлас операций на органах брюшной полости».-МИА.-2009, 464с.

3. Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1 Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко Издательство: ГЭОТАР-Медиа Год: 2008 Страниц: 864.

4. О.Н. Минушкин Хронический панкреатит: эпидемиология, этиология, классификация-Фарматека.-№2.-2007 год.

5. Сереброва С.Ю.[Гастроэнтерологические аспекты муковисцидоза](#).-РМЖ.- 2008 г, том 10, № 1.

Раздел 3. Заболевания органов брюшной полости

Тема 3.4: Дифференциальная диагностика желтух. Особенности хирургического лечения механической желтухи.

Цель: Систематизировать и углубить знания студентов по изучаемой теме. Освоить теоретические аспекты этиопатогенеза желтух. Овладеть навыками проведения диагностического и дифференциально-диагностического поисков. Обратит внимание на тактику ведения больных и вопросы хирургического лечения механических желтух.

Задачи:

- Освоить современные аспекты этиологии и патогенеза желтух, вопросы дифференциальной диагностики желтух;

- Обучить студентов распознаванию различных видов желтух, диагностическому и дифференциально-диагностическому поиску;

- Рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны, вызывающие синдром механической желтухи, рассмотреть ее отличительные особенности при различных причинах, методы диагностики;

- Познакомить с хирургической тактикой в лечении механических желтух, техникой оперативных вмешательств.

Обучающийся должен знать:

.Обмен билирубина в норме.

.Нормальные показатели общего билирубина, свободного и связанного.

.Методы физикального обследования больных с заболеваниями печени.

.Основные заболевания внутренних органов, сопровождающиеся развитием желтухи.

.Причины развития гипербилирубинемии, классификацию желтух.

.классификацию механической желтухи

.клинико-диагностические критерии гемолитической желтухи

.клинико-диагностические критерии паренхиматозной желтухи;

.клинико-диагностические критерии механической желтухи;

.лабораторные и дополнительные методы обследования печени и желчевыводящей системы;

.Вопросы оперативной хирургии печени и желчевыводящей систем

.хирургическую тактику при механической желтухе

- .принципы предоперационной подготовки больных с механической желтухой;
- .паллиативные методы желчеотведения при различных видах механической желтухи;
- .радикальные оперативные вмешательства;
- .методы предоперационного малоинвазивного желчеотведения;
- .этапные оперативные вмешательства у больных с механической желтухой, показания к ним;
- .принципы послеоперационного ведения больных;
- .уход за различными видами желчеотводящих дренажей.
- .основные причины постхолецистэктомического синдрома;
- .методы диагностики, показания к оперативному лечению;
- .принципы профилактики постхолецистэктомического синдрома.
- .роль врача общей практики в своевременной диагностике постхолецистэктомического синдрома.

Обучающийся должен уметь:

1. Квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
2. Распознавать больных желтухой;
3. Составлять алгоритм обследования больного с желтухой;
4. На основании проведенных исследований решать вопрос о природе желтухи, составлять план дополнительного обследования.
5. Доказывать механический характер желтухи и определять ее природу.
6. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
8. Читать и описывать компьютерную томограмму и МР-томограмму печени, ангиограммы.
9. Заполнять рабочую историю болезни.
10. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
11. Оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями
12. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Обучающийся должен владеть:

1. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
2. Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
3. Читать и описывать обзорный рентгеновский снимок брюшной полости, УЗИ и КТ, ЭРХПГ, МРХПГ.
4. Заполнять рабочую историю болезни.
5. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
6. Выполнять фистулографию при желчных свищах.
7. Участвовать в перевязках.
8. Оформлять выписной эпикриз и эпикриз на ВК, документы с соответствующими рекомендациями
9. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Образование и обмен билирубина.
2. Понятие желтухи, классификация желтух.
3. Дифференциально-диагностические критерии гемолитической и паренхиматозной желтухи.
4. клиническая дифференциальная диагностика паренхиматозной и механической желтухи.
5. Лабораторная дифференциальная диагностика гемолитической, паренхиматозной и механической желтухи.
6. Инструментальные методы обследования печени и желчевыводящей системы.

7. Дифференциально-диагностические возможности УЗИ, КТ и ЯМРТ в диагностике паренхиматозной и механической желтухи.

8. Показания и противопоказания к лапароскопии, техника выполнения, лапароскопические признаки паренхиматозной и механической желтухи

9. Этиологическая классификация механической желтухи.

10. Принципы предоперационной подготовки больных с механической желтухой, принципы инфузионной и экстракорпоральной дезинтоксикации.

11. Способы малоинвазивных желчеотведений..

12. Этапные желчеотводящие операции, показания. принципы выполнения.

13. Методы паллиативного желчеотведения при механической желтухе.

14. Радикальные оперативные вмешательства при различных видах механической желтухи.

15. Основные принципы послеоперационного ведения больных с желтухой.

16. Определение постхолецистэктомического синдрома.

17. Истинный и ложный постхолецистэктомический синдром, критерии.

18. Диагностика постхолецистэктомического синдрома, инструментальные методы обследования.

19. Показания к оперативному лечению.

20. Основные методы оперативного лечения.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий

1) Освоить практический навык «Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного с желтухой, интерпретировать полученные результаты», Освоить манипуляцию «Выполнять фистулографию при желчных свищах» по алгоритму»).

2) Цель работы: научить студентов составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты и освоить манипуляцию по выполнению фистулографии при желчных свищах.

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни, объективное обследование. Формулировка предварительного диагноза. На основании имеющихся данных: составить план обследования больного: лабораторные исследования, инструментальная диагностика. По полученным данным сформулировать окончательный диагноз и определить тактику лечения (консервативного или хирургического).

Алгоритм проведения фистулографии: подготовить набор для исследования (перчатки, шприц, перевязочный материал, зажим, водорастворимый контраст.

Место проведения: рентгенологический кабинет, режим исследования – рентгеноскопия.

Больной помещается на рентгеновский стол. Выясняется переносимость больным йодсодержащих препаратов. Надеваются стерильные перчатки. В шприц набирается 20 мл контраста. Проводящий исследование одевает защитный фартук. Шприц плотно соединяется с дренажной трубкой, выходящей из брюшной полости. Включается рентгеновский аппарат и экран. В дренаж под небольшим давлением вводится 2-3 мл контраста. На экране отслеживается правильность введения, отсутствие «экстравазатов», после чего вводится остальной контраст. Производится рентгеновский снимок в прямой и, при необходимости, в боковой проекции.

4) Результаты: получение снимка с тенью свищевого хода контрастным изображением внутри и внепеченочных желчных протоков.

5) Выводы: желчный свищ поддерживается (не закрывается самостоятельно) вследствие препятствия для оттока на уровне: общего печеночного протока, общего желчного протока вследствие А) обтурации камнем, Б) обтурации опухолью, В) рубцового стеноза.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

-сформулировать предварительный диагноз

-составить план обследования

-провести дифференциальный диагноз

-составить план лечения с написанием листа назначений и обоснования показания к операции и ее предварительному объему

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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. Инъекции спазмолитиков боли не сняли. При пальпации живота имеется напряжение брюшной стенки в правой половине. Из-за напряжения мышц живота желчный пузырь и печень не определяется.

В результате проведенной интенсивной терапии боли в правом подреберье стихли, напряжение брюшной стенки уменьшилось, постепенно стала исчезать желтуха. Лейкоцитоз $12,2 \times 10^9 / \text{л}$. Диастаза мочи 16 ЕД. Билирубин крови 56 мкмоль/л . Сахар крови $4,8 \text{ ммоль/л}$.

1. Ваш диагноз. ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.
2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза? ОАК, ОАМ, билирубин, трансаминазы, ЩФ, ГГТП, холестерин, HbS, HCV, УЗИ, МРХРГ.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? С другими видами желтух (данные лабораторных и инструментальных исследований), в группе механической желтухи: опухолевая и желчнокаменная (исходя из особенностей клиники и обследования).
4. Тактика хирурга. Продолжить консервативную терапию до полного исчезновения желтухи и клиники ОХ. В перспективе исходя из данных диагностики – операция в плановом порядке: эндоскопическая папиллотомия с литоэкстракцией с последующей лапароскопической холецистэктомией.
5. Перечислите методы интраоперационного исследования желчных путей. Осмотр, измерение диаметра и пальпация холедоха, интраоперационное УЗИ, зондирование, интраоперационная холангиография, холангиоманометрия.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

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. "Скорой помощью" была доставлена в отделение экстренной хирургии. Подобные боли, меньшей интенсивности, отмечает в течение 2 лет. Боли быстро купировались Но-Шпой К врачу не обращалась, не обследовалась. Страдает ожирением, мать оперирована по поводу калькулезного холецистита.

Состояние средней тяжести. Склеры желтой окраски. Пульс 98 уд. в мин. Температура тела $37,9^\circ\text{C}$. Язык покрыт белым налетом. Живот напряжен, резко болезненный в правом подреберье. Перистальтика равномерная, ослаблена. Симптомы Ортнера, Кера, Образцова, Мюсси-Георгиевского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень у края реберной дуги.

В крови лейкоцитов $13,4 \times 10^9$, 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 флегмонозно измененный желчный пузырь, холедох диаметром до 15 мм, из просвета его через культю пузырного протока поступает мутная желчь с хлопьями и примесью песка.

1. Ваш диагноз?
2. Принципы консервативной терапии, которая проводилась больной.
3. Методы интраоперационного исследования желчевыводящих путей.
4. Дальнейшая хирургическая тактика.
5. Перечислите способы внутреннего дренирования желчных путей.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

3. Понятие желтухи, классификация желтух.
4. Дифференциально-диагностические критерии гемолитической и паренхиматозной желтухи.
5. Клиническая дифференциальная диагностика паренхиматозной и механической желтухи.
6. Инструментальные методы обследования печени и желчевыводящей системы.
7. Принципы предоперационной подготовки больных с механической желтухой, принципы инфузионной и экстракорпоральной дезинтоксикации.
8. Способы малоинвазивных желчеотведений..
9. Этапные желчеотводящие операции, показания. принципы выполнения.
10. Методы паллиативного желчеотведения при механической желтухе.
11. Радикальные оперативные вмешательства при различных видах механической желтухи.
12. Основные принципы послеоперационного ведения больных с желтухой.
13. Определение постхолецистэктомического синдрома.
14. Истинный и ложный постхолецистэктомический синдром, критерии.
15. Диагностика постхолецистэктомического синдрома, инструментальные методы обследования.
16. Показания к оперативному лечению.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Вопрос

Ширина холедоха в супрадуоденальной части у неоперированных больных равна

20. Ответы:

1. до 0,5 см
2. 0,6-0,8 см
3. 1,1-1,5 см
4. 1,6-2,0 см
5. свыше 2,0 см

2. Вопрос

После холецистэктомии чаще всего применяется дренаж:

21. Ответы:

1. по РобсонуВишневскому
2. по ХолстедуПиковскому
3. по Спасокукоцкому
4. по Керу
5. сочетанное дренирование по Пиковскому и Спасокукоцкому

3. Вопрос

Для желтухи на почве холедохолитиаза не характерно:

22. Ответы:

1. уробилинурия
2. повышение щелочной фосфатазы
3. нормальный или пониженный белок в крови
4. повышение билирубина крови
5. нормальные или умеренно повышенные трансаминазы

4. Вопрос

Симптом Курвуазье не характерен для:

23. Ответы:

1. острого калькулезного холецистита
2. рака головки поджелудочной железы
3. индуративного панкреатита
4. опухоли большого дуоденального соска
5. опухоли дистального отдела холедоха

5. Вопрос

Для механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом, не характерны:

24. Ответы:

1. гипертермия
2. повышение прямого билирубина крови
3. повышение щелочной фосфатазы
4. резкое повышение уровня трансаминаз в плазме
5. отсутствие стеркобилина в кале

6. Вопрос

Осложнением холедохолитиаза является:

25. Ответы:

1. водянка желчного пузыря
2. эмпиема желчного пузыря
3. желтуха, холангит
4. хронический активный гепатит
5. перфоративный холецистит, перитонит

7. Вопрос

Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?

26. Ответы:

1. рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей
2. холедохолитиаз
3. рак головки поджелудочной железы
4. эхинококко печени
5. метастазы в печень опухолей

8. Вопрос

Какое сочетание клинических симптомов соответствует синдрому Курвуазье?

27. Ответы:

1. увеличенный безболезненный желчный пузырь в сочетании с желтухой
2. увеличение печени, асцит, расширение вен передней брюшной стенки
3. желтуха, пальпируемый болезненный желчный пузырь, местные перитонеальные явления
4. отсутствие стула, схваткообразные боли, появление пальпируемого образования брюшной полости
5. выраженная желтуха, увеличенная бугристая печень, кахексия

9. Вопрос

Какой из методов дооперационного обследования является наиболее информативным при оценке патологии желчевыводящих путей?

28. Ответы:

1. внутривенная инфузионная холангиография
2. эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
3. чрезкожная чрезпеченочная холангиография
4. УЗИ
5. пероральная холецистохолангиография

10. Вопрос

Больная 55 лет, перенесшая 2 года назад холецистэктомию, поступила с клинической картиной механической желтухи. При ретроградной панкреатохолангиографии выявлен холедохолитиаз. Какой метод лечения предпочтителен?

29. Ответы:

1. эндоскопическая папиллосфинктеротомия
2. комплексная консервативная терапия
3. трансдуоденальная папиллосфинктеропластика
4. холедохотомия с наружным дренированием холедоха
5. экстракорпоральная литотрипсия

11. Вопрос

Для холангита наиболее характерно сочетание симптомов: 1) желтуха 2) лихорадка 3) анемия 4) лейкоцитоз 5) асцит

30. Ответы:

1. 1,2,3
2. 1,2,4
3. 3,4,5
4. 2,5
5. 2,3,5

12. Вопрос

При ретроградной холангиопанкреатографии у больного с механической желтухой выявлен протяженный стеноз устья холедоха. Какое вмешательство следует предпочесть?

31. Ответы:

1. трансдуоденальную папиллосфинктеропластику
2. супрадуоденальную холедоходуоденостомию
3. эндоскопическую папиллосфинктеростомию
4. гепатикоеюностомию
5. операцию Микулича

13. Вопрос

Во время операции по поводу калькулезного холецистита при интраоперационной холангиографии выявлено расширение желчевыводящих путей, высказано предположение о наличии конкрементов. Какой метод интраоперационного обследования является наиболее информативным для подтверждения диагноза?

32. Ответы:

1. пальпация желчного протока
2. трансиллюминация
3. зондирование протоков
4. фиброхолангиоскопия
5. ревизия корзинкой Dormia

14. Вопрос

Больной 28 лет поступил в клинику с картиной желтухи, появление которой отметил 4 дня назад. Болевой синдром не выражен. Дважды в анамнезе отмечал эпизоды желтухи. При лабораторном исследовании отмечает билирубинемия за счет непрямой фракции. При ультразвуковом исследовании патологии не выявляется. Активность трансаминаз и щелочной фосфатазы не выражены. Какой диагноз следует предположить?

33. Ответы:

1. механическая желтуха вследствие холедохолитиаза
2. цирроз печени
3. инфекционный гепатит
4. синдром Жильбера
5. гемохроматоз

15. Вопрос

Больной 42 лет оперирован с предположительным диагнозом холедохолитиаза, механическая желтуха. На операции патологии желчевыводящих путей и желчного пузыря не выявлено. Обнаружена увеличенная печень красно-коричневого цвета. Поставлен диагноз гепатита. Какие лечебные мероприятия целесообразны?

34. Ответы:

1. наружное дренирование желчных протоков
2. холецистостомия
3. десимпатизация печеночной артерии
4. ничего не предпринимать, рану ушить
5. холецистэктомия, дренирование брюшной полости

4)Подготовить учебную историю болезни.

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экз-земпляров	Наличие в ЭБС
				в библиотеке	
1	2	3	4	5	6
1.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУ-Зов. В 2-х томах.	Под ред. В.С.Савельева	2009.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».-1008с. (3-е изд.,испр).	50	Консультант студента
2.	«Хирургические болезни»	Под ред. академика РАМН А.Ф.Черноусова.	2010.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 664с.,илл.	99	-
3.	«Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг).	Н.В.Мерзликин,Н.А. Бражникова, Б.И.Аль-перович, В.Х. Цхай	2012.- «ГЭОТАР-Медиа».-1014с.	18	Консультант студента

Дополнительная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экз-земпляров	Наличие в ЭБС
				в библиотеке	
1	2	3	4	5	7
1.	«80 лекций по хирургии».	В.С.Савельев	2008.-Триада-Х.	1	Электронная библиотека кафедры
2.	«Хирургическое лечение механической желтухи»	В.А. Бахтин, В.А. Янченко, С.М. Аракелян	Киров, 2010		

Раздел 3.Заболевания органов брюшной полости

Тема 3.5: ЖКБ и ее осложнения.

Цель: Систематизировать и углубить знания студентов по изучаемой теме. Рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение ЖКБ и ее осложнений, а также патологические состояния, возникающие после удаления желчного пузыря, рассмотреть ее классификацию, отличительные особенности различных стадий течения ЖКБ и ее осложнений, методы диагностики; обучить студентов распознаванию ее частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств.

Задачи:

- рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение ЖКБ и ее осложнений;

- обучить студентов распознаванию ее частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств.

- Рассмотреть причины и формы ПХЭС, подходы к лечебной тактике, роли малоинвазивных вмешательств в устранении последствий ПХЭС.

Обучающийся должен знать:

1. Нормальную макро и микроанатомию внутри- и внепеченочных желчных протоков
2. Состав и основные функции желчи
3. Особенности кровоснабжения желчного пузыря
4. Строение сфинктерного аппарата желчевыводящих путей и ж/пузыря

5. Механизм образования камней ж/пузыря
6. классификацию ЖКБ;
7. особенности заболеваемости ЖКБ в настоящее время;
8. инвазивные и неинвазивные инструментальные и лабораторные методы диагностики ЖКБ и ее осложнений;
9. клиническую картину острого холецистита;
10. классификацию осложнений острого холецистита;
11. Этиологию, клиническую картину, диагностику и методы лечения водянки желчного пузыря;
12. Этиологию, клиническую картину, диагностику и методы лечения эмпиемы желчного пузыря;
13. Этиологию, клиническую картину, диагностику и методы лечения оклопузырных инфильтратов;
14. Этиологию, клиническую картину, диагностику и методы лечения билодигестивных свищей;
15. Этиологию, клиническую картину, диагностику и методы лечения механической желтухи;
16. Этиологию, клиническую картину, диагностику и методы лечения острого холангита;
17. Этиологию, клиническую картину, диагностику и методы лечения перфоративного холецистита, отграниченного и разлитого желчного перитонита;
18. Этиологию, клиническую картину, диагностику и методы лечения острого холецистопанкреатита;
19. Оперативные вмешательства на печени и ЖВП;
20. Способы наружного и внутреннего дренирования желчных протоков.
21. Принципы послеоперационного ведения больных.

Обучающийся должен уметь:

1. Квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
2. Распознавать различные осложнения острого холецистита;
3. Распознавать водянку желчного пузыря;
4. Распознавать эмпиему желчного пузыря.
5. Распознавать механическую желтуху желчно-каменной природы.
6. Распознавать клинику острого гнойного холангита.
7. Диагностировать желчный перитонит.
8. Составлять индивидуальный план (алгоритм) лабораторно-инструментального обследования больного, интерпретировать полученные результаты.
9. Читать и описывать результаты УЗИ исследования печени и желчных путей.
11. Заполнять рабочую историю болезни.
12. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
13. Оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями
14. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Обучающийся должен владеть:

1. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
2. Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
3. Читать и описывать обзорный рентгеновский снимок брюшной полости, УЗИ и КТ, ЭРХПГ, МРХПГ.
4. Заполнять рабочую историю болезни.
5. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
6. Выполнять фистулографию при желчных свищах.
7. Участвовать в перевязках.
8. Оформлять выписной эпикриз и эпикриз на ВК, документы с соответствующими рекоменда-

ями

9. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
2. Распознавать различные осложнения острого холецистита;
3. Распознавать водянку желчного пузыря;
4. Распознавать эмпиему желчного пузыря.
5. Распознавать механическую желтуху желчно-каменной природы.
6. Распознавать клинику острого гнойного холангита.
7. Диагностировать желчный перитонит.
8. Составлять индивидуальный план (алгоритм) лабораторно-инструментального обследования больного, интерпретировать полученные результаты.
9. Читать и описывать результаты УЗ исследования печени и желчных путей.
11. Заполнять рабочую историю болезни.
12. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
13. Оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями
14. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий

1) Освоить практический навык «Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного с желтухой, интерпретировать полученные результаты», Освоить манипуляцию «Выполнять фистулографию при желчных свищах» по алгоритму»).

2) Цель работы: научить студентов составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты и освоить манипуляцию по выполнению фистулографии при желчных свищах.

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни, объективное обследование. Формулировка предварительного диагноза. На основании имеющихся данных: составить план обследования больного: лабораторные исследования, инструментальная диагностика. По полученным данным сформулировать окончательный диагноз и определить тактику лечения (консервативного или хирургического).

Алгоритм проведения фистулографии: подготовить набор для исследования (перчатки, шприц, перевязочный материал, зажим, водорастворимый контраст.

Место проведения: рентгенологический кабинет, режим исследования – рентгеноскопия.

Больной помещается на рентгеновский стол. Выясняется переносимость больным йодсодержащих препаратов. Надеваются стерильные перчатки. В шприц набирается 20 мл контраста. Проводящий исследование одевает защитный фартук. Шприц плотно соединяется с дренажной трубкой, выходящей из брюшной полости. Включается рентгеновский аппарат и экран. В дренаж под небольшим давлением вводится 2-3 мл контраста. На экране отслеживается правильность введения, отсутствие «экстравазатов», после чего вводится остальной контраст. Производится рентгеновский снимок в прямой и, при необходимости, в боковой проекции.

4) Результаты: получение снимка с тенью свищевого хода контрастным изображением внутри и внепеченочных желчных протоков.

5) Выводы: желчный свищ поддерживается (не закрывается самостоятельно) вследствие препятствия для оттока на уровне: общего печеночного протока, общего желчного протока вследствие А) обтурации камнем, Б) обтурации опухолью, В) рубцового стеноза.

3. Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач:

- сформулировать предварительный диагноз
- составить план обследования
- провести дифференциальный диагноз
- составить план лечения с написанием листа назначений и обоснования показания к операции и ее предварительному объему

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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. Инъекции спазмолитиков боли не сняли. При пальпации живота имеется напряжение брюшной стенки в правой половине. Из-за напряжения мышц живота желчный пузырь и печень не определяется.

В результате проведенной интенсивной терапии боли в правом подреберье стихли, напряжение брюшной стенки уменьшилось, постепенно стала исчезать желтуха. Лейкоцитоз $12,2 \times 10^9 /л$. Диастаза мочи 16 ЕД. Билирубин крови 56 мкмоль/л . Сахар крови $4,8 \text{ ммоль/л}$.

6. Ваш диагноз. ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.
7. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза? ОАК, ОАМ, билирубин, трансаминазы, ЩФ, ГГТП, холестерин, НВс, НСv, УЗИ, МРХРГ.
8. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? С другими видами желтух (данные лабораторных и инструментальных исследований), в группе механической желтухи: опухолевая и желчнокаменная (исходя из особенностей клиники и обследования).
9. Тактика хирурга. Продолжить консервативную терапию до полного исчезновения желтухи и клиники ОХ. В перспективе исходя из данных диагностики – операция в плановом порядке: эндоскопическая папиллотомия с литоэкстракцией с последующей лапароскопической холецистэктомией.
10. Перечислите методы интраоперационного исследования желчных путей. Осмотр, измерение диаметра и пальпация холедоха, интраоперационное УЗИ, зондирование, интраоперационная холангиография, холангиоманометрия.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

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. "Скорой помощью" была доставлена в отделение экстренной хирургии. Подобные боли, меньшей интенсивности, отмечает в течение 2 лет. Боли быстро купировались Но-Шпой К врачу не обращалась, не обследовалась. Страдает ожирением, мать оперирована по поводу калькулезного холецистита.

Состояние средней тяжести. Склеры желтой окраски. Пульс 98 уд.в мин. Температура тела $37,9^{\circ}\text{C}$. Язык покрыт белым налетом. Живот напряжен, резко болезненный в правом подреберье. Перистальтика равномерная, ослаблена. Симптомы Ортнера, Кера, Образцова, Мюсси-Георгиевского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень у края реберной дуги.

В крови лейкоцитов $13,4 \times 10^9$, 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 флегмонозно измененный желчный пузырь, холедох диаметром до 15 мм, из просвета его через культю пузырного протока поступает мутная желчь с хлопьями и примесью песка.

1. Ваш диагноз?
2. Принципы консервативной терапии, которая проводилась больной.
3. Методы интраоперационного исследования желчевыводящих путей.
4. Дальнейшая хирургическая тактика.
5. Перечислите способы внутреннего дренирования желчных путей.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Анатомическое строение желчевыводящей системы, функции желчи.
2. Классификация острого холецистита (паталогоанатомическая и клиническая).
3. Перечислите осложнения острого холецистита.
4. Опишите клиническую картину водянки желчного пузыря. Укажите причины возникновения данного осложнения. Хирургическая тактика.
5. УЗ-диагностические критерии водянки желчного пузыря, хирургическая тактика.
6. Опишите клиническую картину эмпиемы желчного пузыря. Укажите причины возникновения данного осложнения.
7. Инструментальная и лабораторная диагностика эмпиемы ж/пузыря, хирургическая тактика.
8. Что такое опулопузырный инфильтрат, причины его формирования, особенности клиники.
9. В чем состоит опасность для хирурга во время холецистэктомии при наличии околопузырных инфильтратов. Основные технические приемы, позволяющие избежать повреждения элементов ПДС во время холецистэктомии.
10. Причины формирования пузырно-кишечных свищей, с какими органами чаще всего формируются билиодигестивные свищи. Каковы возможные последствия пузырно-кишечных свищей. Клиника желчно-каменной кишечной непроходимости.
11. Хирургическое лечение кишечных билиодигестивных свищей.
12. Опишите механизм возникновения холедохолитиаза. Какие варианты расположения камней в желчных протоках вы знаете.
13. Опишите клинко-лабораторную картину острого холецистита, осложненного механической желтухой. Предоперационная подготовка, хирургическая тактика. Методы временной разгрузки билиарного дерева (холецистостома, чрескожные холангиостомы, назобиларное дренирование).
14. Охарактеризуйте клиническую картину острого гнойного холангита (триада Шарко).
15. Особенности оперативного вмешательства при остром холецистите, осложненном гнойным холангитом, способы дренирования желчных протоков при холангите.
15. Опишите клинические особенности желчного перитонита. В чем отличие клиники желчного перитонита от перитонитов, вызванных перфорацией полых органов.
16. Этапы операции при желчном перитоните. Осложнения желчного перитонита.
17. Охарактеризуйте основные этапы дренирующих операций на желчных путях (ХДА, трансдуоденальная и эндоскопическая папиллотомия), преимущества и недостатки отдельных видов операций.
18. Медико-социальная экспертиза и прогноз.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Вопрос

Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?

35. Ответы:

1. рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей
2. холедохолитиаз *
3. рак головки поджелудочной железы
4. эхинококко печени
5. метастазы в печень опухолей

2. Вопрос

Больной 76 лет поступил в клинику на седьмые сутки от начала заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, слабость, повторную рвоту, повышение температуры тела до 38°C. При осмотре общее состояние средней тяжести. Бледен, пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь, в правом подреберье отмечается напряжение мышц брюшной стенки. Страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом. Какой метод лечения предпочтителен?

36. Ответы:

1. экстренная операция - холецистэктомия *
2. лапароскопическая холецистэктомия в экстренном порядке
3. комплексная консервативная терапия
4. микрохолецистостомия под контролем УЗИ
5. дистанционная волновая литотрипсия

3. Вопрос

Больная 56 лет, длительное время страдающая желчнокаменной болезнью, поступила на 3-и сутки от начала обострения заболевания. Проведение комплексной консервативной терапии не привело к улучшению состояния больной. По мере наблюдения отмечено значительное вздутие живота, схваткообразный характер болей, повторная рвота с примесью желчи. При рентгенографии брюшной полости пневматоз тонкой кишки, аэрохолия. Диагноз:

37. Ответы:

1. острый перфоративный холецистит, осложненный перитонитом
2. острый деструктивный холецистопанкреатит
3. динамическая непроходимость кишечника
4. желчнокаменная кишечная непроходимость *
5. острый гнойный холангит

4. Вопрос

Какое сочетание клинических симптомов соответствует синдрому Курвуазье?

38. Ответы:

1. увеличенный безболезненный желчный пузырь в сочетании с желтухой *
2. увеличение печени, асцит, расширение вен передней брюшной стенки
3. желтуха, пальпируемый болезненный желчный пузырь, местные перитонеальные явления
4. отсутствие стула, схваткообразные боли, появление пальпируемого образования брюшной полости
5. выраженная желтуха, увеличенная бугристая печень, кахексия

5. Вопрос

Какова хирургическая тактика при установленном диагнозе желчнокаменной непроходимости кишечника?

39. Ответы:

1. комплексная консервативная терапия в условиях реанимационного отделения
2. терапия в сочетании с эндоскопической декомпрессией тонкой кишки
3. срочное хирургическое вмешательство: холецистэктомия разделением билиодигестивного свища, энтеротомия, удаление конкремента *
4. срочное хирургическое вмешательство: холецистэктомия, удаление желчного конкремента
5. паранефральная блокада в сочетании с сифонной клизмой

6. Вопрос

Больной 70 лет оперирован в плановом порядке по поводу калькулезного холецистита. При интраоперационной холангиографии патологии не выявлено. На 3-и сутки после операции отмечено появление желтухи, боли в области правого подреберья с иррадиацией в спину, многократная рвота. Диагноз:

40. Ответы:

1. нагноение послеоперационной раны
2. острый послеоперационный панкреатит *
3. резидуальный холедохолитиаз
4. рубцовая стриктура холедоха
5. внутрибрюшное кровотечение

7. Вопрос

Больной 70 лет страдает частыми приступами калькулезного холецистита с выраженным болевым синдромом. В анамнезе два инфаркта миокарда, гипертоническая болезнь

Шб стадии. Два месяца назад перенес расс- тройство мозгового кровообращения. Какой метод лечения следует предпочесть?

41. Ответы:

1. отказаться от хирургического лечения, проводить консервативную терапию
2. холецистэктомия под в/венным наркозом с ИВЛ под прикрытием коронаролитиков, ганглиоблокаторов и интраоперационным кардиомониторингом *
3. холецистэктомия под перидуральной анестезией
4. холецистостомия под контролем УЗИ с санацией и облитерацией полости желчного пузыря
5. дистанционная волновая литотрипсия

8. Вопрос

Какой из методов дооперационного обследования является наиболее информативным при оценке патологии желчевыводящих путей?

42. Ответы:

1. внутривенная инфузионная холангиография
2. эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
3. чрезкожная чрезпеченочная холангиография
4. УЗИ *
5. пероральная холецистохолангиография

9. Вопрос

Больная 62 лет оперирована по поводу хронического калькулезного холецистита. Произведена холецистэктомия, дренирование брюшной полости. В течение первых суток после операции отмечено снижение артериального давления, уровня гемоглобина, бледность кожных покровов, тахикардия. Какое послеоперационное осложнение следует заподозрить?

43. Ответы:

1. инфаркт миокарда
2. тромбоэмболию легочной артерии
3. острый послеоперационный панкреатит
4. динамическую кишечную непроходимость
5. внутрибрюшное кровотечение *

10. Вопрос

Больная 55 лет, перенесшая 2 года назад холецистэктомию, поступила с клинической картиной механической желтухи. При ретроградной панкреатохолангиографии выявлен холедохолитиаз. Какой метод лечения предпочтителен?

44. Ответы:

1. эндоскопическая папиллосфинктеротомия
2. комплексная консервативная терапия
3. трансдуоденальная папиллосфинктеропластика *
4. холедохотомия с наружным дренированием холедоха
5. экстракорпоральная литотрипсия

11. Вопрос

Больным с неосложненным калькулезным холециститом чаще всего выполняют:

45. Ответы:

1. холецистостомию
2. холецистэктомию от шейки
3. холецистэктомию от дна
4. лапароскопическую холецистостомию *
5. холецистэктомию с дренированием холедоха по Холстеду*Пиковскому

12. Вопрос

После холецистэктомии чаще всего применяется дренаж:

46. Ответы:

1. по Робсону*Вишневскому
2. по Холстеду*Пиковскому

3. по Спасокукоцкому
4. по Керу
5. сочетанное дренирование по Пиковскому и Спасокукоцкому
6. по Холтеду-Пиковскому *

13. Вопрос

Интраоперационная холангиография абсолютно показана при всем, кроме:

47. Ответы:

1. наличия мелких камней в холедохе
 2. подозрения на рак большого дуоденального соска
 3. расширения холедоха
 4. механической желтухи в анамнезе
 5. отключенного желчного пузыря *
- 4). Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Подготовить рефераты на тему:

1. «Инструментальные методы исследования билиарного дерева»
2. «Холангит- клиника, диагностика, лечение»
3. «Постхолецистэктомический синдром как причина желтухи»
4. «Методы наружного дренирования желчных путей»
5. «Особенности течения ЖКБ у лиц пожилого и старческого возраста»
6. «Осложнения ЖКБ»
7. «Паравезикальные инфильтраты как причина повреждения желчных путей»
8. «Ошибки, приводящие к развитию ПХЭС»

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	Наличие в ЭБС
				в биб-лиотеке	
1	2	3	4	5	6
1.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов. В 2-х томах.	Под ред. В.С.Савельева	2009.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 1008с. (3-е изд.,испр).	50	Консультант студента
2.	«Хирургические болезни»	Под ред. академика РАМН А.Ф.Черноусова.	2010.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 664с.,илл.	99	-
3.	«Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг).	Н.В.Мерзликин,Н. А.Бражникова, Б.И.Аль-перович, В.Х. Цхай	2012.- «ГЭОТАР-Медиа».- 1014с.	18	Консультант студента

Дополнительная:

п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	Наличие в ЭБС
				в биб-лиотеке	
	2	3	4	5	7
1.	«80 лекций по хирургии».	В.С.Савельев	2008.- Триада-Х.	1	Электронная библиотека кафедры
2.	«Хирургическое лечение механической желтухи»	В.А. Бахтин, В.А. Янченко, С.М.	Киров, 2010		

Раздел 3. Заболевания органов брюшной полости

Тема 3.6: Язвенные и неязвенные желудочно-кишечные кровотечения. Портальная гипертензия.

Цель: На основе знаний о патофизиологических процессах, которые происходят в организме больного рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, консервативное и хирургическое лечение желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии; научить студентов распознавать особенности их клинической картины, проводить дифференциальную диагностику, освоить методы лабораторной и инструментальной диагностики, показания к различным методам лечения, хирургическую тактику и технику оперативных вмешательств при данной патологии.

Задачи:

- рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение язвенных и неязвенных желудочно-кишечных кровотечений;
- обучить студентов распознаванию их частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств.

Обучающийся должен знать:

Анатомо-физиологические особенности строения, кровоснабжения и иннервации желудка и двенадцатиперстной кишки.

Этиопатогенез желудочно-кишечных заболеваний.

Клинику желудочно-кишечных заболеваний.

Заболевания пищевода, при которых могут возникнуть желудочно-кишечные заболевания (злокачественные и доброкачественные опухоли, дивертикулы, язвенный эзофагит, инородные тела, околопищеводные грыжи, специфические и неспецифические заболевания).

Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, осложняющиеся желудочно-кишечными кровотечениями (злокачественные новообразования, доброкачественные неэпителиальные опухоли – лейомиомы, липомы, фибромы, нейрофибромы; полипы, дивертикулы, эрозивный гастрит, дуоденит, синдром Маллори-Вейса, туберкулез, сифилис, актиномикоз).

Болезни органов, прилежащих к желудку и двенадцатиперстной кишке, осложняющиеся желудочно-кишечными кровотечениями (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, абсцессы – проникающие в желудок или двенадцатиперстную кишку, опухоли брюшной полости – прорастающие в желудок или двенадцатиперстную кишку, кисты поджелудочной железы, калькулезный панкреатит, синдром Золлингера-Эллисона).

Болезни печени, желчных путей, селезенки и воротной вены, осложняющиеся желудочно-кишечными кровотечениями (цирроз печени, тромбоз воротной вены и её ветвей, опухоли печени, желчекаменная болезнь, травма печени).

Болезни сердца и сосудов, осложняющиеся желудочно-кишечными кровотечениями (атеросклероз и гипертоническая болезнь с разрывом склерозированных сосудов желудка и двенадцатиперстной кишки, разрывы аневризмы аорты, селезеночной артерии в просвет желудка или пищевода, болезнь Рандю-Ослера, узелковый периартериит).

Общие заболевания организма, сопровождающиеся желудочно-кишечными кровотечениями (ожоговая болезнь, инфекционные заболевания).

Геморрагические диатезы и болезни крови (гемофилия, лейкозы, болезнь Верльгофа, лимфогранулематоз).

Степени кровопотери, при желудочно-кишечных кровотечениях.

Методы обследования больных с желудочно-кишечными кровотечениями.

Дифференциальную диагностику желудочно-кишечных кровотечений.

Методы определения объема кровопотери.

Принципы консервативного лечения и хирургического лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями.

Вопросы оперативной хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки.

Вопросы трансфузиологии, переливание крови, ее компонентов и кровезаменителей.

Обучающийся должен уметь:

1. Квалифицированно проводить опрос, клиническое обследование больного, правильно оценивать общие и местные проявления заболевания с отображением специфических деталей, имеющих значение для постановки клинического диагноза и проведения дифференциального диагноза.
2. Распознавать клинические особенности ЖКК язвенной этиологии.
3. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
4. Правильно составлять план лабораторно-инструментального обследования больного в экстренных условиях выявленного ЖКК, интерпретировать полученные результаты.
5. Устанавливать по данным клиники, лабораторной и инструментальной диагностики степень тяжести ЖКК и его массивность.
6. Проводить дифференциальный диагноз между ЖКК язвенной этиологии и другими видами ЖКК.
7. Составлять план лечебных мероприятий, обосновывать показания к применению того или иного метода лечения в конкретной ситуации.
8. Катетеризировать мочевой пузырь.
9. Выполнять доступ к центральным венам (катетеризация подключичной вены).
10. Выполнять лапароцентез методом «шарящего катетера».
11. Определять показания и рассчитывать объем инфузионной и трансфузионной терапии.
12. Определять группы крови и резус-фактор различными способами.
13. Правильно проводить гемотрансфузию.
14. Правильно проводить контрольные пробы на совместимость при гемотрансфузии.
15. Определять необходимость и индивидуальный объем оперативного вмешательства в том или ином случае ЖКК язвенной этиологии.
16. Работать с медицинской документацией (клиническая история болезни, медицинская карточка, документация по гемотрансфузии).
17. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.
18. Ассистировать на операциях по поводу ЖКК язвенной этиологии.

Обучающийся должен владеть:

1. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
2. Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
3. Читать и описывать обзорный рентгеновский снимок брюшной полости, УЗИ и ФГДС
4. Заполнять рабочую историю болезни.
5. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
6. Выполнять постановку назогастрального зонда.
7. Участвовать в перевязках.
8. Оформлять выписной эпикриз и эпикриз на ВК, документы с соответствующими рекомендациями
9. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Анатомо-физиологические особенности кровоснабжения желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Определение понятия желудочно-кишечного кровотечения.
3. Классификация ЖКК.
4. Заболевания, приводящие к развитию язвенных желудочно-кишечных кровотечений.
5. Патогенез острой кровопотери.
6. Клинические симптомы язвенных ЖКК.
7. Особенности сбора анамнеза, жалоб, осмотра при ЖКК.
8. Диагностика ЖКК. Эндоскопическая классификация ЖКК по Форресту.

9. Дифференциальная диагностика ЖКК и язвенных кровотечений.
10. Дифференциальная диагностика «высоких» и «низких» ЖКК кровотечений.
11. Методы определения объема кровопотери при ЖКК.
12. Экстренная лечебно-диагностическая тактика врача: скорой мед. помощи, приемного покоя, хирургического стационара.
13. Консервативное лечение ЖКК язвенной этиологии (гемостатическая, инфузионно-трансфузионная, противоязвенная терапия). Эндоскопические методы гемостаза.
14. Показания к заместительной гемотрансфузии. Формулы расчета необходимого объема эритроцитарных сред.
15. Показания к хирургическому лечению ЖКК язвенной этиологии.
16. Методы хирургического лечения ЖКК язвенной этиологии.
17. Основные причины неязвенных ЖКК.
18. Особенности клиники при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода при портальной гипертензии.
19. Методы временной и окончательной остановки кровотечения из варикозных вен пищевода. Правила постановки зонда Блекмора.
20. Послеоперационное ведение больных с ЖКК язвенной этиологии.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий

1) Освоить практический навык «постановку назогастрального зонда».

2) Цель работы: научить студентов составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты и освоить манипуляцию по выполнению постановки назогастрального зонда.

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни, объективное обследование. Формулировка предварительного диагноза. На основании имеющихся данных: составить план обследования больного: лабораторные исследования, инструментальная диагностика. По полученным данным сформулировать окончательный диагноз и определить тактику лечения (консервативного или хирургического).

Алгоритм проведения постановки назогастрального зонда.

Инструменты: растворы антисептиков, назогастральный зонд стерильный одноразовый, местный анестетик (раствор новокаина 0,25%), цапки, стерильная система для вливаемых инфузий, стерильный раствор NaCl 0,9% 400 мл.

Место проведения: палата.

Больной находится в положении лежа. Выполняется анестезия носового хода. Производится УЗИ брюшной полости* (если это возможно). Надеваются стерильные перчатки. Обработывается операционное поле. Через носовой ход проводится назогастральный зонд диаметром 5 мм.

4) Результаты: Получение желудочного содержимого из назогастрального зонда.

5) Выводы: простая проба, не требующая специального инструментария в сомнительных случаях позволяет избежать ненужной операции или четко определить показания к ней.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

-сформулировать предварительный диагноз

-составить план обследования

-провести дифференциальный диагноз

-составить план лечения с написанием листа назначений и обоснования показаний к операции и ее предварительному объему

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная К., 47 лет жалуется на боли в эпигастральной области, возникающие через 30 минут после приема пищи, отрыжку "тухлым", горечь во рту, поносы. Считает себя больной в течение 10 лет, периодически лечилась у гастроэнтеролога по поводу хронического анацидного гастрита. В последние полгода беспокоят боли в эпигастрии, поносы, отрыжка. Последнее обострение 4 месяца назад сопровождалось кратковременным "черным стулом". Проведенное противоязвенное лечение и гемостатиче-

ская терапия ликвидировали признаки кровотечения, однако болевой синдром не уменьшился. После ФГДС направлена на консультацию к хирургу. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 76 в мин, АД - 140/90 мм рт ст. Живот участвует в дыхании, мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Положительный симптом Менделя. Анализ крови Эр - 4,3 млн, Нв - 120 г/л, лейкоциты - 5,1 тыс, тромбоциты - 230 тыс, СОЭ - 7 мм/ч. Белок - 67 г/л, билирубин 16 мкмоль/л, амилаза крови 24 (N до 32) Исследование желудочного сока - в натошачковой и базальной порциях свободная - 0, общая 12 ед, в стимулированной во всех порциях свободная 0 - 6 ед, общая 8-15 ед.

ФГДС пищевод проходим; желудок содержит большое количество пенистой желчи, слизистая бледно-розовая с явлениями атрофии и участками очаговой гиперплазии в антральном отделе; в субкардиальном отделе желудка на малой кривизне глубокий язвенный дефект до 3 см в диаметре с каллезными краями, дно язвы покрыто серым налетом - биопсия из края язвы; привратник зияет; двенадцатиперстная кишка без особенностей.

Рентгеноскопия желудка: пищевод без особенностей, после дачи взвеси бария на малой кривизне в субкардиальном отделе желудка определяется глубокая "ниша", размерами до 3 см, с подрывными краями; эвакуация бария по 12-п кишке резко замедлена с маятникообразными движениями контраста с рефлюксом его в желудок; через 30 мин весь барий в тонкой кишке

1. Ваш диагноз. Закрытая тупая травма живота с повреждением внутренних органов: разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение тяжелой степени тяжести, геморрагический шок 3 степени, постгеморрагическая анемия.
2. Механизм травмы, патогенетические изменения гомеостаза? Удар в левую половину живота, сдавление селезенки, разрыв капсулы и кровотечение в брюшную полость.
3. Лечебная тактика. Проведение противошоковых мероприятий параллельно с подготовкой к экстренной операции – спленэктомии, остановки кровотечения.
4. Степень шока, качественный и количественный состав инфузионно-трансфузионной терапии. Степень шока – III. Коллоидно-кристаллоидные растворы в венно струйно в центральную вену до стабилизации гемодинамики. После определения группы крови и резус-фактора – переливание и эрмассы. Объем: определяется исходя из показаний центральной гемодинамики (АД и ЦВД), а также диуреза.
5. Этапы и объем оперативного вмешательства. В срединная лапаротомия, удаление и реинфузия излившейся в живот крови (при отсутствии повреждений полых органов), ревизия брюшной полости, мобилизация селезенки, перевязка селезеночных сосудов, контроль гемостаза, санация и дренирование брюшной полости, ушивание операционной раны.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

В терапевтическое отделение ЦРБ к больному К. 32 лет, находящемуся на лечении по поводу язвенной болезни ДПК ночью медсестрой вызван дежурный врач.

На момент осмотра больной предъявлял жалобы на резко возникшую слабость, головокружение, сухость во рту, жажду, тошноту. Перечисленные симптомы возникли около часа назад.

Из анамнеза известно, что больной страдает язвенной болезнью ДПК в течение 5 лет, ежегодно проходит курс лечения по поводу обострений заболевания. Работает водителем большегрузных машин, курит в течение 15 лет. Последнюю неделю беспокоили сильные боли в эпигастриальной области и правом подреберьи, усиливающиеся в вечернее и ночное время. Утром беспокоила легкая слабость, головокружение, появление которых больной связывал с изменениями погоды, однако боли в животе прошли и в течение дня не беспокоили.

При осмотре – кожные покровы бледные, влажные. Красная кайма губ, конъюнктивы бледно-розового цвета, капилляры ногтевых пластинок после надавливания медленно заполняются кровью. В легких жесткое дыхание равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. АД 95/65. Пульс ритмичный, 97 в минуту. При осмотре живота определяется его умеренное вздутие, аускультативно – перистальтика несколько усилена. По заключению ФГДС, выполненной больному при поступлении, на задней стенке луковицы ДПК имеется глубокая язва размером 1 x 1,5 см.

Лабораторные тесты: эритроциты – $2,9 \times 10^{12}$ /л, Нв – 92 г/л, Нt – 28 %. При пальцевом исследовании прямой кишки - кал нормального цвета.

1. Какое осложнение ЯБ ДПК развилось у больного? Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
4. Какова дальнейшая тактика ведения больного.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Какие заболевания осложняются желудочно-кишечными кровотечениями.
2. Основные симптомы желудочно-кишечных кровотечений.
3. Что такое гематокрит и значение его при желудочно-кишечных кровотечениях.
4. Методы определения величины кровопотери.
5. Методы лабораторной диагностики желудочно-кишечных кровотечений.
6. Методы инструментальной диагностики желудочно-кишечных кровотечений.
7. Догоспитальная неотложная помощь при желудочно-кишечных кровотечениях.
8. Принципы активного консервативного лечения.
9. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение геморрагического эрозивного гастрита, осложненного желудочно-кишечным кровотечением.
10. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение рака пищевода, осложненного желудочно-кишечным кровотечением.
11. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение рака желудка, осложненного желудочно-кишечным кровотечением.
12. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение дивертикулов пищеварительного тракта, осложненного желудочно-кишечным кровотечением.
13. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение доброкачественных неэпителиальных опухолей пищеварительного тракта, осложненным желудочно-кишечным кровотечением.
14. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение синдрома Маллори-Вейсса, осложненного желудочно-кишечным кровотечением.
15. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение гемобилии, осложненной желудочно-кишечным кровотечением.
16. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение синдрома Золлингера-Эллисона, осложненного желудочно-кишечным кровотечением.
17. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение болезни Рандю-Ослера, осложненной желудочно-кишечным кровотечением.
18. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение лейкозов, осложненных желудочно-кишечным кровотечением.
19. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение болезни Верльгофа, осложненной желудочно-кишечным кровотечением.
20. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение гемофилии осложненной желудочно-кишечным кровотечением.
21. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка на почве портальной гипертензии, осложненного желудочно-кишечным кровотечением.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

4)Подготовить учебную историю болезни.

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	Наличие в ЭБС
				в биб-лиотеке	
1	2	3	4	5	6

1.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов. В 2-х томах.	Под ред. В.С.Савельева	2009.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 1008с. (3-е изд.,испр).	50	Консультант студента
2.	«Хирургические болезни»	Под ред. академика РАМН А.Ф.Черноусова.	2010.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 664с.,илл.	99	-
3.	«Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг).	Н.В.Мерзликин,Н.А.Бражникова, Б.И.Аль-перович, В.Х. Цхай	2012.- «ГЭОТАР-Медиа».- 1014с.	18	Консультант студента

Дополнительная:

п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров		Наличие в ЭБС
				в библиотеке	на кафедре	
	2	3	4	5	6	7
1.	«Болезни оперированного желудка». Учебное пособие.	В.А.Бахтин с соавт.	2010.-Киров.- 74с.	100	2	Электронная библиотека кафедры
2.	«Госпитальная хирургия».	Л.Н.Бисенков, В.М.Трофимов	2005.- Лань.-896с.	-	-	Электронная библиотека кафедры
3.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов.	Ю.В.Таричко	2007.- МИА.-784с.	-	-	-
4.	«80 лекций по хирургии».	В.С.Савельев	2008.- Триада-Х.	1	-	Электронная библиотека кафедры
5.	«Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости»	В.С.Савельев	2003.- Москва.	1	-	Электронная библиотека кафедры

Раздел 4.Эндокринная хирургия

Тема 4.1: Заболевания щитовидной железы и околощитовидных желез.

Цель: рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение заболеваний щитовидной железы; обучить студентов распознаванию ее частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств

Задачи:

- рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение заболеваний щитовидной железы;

- обучить студентов распознаванию ее частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств.

Обучающийся должен знать:

1. Базисные знания (до разбора темы):
 - анатомо-физиологические особенности строения, кровоснабжения и иннервации щитовидной железы;
 - химическая природа, синтез, транспорт, механизм действия, функции и регуляция секреции гормонов щитовидной железы;
 - патологоанатомическая характеристика изменений возникающих при развитии заболеваний щитовидной железы;
 - патофизиологические сдвиги возникающие в организме человека вследствие дисфункции щитовидной железы: тиреотоксикоз, гипотиреоз;
 - вопросы оперативной хирургии щитовидной железы.
2. Приобретенные знания (за время изучения темы):
 - классификацию заболеваний щитовидной железы;
 - эпидемиология заболеваний щитовидной железы, этиологические факторы, патогенез;
 - общие клинико-диагностические особенности заболеваний щитовидной железы;
 - дополнительные лабораторные и инструментальные методы диагностики;
 - хирургическая тактика при заболеваниях щитовидной железы;
 - показания и принципы консервативного лечения при заболеваниях щитовидной железы;
 - принципы хирургического лечения и этапы оперативных вмешательств на щитовидной железе;
 - этиологию, эпидемиологию, классификацию, клинику, диагностику и лечение: болезни Грейвса (диффузный токсический зоб), болезни Пламмера (узловой токсический зоб), эндемического зоба, абберантного зоба, тиреоидита (острого, подострого, хронического), опухолей щитовидной железы.
 - принципы послеоперационного ведения больных;
 - возможные послеоперационные осложнения (ранние и поздние) и методы их лечения.

Обучающийся должен уметь:

1. Квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
2. Распознавать степень увеличения щитовидной железы при осмотре и пальпации, наличие узлов в ней, смещение при глотании, признаки воспаления железы и регионарного венозного застоя.
3. Оценить клинические признаки местных осложнений в результате сдавления или инвазии соседних органов при заболеваниях щитовидной железы.
4. Установить гипертиреоз и степень тяжести тиреотоксикоза по общим (тахикардия, аритмия, тремор, потливость, похудание) и специфическим глазным симптомам (Грефе, Мебиуса, Дерлимпля, Штельвага, Кохера, Крауса).
5. Распознавать признаки озлокачествления при узловом зобе.
6. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
7. Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, правильно интерпретировать полученные результаты.

Обучающийся должен владеть:

3. Читать и описывать скенограммы, томограммы, УЗИ-снимки шеи для установки патологических изменений в строении и функции щитовидной железы.
4. Заполнять рабочую историю болезни.
5. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
6. Выполнять пункционную биопсию, знать методику правильного забора материала для цитологического исследования.
7. Собрать набор для трахеостомии и провести данную операцию.
8. Ассистировать на операциях по поводу заболеваний щитовидной железы.

9. Оказывать неотложную помощь при тиреотоксическом кризе, послеоперационном кровотечении, гипопаратиреозе.
10. Оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями.
11. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.
12. Планировать и проводить диспансерное наблюдение за больными с заболеваниями щитовидной железы в послеоперационный период.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
2. Распознавать степень увеличения щитовидной железы при осмотре и пальпации, наличие узлов в ней, смещение при глотании, признаки воспаления железы и регионарного венозного застоя.
3. Оценить клинические признаки местных осложнений в результате сдавления или инвазии соседних органов при заболеваниях щитовидной железы.
4. Установить гипертиреоз и степень тяжести тиреотоксикоза по общим (тахикардия, аритмия, тремор, потливость, похудание) и специфическим глазным симптомам (Грефе, Мебиуса, Дерлимпля, Штельвага, Кохера, Крауса).
5. Распознавать признаки озлокачествления при узловом зобе.
6. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
7. Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, правильно интерпретировать полученные результаты.
8. Читать и описывать скенограммы, томограммы, УЗИ-снимки шеи для установки патологических изменений в строении и функции щитовидной железы.
9. Заполнять рабочую историю болезни.
10. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
11. Выполнять пункционную биопсию, знать методику правильного забора материала для цитологического исследования.
12. Собрать набор для трахеостомии и провести данную операцию.
13. Ассистировать на операциях по поводу заболеваний щитовидной железы.
14. Оказывать неотложную помощь при тиреотоксическом кризе, послеоперационном кровотечении, гипопаратиреозе.
15. Оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями.
16. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.
17. Планировать и проводить диспансерное наблюдение за больными с заболеваниями щитовидной железы в послеоперационный период.

2. Практическая работа.

1) Освоить практический навык «Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты», Освоить манипуляцию «Пальпация щитовидной железы»).

2) Цель работы: научить студентов составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты и освоить манипуляцию по выполнению пальпации щитовидной железы.

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни, объективное обследование. Формулировка предварительного диагноза. На основании имеющихся данных: составить план обследования больного: лабораторные исследования, инструментальная диагностика. По полученным данным сформулировать окончательный диагноз и определить тактику лечения (консервативного или хирургического).

Алгоритм проведения пальпации щитовидной железы:

У здоровых людей щитовидная железа обычно не пальпируется, за исключением лиц (как правило, женщин) с очень худой шеей. Прощупываемая щитовидная железа свидетельствует чаще всего о той или иной степени ее увеличения. Существует три наиболее распространенных способа пальпации щитовидной железы.

При первом способе врач, находящийся спереди от больного, ставит согнутые II—V пальцы обеих кистей за задние края грудино-ключично-сосцевидных мышц, а большие пальцы располагает в области щитовидных хрящей несколько кнутри от передних краев упомянутых мышц. В момент пальпации больного просят сделать глоток, в результате чего щитовидная железа перемещается вместе с гортанью и проходит под пальцами врача. Перешеек щитовидной железы пальпируется с помощью скользящих движений пальцев в вертикальном направлении.

При втором способе пальпации врач располагается справа и чуть спереди от больного. Для лучшего расслабления мышц шеи больного просят слегка наклонить голову вперед. Ладонью левой руки врач фиксирует сзади шею больного, а пальцами правой руки проводит пальпацию щитовидной железы. При этом пальпация правой доли производится большим пальцем, а пальпация левой доли — сложенными вместе остальными пальцами.

При третьем способе пальпации щитовидной железы врач находится сзади больного. Большие пальцы рук устанавливает на задней поверхности шеи, а остальные пальцы располагает над областью щитовидных хрящей кнутри от передних краев грудино-ключично-сосцевидных мышц.

Если щитовидную железу удастся пропальпировать, то характеризуют ее размеры, поверхность, консистенцию, наличие узлов, подвижность при глотании, болезненность. Измеряют окружность шеи на уровне щитовидной железы, располагая сантиметровую ленту сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка, а спереди — на уровне наиболее выступающей области щитовидной железы. Размеры крупных узлов можно определить с помощью специального циркуля.

4) Результаты: выявление патологических изменений ткани щитовидной железы, установление степени зоба.

5) Выводы: Пальпация является ценным методом, помогающим в диагностике заболеваний щитовидной железы..

3. Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач:

-сформулировать предварительный диагноз

-составить план обследования

-провести дифференциальный диагноз

-составить план лечения с написанием листа назначений и обоснованияказания к операции и ее предварительному объему

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

В послеоперационной палате Ваше внимание привлекла б-я 40 лет, которой 4 часа назад была сделана операция субтотальная резекция щитовидной железы по поводу тиреотоксического зоба. Б-я жалуется на слабость, распирающие боли в области операционного шва, затрудненное глотание и дыхание, осиплость голоса, парестезии в кончиках пальцев кистей рук, чувство ползания мурашек, боли в мышцах предплечья.

При осмотре: асимметрия шеи за счет припухлости левой ее половины, мягкой консистенции, при удалении резиновых выпускников появилось кровянистое отделяемое. Обращает на себя внимание положительный симптом "руки акушера".

1. О каких осложнениях следует думать? Послеоперационное кровотечение с формированием напряженной гематомы и сдавлением трахеи и возвратного нерва.

2. Как можно уточнить Ваше предположение? УЗИ по экстренным показаниям, ревизия раны в палате.

3. Почему в послеоперационном периоде возникла осиплость голоса? Имеет место сдавление гематомой возвратного гортанного нерва со стороны кровотокающего сосуда.

4. В чем причина припухлости левой половины шеи и какова ее опасность? Припухлость связана с истечением крови в полость раны. В связи с замкнутостью полости и напряженностью гематомы имеется угроза сдавления трахеи и асфиксии (острой дыхательной недостаточности)

5. Ваша тактика в лечении больной. Больную следует экстренно взять в операционную, интубировать. Раз-

вести края раны, опорожнить гематому, выявить и устранить источник кровотечения, ушить рану, установив в нее резиновый выпускник.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Женщина 36 лет обратилась к терапевту с жалобами на деформацию шеи, создающую косметические неудобства. Объемное образование на передней поверхности шеи она заметила 6 месяцев назад. Связать его возникновение с чем-либо она не может. За истекшее время размеры образования не изменились. Самочувствие больной хорошее. Пациентка нормостенической конституции. Пульс ритмичный, 60/мин, АД 120/80 мм рт.ст.

Status localis: образование с четкими краями, размером около 20x30 мм, занимает переднюю и отчасти правую боковую поверхность шеи. Его нижняя граница на 1 см не достигает ярёмной вырезки грудины. Пальпаторно образование эластичное, смещается при глотании, с кожей не спаяно. Кожа над ним не изменена. Лимфатические узлы шеи не увеличены.

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать в данном случае?
2. Каков наиболее вероятный диагноз?
3. Какие необходимо провести обследования?
4. Какова лечебная тактика?
5. Какие осложнения могут развиваться после хирургического лечения?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля:

- Анатомо-физиологические особенности щитовидной железы. Хирургическая анатомия щитовидной железы.
- Классификация заболеваний щитовидной железы.
- Методы физикального обследования, лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний щитовидной железы.
- Врожденные аномалии развития щитовидной железы: аберрантный зоб – этиология, клиника, диагностика, лечение.
- Зоб – определение. Степени увеличения щитовидной железы. Эндемический и спорадический зоб. Одноузловой и полинодозный зоб. Аденома щитовидной железы: этиология, патогенез, клиника, диагностика. Показания к консервативному и хирургическому лечению, объем операции при одно и многоузловом зобе.
- Диффузный токсический зоб: этиология, патогенез, клиника, диагностика. Консервативное лечение ДТЗ. Показания к операции, виды операций.
- Осложнения операций на щитовидной железе. Неотложная помощь.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Вопрос

Для тиреотоксического криза характерно все, кроме:

48. Ответы:

1. потери сознания
2. симптома Хвостека
3. гипертермии
4. тахикардии
5. нервнопсихических расстройств

2. Вопрос

При тиреотоксикозе наблюдается:

49. Ответы:

1. уменьшение пульсового давления
2. патологическая мышечная слабость
3. светобоязнь
4. патологическая жажда
5. несахарное мочеизнурение

3. Вопрос

Осложнением не характерным для операций на щитовидной железе является:

50. Ответы:

1. кровотечение
2. воздушная эмболия
3. жировая эмболия
4. повреждение трахеи
5. поражение возвратного нерва

4. Вопрос

Для болезни Гревса - Базедова не характерно наличие:

51. Ответы:

1. зоба
2. тахикардии
3. экзофтальма
4. диастолического шума на верхушке сердца
5. все перечисленное характерно для данного заболевания

5. Вопрос

Гипокортицизму, сопутствующему тиреотоксическому зобу, не соответствует:

52. Ответы:

1. эозинофилия
2. адинамия
3. гиперплазия лимфоидного аппарата
4. увеличение пульсового давления
5. все перечисленное соответствует данному заболеванию

6. Вопрос

Наиболее частым осложнением струмэктомии является:

53. Ответы:

1. повреждение возвратного нерва
2. рецидив тиреотоксикоза
3. тетания
4. гипотиреоз
5. прогрессирующий экзофтальм

7. Вопрос

Сходство тиреотоксической аденомы и диффузного токсического зоба в том, что они:

54. Ответы:

1. вызывают декомпенсацию сердечной деятельности
2. поражают лиц одного возраста
3. часто дают экзофтальм
4. имеют одинаковую симптоматику тиреотоксикоза
5. все верно

8. Вопрос

Для выявления злокачественных опухолей щитовидной железы чаще всего применяется:

55. Ответы:

1. пробная эксцизия
2. пункционная биопсия толстой иглой
3. трепанобиопсия
4. определение титра антител к щитовидной железе
5. пункционная биопсия тонкой иглой

9. Вопрос

При 2а стадии рака щитовидной железы выполняют:

56. Ответы:

1. гемиструмэктомию с резекцией перешейки, в последующем прием тиреоидина
2. субтотальную резекцию щитовидной железы

3. операцию Крайля
4. экстракапсулярную тотальную струмэктомию
5. все неверно

4. Подготовить реферат на тему:

1. Гормоны щитовидной железы
2. Осложнения травм щитовидной железы.
3. Заболевания щитовидной железы. Зоб.
4. Результаты хирургического лечения с различными заболеваниями щитовидной железы.

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экз-земпляров	Наличие в ЭБС
				в биб-лиотеке	
1	2	3	4	5	6
1.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов. В 2-х томах.	Под ред. В.С.Савельева	2009.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».-1008с. (3-е изд.,испр).	50	Консультант студента
2.	«Хирургические болезни»	Под ред. академика РАМН А.Ф.Черноусова.	2010.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».-664с.,илл.	99	-
3.	«Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг).	Н.В.Мерзликин,Н.А.Бражникова, Б.И.Аль-перович, В.Х. Цхай	2012.-«ГЭОТАР-Медиа».-1014с.	18	Консультант студента

Дополнительная:

1. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез. ИПК «Вести» Санкт-Петербург, 2009 год.
2. Ветиев П.С., Балаболкин М.И., Петунина Н.О. «О показаниях к хирургическому лечению диффузного токсического зоба».-Хирургия.-2000, №8.-С.4-7.
3. «Болезни щитовидной железы» Под редакцией Бравермана Л.И. М.: Медицина.-2000.-417с.
4. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы.- Москва: «Медицина».-2001.-360с.
5. Клиническая эндокринология. Руководство для врачей. Под ред. профессора Н.Т. Старковой. М.: Медицина.-1991.-311с.
6. Болезни органов эндокринологической системы. Руководство по внутренним болезням. Под редакцией академика РАМН И.И.Дедова.-М.:Медицина.-2000.-565с.

Раздел 3. Заболевания органов брюшной полости

Тема 3.7: Травма живота.

Цель: На основе знаний о патофизиологических процессах, которые происходят в организме больного при травме живота, этиологии, клиники и принципах лечения больных с этой патологией уметь поставить и обосновать полный клинический диагноз, провести предоперационную подготовку, а в дальнейшем, в зависимости от клиники и операционных находок определить тактику хирургического лечения.

Задачи: рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение травм живо-

та; обучить студентов распознаванию ее частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств..

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы (базисные знания):

- Нормальную анатомию брюшной полости и забрюшинного пространства
- Нормальную и патофизиологию органов брюшной полости
- Строение брюшной стенки
- Топографическую анатомию живота
- Основные операции на органах брюшной полости...

2. После изучения темы:

1. классификацию абдоминальных травм;
2. клинико-диагностические критерии проникающих и непроникающих, открытых и закрытых повреждений живота;
3. клинико-диагностические критерии ушиба передней брюшной стенки;
4. клинико-диагностические критерии травм паренхиматозных органов;
5. клинико-диагностические критерии повреждений полых органов;
6. дополнительные методы диагностики;
7. хирургическую тактику при травмах живота;
8. показания и принципы консервативного лечения при травмах живота;
9. принципы хирургического лечения и этапы операции при травмах живота;
10. причины, частоту, классификацию, клинику, диагностику, лечение, хирургическую тактику, виды и объемы операций при повреждениях печени, селезенки, брыжейки кишки и сальника, желудка, ДПК, тонкой, ободочной, прямой кишки;

принципы послеоперационного ведения больных

Обучающийся должен уметь:

1. Квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
2. Распознавать проникающую и непроникающую травмы живота;
3. Распознавать ушиб передней брюшной стенки без повреждения внутренних органов.
4. Распознавать повреждение паренхиматозного органа брюшной полости.
5. Распознавать повреждение полого органа брюшной полости.
6. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
7. Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
8. Читать и описывать обзорный рентгеновский снимок брюшной полости.
9. Заполнять рабочую историю болезни.
10. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
11. Выполнять лапаросцентез методом «шарящего катетера».
12. Выполнять реинфузию крови.
13. Собирать систему для внутривенных инфузий.
14. Рассчитывать объем инфузионной терапии и назначать ее препараты.
15. Собирать набор инструментов и катетеризировать мочевого пузыря.
16. Ассистировать на операциях по поводу травм живота.
17. Определять группу крови и резус-фактор, проводить пробы на совместимость крови.
18. Оказывать неотложную помощь при закрытой и открытой травме живота.
19. Оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями
20. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы

Обучающийся должен владеть:

1. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
2. Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.

3. Читать и описывать обзорный рентгеновский снимок брюшной полости, УЗИ и КТ, ЭРХПГ, МРХПГ.
4. Заполнять рабочую историю болезни.
5. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
6. Выполнять фистулографию при желчных свищах.
7. Участвовать в перевязках.
8. Оформлять выписной эпикриз и эпикриз на ВК, документы с соответствующими рекомендациями
9. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Классификация травм живота
2. Общие вопросы диагностики травм живота.
3. Лабораторные методы диагностики.
4. Абдоминальный травматический шок.
5. Повреждения полых органов
6. повреждения желудка и дпк.
7. повреждения тонкой кишки.
8. повреждения толстой кишки.
9. Повреждения паренхиматозных органов
10. повреждения печени
11. повреждения селезенки
12. повреждения поджелудочной железы.
13. Повреждения брыжейки и сальника.
14. Забрюшинные кровоизлияния.
15. Повреждения диафрагмы
16. Контрольные вопросы.
17. Тесты и ситуационные задачи

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий

1) Освоить практический навык «Лапароцентез. Зондирование живота «шарящим катетером».

2) Цель работы: научить студентов составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты и освоить манипуляцию по выполнению лапароцентеза и проведения методики «шарящего катетера».

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни, объективное обследование. Формулировка предварительного диагноза. На основании имеющихся данных: составить план обследования больного: лабораторные исследования, инструментальная диагностика. По полученным данным сформулировать окончательный диагноз и определить тактику лечения (консервативного или хирургического).

Алгоритм проведения лапароцентеза и проведения методики «шарящего катетера» (с УЗИ наведением).

Инструменты: растворы антисептиков, стерильный шприц с иглой, местный анестетик (раствор новокаина 0,25%), цапки хирургические, троакар, стерильная система для в\венных инфузий, стерильный раствор NaCl 0,9% 400 мл.

Место проведения: чистая перевязочная или операционная.

Больной помещается на операционный стол. Выясняется переносимость больным препарата для местной инфильтрационной анестезии. Производится УЗИ брюшной полости* (если это возможно). Надеваются стерильные перчатки. Обработывается операционное поле вокруг места проведения лапароцентеза. Точка для пункции по умолчанию средняя линия живота на 2 см ниже пупка* (при наличии ультразвукового наведения – пункция производится над местом

скопления жидкости под брюшной стенкой). В шприц набирается 20 мл анестетика и после обработки операционного поля производится местная анестезия на всю толщу в точке прокола брюшной стенки. По бокам от предполагаемого места прокола на кожу накладываются две цапки и ассистент подтягивает кожу вверх. Остроконечным скальпелем производится разрез кожи 5 мм. на глубину не более 7 мм. В место разреза вводится троакар очень осторожно под углом 45° троакар продвигается вперед до ущущения провала. После чего стилет троакара извлекается, а через гильзу в живот вводится стерильная трубка от системы для в\в инфузий. К трубке подсоединяется шприц и производится аспирация из брюшной полости.

4) Результаты: При наличии патологического экссудата оценивается его характер. При отсутствии – в брюшную полость через трубку вводится 300-400 мл стерильного физраствора, после чего производится повторная аспирация. При наличии в шприце чистого физраствора проба отрицательна. При наличии примесей – положительная.

5) Выводы: простая проба, не требующая специального инструментария в сомнительных случаях позволяет избежать ненужной операции или четко определить показания к ней..

4. Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач:

-сформулировать предварительный диагноз

-составить план обследования

-провести дифференциальный диагноз

-составить план лечения с написанием листа назначений и обоснования показаний к операции и ее предварительному объему

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной К., 24 лет, при сбрасывании снега с крыши дома упал на забор. Основной удар пришелся на левое подреберье. Через 45 мин. 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 слабо 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.

1. Ваш диагноз. Закрытая тупая травма живота с повреждением внутренних органов: разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение тяжелой степени тяжести, геморрагический шок 3 степени, постгеморрагическая анемия.
2. Механизм травмы, патогенетические изменения гомеостаза? Удар в левую половину живота, сдавление селезенки, разрыв капсулы и кровотечение в брюшную полость.
3. Лечебная тактика. Проведение противошоковых мероприятий параллельно с подготовкой к экстренной операции – спленэктомии, остановки кровотечения.
4. Степень шока, качественный и количественный состав инфузионно-трансфузионной терапии. Степень шока – III. Коллоидно-кристаллоидные растворы в\венно струйно в центральную вену до стабилизации гемодинамики. После определения группы крови и резус-фактора – переливание и эрмассы. Объем: определяется исходя из показаний центральной гемодинамики (А\Д и ЦВД), а также диуреза.
5. Этапы и объем оперативного вмешательства. В\срединная лапаротомия, удаление и реинфузия излившейся в живот крови (при отсутствии повреждений полых органов), ревизия брюшной полости, мобилизация селезенки, перевязка селезеночных сосу-

дов, контроль гемостаза, санация и дренирование брюшной полости, ушивание операционной раны.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Для каждого больного с травмой живота, сопровождавшейся повреждением внутренних органов, выберите наиболее оптимальный способ завершения операции исходя из сложившейся ситуации:

1. Б-й 24 лет, при сбрасывании с крыши дома снега, упал на забор. Основной удар пришелся на левое подреберье. Доставлен бригадой скорой мед. помощи в хирургический стационар, с явлениями внутрибрюшного кровотечения. Экстеренно взят на операцию. При ревизии брюшной полости обнаружен одномоментный разрыв селезенки до ее ворот с профузным кровотечением из глубины раны.

2. Б-й 32 года, в уличной драке получил ножевое ранение в область мезогастрия. Госпитализирован в хирургическое отделение ЦРБ, через 6 часов после полученной травмы. Произведена экстренная лапаротомия, при ревизии брюшной полости обнаружено: резанная рана передней стенки антрального отдела желудка 2 на 0,5 см; в брюшной полости содержимое желудка с небольшой примесью крови.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
2. Ответить на вопросы для самоконтроля:
3. Приведите общие сведения о травме живота
4. Классификация травм живота
5. Составьте алгоритм диагностики при травме живота
6. Перечислите специальные методы диагностики травм живота
7. Как распределяются по агрессивности патологические жидкости при повреждении различных органов брюшной полости и забрюшинного пространства
8. Какие операции применяются при повреждениях тонкой кишки при ее повреждениях
9. Показания для наложения противоестественного ануса у больных с повреждениями толстой кишки .
10. Какие оперативные вмешательства выполняются при травматических повреждениях печени
11. Какие оперативные вмешательства выполняются при травматических повреждениях поджелудочной железы
12. Какие оперативные вмешательства выполняются при травматических повреждениях селезенки.
13. Какие группы симптомов возникают при повреждениях диафрагмы.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Вопрос

Сочетанное повреждение внутренних органов это:

57. Ответы:

- травма, обусловленная комбинацией повреждающих факторов
- повреждение двух и более внутренних органов в одной полости
- повреждение двух и более анатомо-функциональных образований
- повреждение внутренних органов и элементов опорно-двигательной системы *
- травма одного органа брюшной полости

2. Вопрос

Обследование пострадавшего с тупой травмой следует проводить, соблюдая правило "четырёх полостей", то есть прежде всего надо выявить повреждение органов, которые по частоте и значимости распределяются в такой последовательности:

58. Ответы:

- живот, череп, грудь, забрюшинное пространство
- череп, грудь, живот забрюшинное пространство
- забрюшинное пространство, череп, живот, грудь
- грудь, череп, живот, забрюшинное пространство
- череп, живот, грудь, забрюшинное пространство *

3. Вопрос

К патогномичным симптомам разрыва полого органа относят:

59. Ответы:

- симптом Гейнеке
- симптом "Ваньки-встаньки" *
- симптом Щеткина-Блюмберга *
- симптом Куленкампа
- симптом Ортнера

4. Вопрос

К симптомам внутрибрюшного кровотечения относят:

60. Ответы:

- симптом Щеткина слабо положительный
- резкая бледность кожи и слизистых
- положительный симптом Гейнеке
- в брюшной полости определяется свободная жидкость
- все перечисленное *

5. Вопрос

При диагностике травмы живота, динамическое исследование общего анализа крови рекомендуется проводить с интервалами между исследованиями:

61. Ответы:

- 1 сутки
- 12 часов
- 30-60 минут *
- 3-6 часов
- все неверно

6. Вопрос

Хирургическая операция при повреждении органов брюшной полости выполняется в строгой последовательности этапов:

62. Ответы:

- 1-ревизия органов брюшной полости; 2-реинфузия крови; 3-остановка кровотечения; 4-вмешательство на органах брюшной полости
- 1- ревизия органов брюшной полости; 2-остановка кровотечения; 3-вмешательство на органах брюшной полости; 4-реинфузия крови
- 1-остановка кровотечения; 2- ревизия органов брюшной полости; 3-реинфузия крови; 4-вмешательство на органах брюшной полости *
- 1- ревизия органов брюшной полости; 2-вмешательство на органах брюшной полости; 3-остановка кровотечения; 4-реинфузия крови
- все неверно

7. Вопрос

Б-й 24лет, при сбрасывании с крыши дома снега, упал на забор. Доставлен бригадой скорой мед. помощи в хирургический стационар. При осмотре: вынужденное положение на боку, с приведенными к животу ногами, бледность кожных покровов, неучастие брюшной стенки в акте дыхания, напряжение мышц передней брюшной стенки по левому флангу живота, в месте удара травмирующего агента, слабо положительный симптом Щеткина, положительный симптом Куленкампа, в брюшной полости определяется свободная жидкость. ЧСС- 120 уд. в мин., АД - 80\40 мм рт. ст. Эритроциты-2,5 на 10¹²/л; гемоглобин 72г/л. Дальнейшие действия хирурга:

63. Ответы:

- консервативно-выжидательная тактика
- экстренная операция, после непродолжительной предоперационной подготовки *
- перевод больного в реанимационное отделение
- динамическое наблюдение в течении 2 часов, при ухудшении состояния - оперативное лечение
- все неверно

8. Вопрос

Б-й 24лет, при заготовке сена упал со стога на ограду. Основной удар пришелся на левое подреберье. Доставлен бригадой скорой мед. помощи в хирургический стационар. При осмотре: вынужденное положение на боку, с приведенными к животу ногами, бледность кожных покровов, неучастие брюшной стенки в акте дыхания, напряжение мышц передней брюшной стенки по левому флангу живота, в месте удара травмирующего агента, слабо положительный симптом Щеткина, положительный симптом Куленкампа, в брюшной полости определяется свободная жидкость. ЧСС- 120 уд. в мин., АД - 80\40 мм рт. ст. Эритроциты-2,5 на 10¹²/л; гемоглобин 72г/л, лейкоцитоз не выражен. Повреждение каких органов может заподозрить хирург:

64. Ответы:

- разрыв желудка
- ушиб передней брюшной стенки
- подкапсульная гематома селезенки
- одномоментный разрыв селезенки с повреждением капсулы *
- разрыв печени с повреждением капсулы *

4). Подготовить рефераты на тему:

1. «Травматизм в России в 21 веке»
2. «Хирургическая тактика при различных повреждениях печени»
3. «Осложнения травм поджелудочной железы»
4. «Повреждение органов забрюшинного пространства»
5. «Повреждения ДПК»

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экз-земпляров	Наличие в ЭБС
				в биб-лиотеке	
1	2	3	4	5	6
1.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов. В 2-х томах.	Под ред. В.С.Савельева	2009.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 1008с. (3-е изд.,испр).	50	Консультант студента
2.	«Хирургические болезни»	Под ред. академика РАМН А.Ф.Черноусова.	2010.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 664с.,илл.	99	-
3.	«Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг).	Н.В.Мерзликин,Н.А.Бражникова, Б.И.Аль-перович, В.Х. Цхай	2012.- «ГЭОТАР-Медиа».- 1014с.	18	Консультант студента

Дополнительная:

1. Урман М. Г. «Травма живота» Пермь: ИПК «Звезда», 2003.- 259 с.
2. М. Ш. Хубутя, П. А. Ярцев, Г. В. Пахомова «Лапароскопия при травме живота» М., Миклош.-2010.-96с.
3. Соколов В.А. «Множественные и сочетанные травмы».-Гэотар-МЕДИА.-2006г.-512с.
4. Аникин Л.Н. «Полиатравма».-М.:МедПресс-информ, 2004.-176с.

Раздел 3. Заболевания органов брюшной полости

Тема 3.8: Ошибки и опасности в лечении острого аппендицита. ОКН

Цель: На основе знаний о патофизиологических процессах, которые происходят в организме больного при лечении острого аппендицита и острой кишечной непроходимости, этиологии, клиники и принципах лечения больных с этой патологией уметь поставить и обосновать полный клинический диагноз, провести предоперационную подготовку, а в дальнейшем, в зависимости от клиники и операционных находок определить тактику хирургического лечения.

Задачи:

рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение острого аппендицита и острой кишечной непроходимости; обучить студентов распознаванию ее частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы (базисные знания):

- анатомо-физиологические особенности строения, кровоснабжения и иннервации аппендикулярного отростка;
- клиническую симптоматику о. аппендицита;
- дифференциальную диагностику при о. аппендиците и особенности течения заболевания у различных возрастных групп;
- лечебную тактику при о. аппендиците;
- вопросы оперативной хирургии о. аппендицита
- причины ОКН
- патогенез ОКН
- классификацию ОКН.

2. После изучения темы:

- классификацию осложнений о. аппендицита;
- патофизиологические особенности развития осложнений о. аппендицита;
- клинико-диагностические критерии аппендикулярного инфильтрата;
- методы лабораторной и инструментальной диагностики, применяемые при подозрении на развитие аппендикулярного инфильтрата;
- основные принципы консервативной терапии аппендикулярного инфильтрата и показания к проведению хирургического лечения;
- клинико-диагностические критерии аппендикулярного абсцесса различной локализации;
- методы лабораторной и инструментальной диагностики, применяемые при аппендикулярном абсцессе;
- основные принципы хирургического лечения и виды оперативных вмешательств при аппендикулярных абсцессах;
- принципы послеоперационного ведения больных;
- возможные послеоперационные осложнения (ранние и поздние) и методы их лечения;
- клинико-диагностические критерии разлитого гнойного перитонита, как осложнения о. аппендицита;
- методы лабораторной и инструментальной диагностики, применяемые при развитии перитонита;
- основные принципы хирургического лечения перитонита аппендикулярной этиологии;
- принципы послеоперационного ведения больных;
- возможные послеоперационные осложнения (ранние и поздние) и методы их лечения;

- клинико-диагностические критерии пилефлебита, как осложнения о. аппендицита;
- методы лабораторной и инструментальной диагностики, применяемые при развитии пилефлебита;
- основные принципы лечения пилефлебита;
- принципы послеоперационного ведения больных;
- клиника, диагностика и лечение осложнений после аппендэктомии
- клинику ОКН в зависимости от вида и уровня непроходимости
- особенности диагностики ОКН
- предоперационную подготовку пред операциями по поводу ОКН
- виды операций в зависимости от вида ОКН.
- Особенности послеоперационного ведения больных оперированных по поводу ОКН
- Диспансеризация и прогноз.

Обучающийся должен уметь:

1. Квалифицированно проводить опрос, клиническое обследование больного, правильно оценивать общие и местные проявления заболевания с отображением специфических деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
2. Распознавать клинические особенности различных осложнений о. аппендицита и ОКН.
3. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
4. Составлять план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
5. Читать и описывать рентгенологические, УЗИ, КТ снимки.
6. Проводить дифференциальный диагноз между осложненным о. аппендицитом, ОКН и др. патологией брюшной полости.
7. Выполнять диагностический лапароцентез методом «шарящего катетера».
8. Составлять план лечебных мероприятий, обосновывать показания к применению того или иного метода лечения в конкретной ситуации.
9. Проводить полную и адекватную состоянию больного предоперационную подготовку.
10. Определять необходимость и индивидуальный объем оперативного вмешательства в том или ином случае осложнения о. аппендицита и ОКН.
11. Работать с медицинской документацией (клиническая история болезни, медицинская карточка).
12. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.
13. Ассистировать на операциях по поводу осложнений о. аппендицита и ОКН.

Обучающийся должен владеть:

1. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
2. Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
3. Читать и описывать обзорный рентгеновский снимок брюшной полости, УЗИ и КТ.
4. Заполнять рабочую историю болезни.
5. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
6. Выполнять диагностический лапароцентез методом «шарящего катетера».
7. Участвовать в перевязках.
8. Оформлять выписной эпикриз и эпикриз на ВК, документы с соответствующими рекомендациями
9. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Классификация острого аппендицита и ОКН
2. Общие вопросы диагностики острого аппендицита и ОКН.
3. Аппендикулярный инфильтрат (особенности клиники, диагностики, лечения).
4. Поддиафрагмальный абсцесс (особенности клиники, диагностики, лечения).
5. Тазовые абсцессы (особенности клиники, диагностики, лечения).

6. Межкишечные абсцессы (особенности клиники, диагностики, лечения).
7. Абсцессы забрюшинного пространства (особенности клиники, диагностики, лечения).
8. Перитонит как наиболее грозное осложнение о. аппендицита (клиника, диагностика, лечебная тактика).
9. Пилефлебит как осложнение о. аппендицита.
10. Послеоперационные осложнения (профилактика и лечебная тактика).
11. определение понятия ОКН.
12. Классификация ОКН
13. Патогенез ОКН
14. Клиника ОКН.
15. Алгоритм диагностики ОКН
16. Хирургическая тактика при ОКН.
17. Методы операций по поводу ОКН
18. Лабораторные методы диагностики.
19. Контрольные вопросы.
20. Тесты и ситуационные задачи

2. Практическая работа.

1) Освоить практический навык «Лапароцентез. Зондирование живота «шарящим катетером».

2) Цель работы: научить студентов составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты и освоить манипуляцию по выполнению лапароцентеза и проведения методики «шарящего катетера».

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни, объективное обследование. Формулировка предварительного диагноза. На основании имеющихся данных: составить план обследования больного: лабораторные исследования, инструментальная диагностика. По полученным данным сформулировать окончательный диагноз и определить тактику лечения (консервативного или хирургического).

Алгоритм проведения лапароцентеза и проведения методики «шарящего катетера» (с УЗИ наведением).

Инструменты: растворы антисептиков, стерильный шприц с иглой, местный анестетик (раствор новокаина 0,25%), цапки хирургические, троакар, стерильная система для в\венных инфузий, стерильный раствор NaCl 0,9% 400 мл.

Место проведения: чистая перевязочная или операционная.

Больной помещается на операционный стол. Выясняется переносимость больным препарата для местной инфильтрационной анестезии. Производится УЗИ брюшной полости* (если это возможно). Надеваются стерильные перчатки. Обработывается операционное поле вокруг места проведения лапароцентеза. Точка для пункции по умолчанию средняя линия живота на 2 см ниже пупка* (при наличии ультразвукового наведения – пункция производится над местом скопления жидкости под брюшной стенкой). В шприц набирается 20 мл анестетика и после обработки операционного поля производится местная анестезия на всю толщу в точке прокола брюшной стенки. По бокам от предполагаемого места прокола на кожу накладываются две цапки и ассистент подтягивает кожу вверх. Остроконечным скальпелем производится разрез кожи 5 мм. на глубину не более 7 мм. В место разреза вводится троакар очень осторожно под углом 45° троакар продвигается вперед до ощущения провала. После чего стилет троакара извлекается, а через гильзу в живот вводится стерильная трубка от системы для в\в инфузий. К трубке подсоединяется шприц и производится аспирация из брюшной полости.

4) Результаты: При наличии патологического экссудата оценивается его характер. При отсутствии – в брюшную полость через трубку вводится 300-400 мл стерильного физраствора, после чего производится повторная аспирация. При наличии в шприце чистого физраствора проба отрицательна. При наличии примесей – положительная.

5) Выводы: простая проба, не требующая специального инструментария в сомнительных случаях позволяет избежать ненужной операции или четко определить показания к ней.

3. Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач:

- сформулировать предварительный диагноз
- составить план обследования
- провести дифференциальный диагноз
- составить план лечения с написанием листа назначений и обоснования показания к операции и ее предварительному объему

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 50 лет, поступил в клинику через 7 часов от начала заболевания с жалобами на сваткообразные боли в животе, многократную рвоту, задержку стула и газов. Заболевание началось с возникновения схваткообразных болей в животе, затем присоединилась рвота. Несколько позже перестали отходить газы. В анамнезе 10 лет назад – лапаротомия по поводу перфоративной язвы ДПК. Объективно: пульс 105 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Язык сухой. Живот вздут, асимметричен. При пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной и пупочной областях. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Определяется симптом Склярова. Перистальтика кишечника не прослушивается.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости множественные чаши Клойбера.

У больного, перенесшего аппендэктомию, начиная с 5 суток, на фоне уменьшения локальной болезненности возникло ухудшение общего состояния: повышение температуры, гектический характер температурной кривой, повышение количества лейкоцитов. В глубине таза появились умеренные боли, преходящие дизурические явления, тенезмы.

1. Какое осложнение возникло у больного после аппендэктомии? Абсцесс дугласова пространства
2. С какого дополнительного метода исследования вы начнете выявление причины описанной выше картины? Пальцевое исследование прямой кишки.
3. Какие возможные ошибки хирург допустил во время аппендэктомии, в результате которых развилось данное осложнение? Недостаточная санация полости таза.
4. С помощью каких дополнительных методов исследования можно подтвердить диагноз? Пальцевое исследование прямой кишки. УЗИ органов брюшной полости и органов таза. Общий анализ крови.
5. Какая дальнейшая тактика лечения данного больного? Вскрытие абсцесса «по игле» скальпелем с ограничителем через переднюю стенку прямой кишки.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Больной 50 лет, поступил в клинику через 7 часов от начала заболевания с жалобами на сваткообразные боли в животе, многократную рвоту, задержку стула и газов. Заболевание началось с возникновения схваткообразных болей в животе, затем присоединилась рвота. Несколько позже перестали отходить газы. В анамнезе 10 лет назад – лапаротомия по поводу перфоративной язвы ДПК. Объективно: пульс 105 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Язык сухой. Живот вздут, асимметричен. При пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной и пупочной областях. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Определяется симптом Склярова. Перистальтика кишечника не прослушивается. На обзорной рентгенограмме брюшной полости множественные чаши Клойбера.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какова дальнейшая тактика лечения?
3. Укажите принципы предоперационной подготовки.
4. Какие лабораторные изменения можно ожидать?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Анатомо-физиологические особенности строения и расположения в брюшной полости аппендикулярного отростка.
2. Этиопатогенез развития о. аппендицита и его осложнений.
3. Особенности сбора анамнеза, жалоб, осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации при подозрении на осложненный о. аппендицит.
1. Дополнительные методы диагностики, применяемые при осложнениях о. аппенди-

цита (лабораторные и инструментальные).

2. Хирургическая тактика при осложнениях о. аппендицита (общие вопросы).
 3. Аппендикулярный инфильтрат (особенности клиники, диагностики, лечения).
 4. Поддиафрагмальный абсцесс (особенности клиники, диагностики, лечения).
 5. Тазовые абсцессы (особенности клиники, диагностики, лечения).
 6. Межкишечные абсцессы (особенности клиники, диагностики, лечения).
 7. Абсцессы забрюшинного пространства (особенности клиники, диагностики, лечения).
 8. Перитонит как наиболее грозное осложнение о. аппендицита (клиника, диагностика, лечебная тактика).
 9. Пилефлебит как осложнение о. аппендицита.
 10. Послеоперационные осложнения (профилактика и лечебная тактика).
 11. Динамическая кишечная непроходимость: причины, клиника, диагностика, лечебная тактика.
 12. Обтурационная кишечная непроходимость: клиника, диагностика, лечебная тактика.
- Виды операций.
13. Странгуляционная кишечная непроходимость: клиника, диагностика, лечебная тактика. Виды операций.
 14. Признаки нежизнеспособности кишки.
 15. Осмотр больных с ОА и ОКН в приемном отделении и палате.
 16. Определение показаний по степени срочности у больных с ОА и ОКН.
 17. Посещение отделения функциональной диагностики.
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания с ответами)

4) Подготовка рефератов на тему:

- «Анатомия и физиология червеобразного отростка»
- «Варианты расположения червеобразного отростка»
- «Дифференциальная диагностика ОА и заболеваний женских половых органов»
- «Дифференциальная диагностика ОА и урологических заболеваний»
- «Трудные случаи диагностики ОА (по материалам статей Интернета)»
- Работа с архивным материалом (истории болезни пациентов с ОА и ОКН).

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	Наличие в ЭБС
				в биб-лиотеке	
1	2	3	4	5	6
1.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов. В 2-х томах.	Под ред. В.С.Савельева	2009.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 1008с. (3-е изд.,испр).	50	Консультант студента
2.	«Хирургические болезни»	Под ред. академика РАМН А.Ф.Черноусова.	2010.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 664с.,илл.	99	-
3.	«Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг).	Н.В.Мерзликин,Н.А.Бражникова, Б.И.Аль-перович, В.Х. Цхай	2012.- «ГЭОТАР-Медиа».- 1014с.	18	Консультант студента

Дополнительная:

п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров		Наличие в ЭБС
				в библиотеке	на кафедре	
	2	3	4	5	6	7
1.	«Госпитальная хирургия».	Л.Н.Бисенков, В.М.Трофимов	2005.-Лань.-896с.	-		Электронная библиотека кафедры
2.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов.	Ю.В.Таричко	2007.-МИА.-784с.	-		-
3.	«Избранные лекции по гнойной хирургии».	В.Д.Федоров с соавт.	2005.-Москва.-407с.	-		Электронная библиотека кафедры
4.	«80 лекций по хирургии».	В.С.Савельев	2008.-Триада-Х.	1		Электронная библиотека кафедры
5.	«Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости»	В.С.Савельев	2003.-Москва.	1		Электронная библиотека кафедры

Раздел 3. Заболевания органов брюшной полости

Тема 3.9: Актуальные вопросы диагностики и лечения перитонита.

Цель: На основе знаний о патофизиологических процессах, которые происходят в организме больного при перитоните, этиологии, клиники и принципах лечения больных с этой патологией уметь поставить и обосновать полный клинический диагноз, провести предоперационную подготовку, а в дальнейшем, в зависимости от клиники и операционных находок определить тактику хирургического лечения.

Задачи:

рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение перитоните; обучить студентов распознаванию ее частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств..

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы (базисные знания):

- Нормальную анатомию брюшной полости и забрюшинного пространства
- Нормальную и патофизиологию органов брюшной полости
- Анатомические данные и физиологические свойства брюшины.
- Строение брюшной стенки
- Топографическую анатомию живота
- Основные операции на органах брюшной полости...

2. После изучения темы:

1. Классификацию перитонитов по этиологии, причинам возникновения, характеру течения, характеру возбудителя, выпота, распространенности, отграниченности, фазе течения.
2. Патогенез острого вторичного неспецифического инфекционного перитонита.
3. Клиническую картину острого перитонита по фазам его течения.
4. Особенности течения перитонита у детей, стариков, ослабленных больных, в послеопера-

ционном периоде.

5. Дифференциальную диагностику перитонитов.
6. Профилактические мероприятия для предупреждения возникновения перитонита.
7. Хирургическое лечение перитонитов (этапы операции, виды дренирования и показания к нему, перитонеальный лаваж, лапаростомия, планируемые лапароскопии).
8. Послеоперационное ведение больных с острым перитонитом.
9. Летальность в зависимости от сроков операции, возраста, вида перитонита.
10. Ограниченный перитонит, его формы в зависимости от локализации, лечение.
11. Пневмококковый, гонококковый перитонит.
12. Хронический перитонит, его этиология, формы, лечение.
13. Послеоперационные перитониты.
14. Абдоминальный сепсис, СПОН, системы оценки тяжести состояния.

Обучающийся должен уметь:

1. Квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
2. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
3. Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
4. Читать и описывать обзорный рентгеновский снимок брюшной полости.
5. Заполнять рабочую историю болезни.
6. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
7. Производить желудочное зондирование и декомпрессию желудка.
8. Выполнять реинфузию крови.
9. Собирать систему для внутривенных инфузий.
10. Рассчитывать объем инфузионной терапии и назначать ее препараты.
11. Собирать набор инструментов и катетеризировать мочевого пузыря.
12. Ассистировать на операциях по поводу перитонита.
13. Определять группу крови и резус-фактор, проводить пробы на совместимость крови.
14. Оказывать неотложную помощь при перитоните.
15. Оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями
16. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы

Обучающийся должен владеть:

1. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
2. Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
3. Читать и описывать обзорный рентгеновский снимок брюшной полости, УЗИ и КТ, ЭРХПГ, МРХПГ.
4. Заполнять рабочую историю болезни.
5. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
6. Производить желудочное зондирование и декомпрессию желудка.
7. Участвовать в перевязках.
8. Оформлять выписной эпикриз и эпикриз на ВК, документы с соответствующими рекомендациями
9. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Беседа по теме занятия.

1. Анатомические особенности брюшины.
2. Частота возникновения перитонитов.
3. Этиология перитонита.
4. Классификация перитонитов.

5. Патогенез перитонита.
6. Алгоритм лечения перитонита.
7. Лечение перитонита.
8. Общие вопросы диагностики перитонита
9. Лабораторные методы диагностики.
10. Контрольные вопросы.
11. Тесты и ситуационные задачи

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий

1) Освоить практический навык желудочное зондирование и декомпрессию желудка.

2) **Цель работы:** научить студентов составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты и освоить манипуляцию по выполнению желудочного зондирования и декомпрессию желудка.

3) **Методика проведения работы** (алгоритм освоения навыка): сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни, объективное обследование. Формулировка предварительного диагноза. На основании имеющихся данных: составить план обследования больного: лабораторные исследования, инструментальная диагностика. По полученным данным сформулировать окончательный диагноз и определить тактику лечения (консервативного или хирургического).

Алгоритм проведения желудочного зондирования и декомпрессии желудка.

Инструменты: 1) толстый желудочный зонд (длина 100-120 см, наружный диаметр 10-15 мм, на слепом конце два боковых отверстия, метки на расстоянии 45,55,65 см); 2) резиновая трубка 70 см; 3) стеклянная трубка «переходник» диаметром не менее 8 мм; 4) воронка; 5) вазелиновое масло; 6) таз промывных вод; 7) ведро с чистой водой 10-12 литров температурой 37-38⁰С; 8) литровая кружка; 9) роторасширитель, языкодержатель, металлический напальчник; 10) резиновые перчатки, клеёнчатые фартуки, полотенца. растворы антисептиков, стерильный шприц с иглой, местный анестетик (раствор новокаина)

Место проведения: чистая перевязочная или операционная.

Простерилизовать зонд: после очистки по струей воды погрузить в раствор порошка «Биолот» на 30 минут, затем кипятить в дистиллированной воде 30 минут с момента закипания. Собрать систему: зонд-стеклянная трубка-резиновая трубка (воронку после введения зонда. Надеть на себя фартук. Снять с больного вставные челюсти. Придать больному положение сидя на стуле, прислонившись к спинке с заведенными и зафиксированными за ней руками, слегка наклонив голову и широко открыв рот (к ногам поставить таз); в особых случаях положение, лежа на левом боку с опущенной ниже туловища головой. Встать сзади или сбоку от больного; II палец левой руки с напальчником ввести между коренными зубами больного, слегка отводя его голову назад. Если больной без сознания, после интубации трахеи (!), раскрыть рот роторасширителем, а язык захватить языкодержателем. Правой рукой тупой конец зонда, смазанный вазелиновым маслом или смоченный водой, ввести за корень языка (больной закрывает рот, глубоко дышит через нос и делает несколько глотательных движений); медленно продвигать зонд по пищеводу в желудок. У больного с утратой кашлевого и ларингеального рефлексов ввести зонд по задней стенке глотки. После введения зонда от резцов на глубину, равную росту больного в см минус 100; присоединить воронку и опустить её до уровня колен больного налить в неё не более 1 л раствора и постепенно медленно (!) поднять выше уровня рта. Когда вода дойдет до устья воронки, опустить её ниже исходного уровня и вылить содержимое в таз, при этом количество вышедшей воды должно примерно равняться количеству введенной. Как только жидкость перестанет вытекать из воронки, ее вновь наполнить раствором и повторить эту процедуру до «чистых вод» (8-10л воды). По окончании отсоединить воронку и извлечь зонд.

4) **Результаты:** При наличии патологического экссудата оценивается его характер. При отсутствии – в брюшную полость через трубку вводится 300-400 мл стерильного физраствора, после чего производится повторная аспирация. При наличии в шприце чистого физраствора проба отрицательна. При наличии примесей – положительная.

5) **Выводы:** простая проба, не требующая специального инструментария в сомнительных случаях позволяет избежать ненужной операции или четко определить показания к ней..

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

-сформулировать предварительный диагноз

-составить план обследования

-провести дифференциальный диагноз

-составить план лечения с написанием листа назначений и обоснования показаний к операции и ее предварительному объему

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

В хирургическое отделение поступила больная Н., 40 лет, через 3 суток от начала заболевания. При поступлении больная предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, над лоном, левой подвздошной области. Из анамнеза известно, что боли начались в эпигастрии и через несколько часов мигрировали в правую подвздошную область. Около 12 часов боли распространились на все нижние отделы живота. При осмотре общее состояние больной тяжелое, в сознании, кожные покровы пониженной влажности, язык сухой. Пульс 92 в минуту, АД 110/80 мм рт. ст. Живот умеренно вздут и напряжен в нижних отделах. Из-за напряжения мышц передней брюшной стенки исследование затруднено, пальпация в нижних отделах резко болезненна, определяются положительные симптомы раздражения брюшины.

1. Поставьте предварительный диагноз и укажите хирургическую тактику у данной пациентки. Деструктивный аппендицит, диффузный перитонит. Данной пациентке показано экстренное хирургическое вмешательство после комплексной предоперационной подготовки.
2. Обоснуйте характер и объем предоперационной подготовки в данном случае. Больной необходимо поставить зонд в желудок и эвакуировать содержимое, катетер в мочевой пузырь для учета почасового диуреза, катетеризировать центральную вену для проведения инфузий кристаллоидов коллоидов, 5% раствора глюкозы с инсулином, антибиотики широкого спектра действия внутривенно. Объем инфузии необходимо корректировать с учетом почасового диуреза, ЦВД и АД
3. Обоснуйте выбор доступа для выполнения хирургического вмешательства у данной пациентки. При наличии у пациента диффузного перитонита показана нижнесрединная лапаротомия, для того, чтобы устранить источник перитонита, провести адекватную санацию и дренирование брюшной полости
4. Выберите способ дренирования брюшной полости применительно к данному случаю. При диффузном перитоните адекватное дренирование брюшной полости достигается путем постановки перчаточных-трубчатых дренажей из двух точек.
5. Назначьте послеоперационное лечение. Постельный режим. Голод (до восстановления перистальтики кишечника). Ненаркотические анальгетики. Антибиотикотерапия (вначале эмпирическая, затем с учетом чувствительности микроорганизмов к антибиотикам). Восполнение водноэлектролитного баланса растворами кристаллоидов, коллоидов. Коррекция нарушений функций других органов и систем.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Больной М. 32 года в уличной драке получил ножевое ранение в живот. Госпитализирован бригадой СМП через 8 часов после полученной травмы с жалобами на постоянные резкие боли в животе разлитого характера. При поступлении состояние тяжелое. Черты лица заострены, глаза запавшие. Положение больного вынужденное на боку с приведенными к животу ногами. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс 120 уд. в мин., АД 80\50 мм. Рт. Ст. Живот уплощен. На передней брюшной стенке, в правой подвздошной области, незначительно кровоточащая, через которую отделяется скудное жидкое отделяемое с характерным каловым запахом. Брюшная стенка в акте дыхания не участвует, напряжена. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перистальтика не выслушивается, газы не отходят. При пальцевом ректальном исследовании – болезненность и нависание передней стенки прямой кишки. ОАК: эритроциты $5,5 \times 10^{12}$ \л, гемоглобин 136 г\л, гематокрит 56%, лейкоцитов 16×10^9 \л.

Ваш диагноз?

Лечебная тактика?
Этапы и предполагаемый объем операции?
Принципы послеоперационного ведения больного?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
 2. Ответить на вопросы для самоконтроля:
 3. Как подразделяются перитониты по распространенности процесса?
 4. Что можно считать отграниченным перитонитом?
 5. Сколько областей брюшной полости поражается при местном перитоните?
 6. Что характерно для клиники перитонита?
 7. Какие фазы перитонита вы знаете?
 8. Какие симптомы выявляются при осмотре больных с перитонитом?
 9. Каким показанием к операции является тотальный перитонит?
 10. Какую терапию необходимо назначить больному с гнойным перитонитом в раннем послеоперационном периоде?
 11. Каким способом вскрывают межкишечный абсцесс?
 12. Какие перитониты встречаются наиболее часто в хирургии?
 13. Перечислите основные этапы операции при распространенном перитоните.
 14. Как протекает острый перитонит у детей?
 15. Как осуществляется выбор антибактериальной терапии при тяжелых формах перитонита в раннем послеоперационном периоде?
 16. Как вскрывают тазовый абсцесс?
 17. Перечислите причины вторичных перитонитов.
 18. Как классифицируют перитонит по характеру выпота?
 19. Сколько областей брюшной полости поражается при распространенном перитоните?
 20. Сколько областей брюшной полости поражается при тотальном перитоните?
 21. Какие симптомы характерны для перитонита?
 22. Каковы жалобы больных с острым перитонитом?
 23. Какие мероприятия необходимы во время операции по поводу перитонита?
 24. Какие антибактериальные препараты предпочтительнее применить у больного с острым перитонитом аппендикулярной природы?
 25. Какие методы детоксикации можно применить у больного с тотальным перитонитом?
 26. Какими способами вскрывают поддиафрагмальный абсцесс?
 27. Какой из абсцесов брюшной полости является самым благоприятным в плане диагностики и лечения?
 28. Что оказывает влияние на результаты микробиологических исследований при перитоните?
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания с ответами)

4) Подготовить рефераты на тему:

1. «Послеоперационные перитониты»
2. «Хирургическая тактика при перитоните»
3. «Осложнения перитонита»
4. «Абдоминальный сепсис, СПОН, системы оценки тяжести состояния»
5. «Хирургическое лечение перитонитов»

Рекомендуемая литература:

Основная:

№	Наименование	Автор (ы)	Год, ме-	Кол-во эк-	Наличие в
---	--------------	-----------	----------	------------	-----------

п/п			сто изда- ния	земпляров		ЭБС
				в	биб- лиотеке	
1	2	3	4	5		6
1.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов. В 2-х томах.	Под ред. В.С.Савельева	2009.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».-1008с. (3-е изд.,испр).	50		Консультант студента
2.	«Хирургические болезни»	Под ред. академика РАМН А.Ф.Черноусова.	2010.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».-664с.,илл.	99		-
3.	«Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг).	Н.В.Мерзликин,Н.А.Бражникова, Б.И.Аль-перович, В.Х. Цхай	2012.-«ГЭОТАР-Медиа».-1014с.	18		Консультант студента

Дополнительная:

п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров		Наличие в ЭБС
				в библиотеке	на кафедре	
	2	3	4	5	6	7
1.	«Госпитальная хирургия».	Л.Н.Бисенков, В.М.Трофимов	2005.-Лань.-896с.	-		Электронная библиотека кафедры
2.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов.	Ю.В.Таричко	2007.-МИА.-784с.	-		-
3.	«Избранные лекции по гнойной хирургии».	В.Д.Федоров с соавт.	2005.-Москва.-407с.	-		Электронная библиотека кафедры
4.	«80 лекций по хирургии».	В.С.Савельев	2008.-Триада-Х.	1		Электронная библиотека кафедры
5.	«Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости»	В.С.Савельев	2003.-Москва.	1		Электронная библиотека кафедры
6.	«Амбулаторная хирургия».	А.Б.Белевитин.	2011.-Москва.-712с.	1		Электронная библиотека кафедры

Раздел 3. Заболевания органов брюшной полости

Тема 3.10: Дифференциальная диагностика «острого живота»

Цель: На основе знаний о клинических проявлениях и диагностике основных острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, уметь провести дифференциальную диагностику их с терапевтической и гинекологической патологией, сопровождающуюся болью в животе

и определить тактику хирургического лечения.

Задачи:

рассмотреть клинику и диагностику основных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости: Обучить студентов умению выделять основные дифференциально-диагностические признаки, методам диагностики и лечения.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы (базисные знания):

- Нормальную анатомию брюшной полости и забрюшинного пространства
- Клинику основных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости
- Перечень терапевтических заболеваний, сопровождающихся болью в брюшной полости
- Перечень урологических заболеваний, протекающих с болью в брюшной полости
- Перечень гинекологических заболеваний, протекающих с болью в брюшной полости
- Основные методы дополнительных обследований.

2. После изучения темы:

1. клинико-диагностические критерии острых хирургических заболеваний органов брюшной полости;
2. клинико-диагностические критерии терапевтических заболеваний, сопровождающихся болью в животе;
3. клинико-диагностические критерии гинекологических заболеваний, сопровождающихся болью в животе;
4. клинико-диагностические критерии урологических заболеваний, сопровождающихся болью в животе;
5. дополнительные методы диагностики;
6. основные показания и принципы консервативного лечения острых хирургических заболеваний;
7. принципы хирургического лечения и основные этапы операций.

Обучающийся должен уметь:

1. Подробнейшим образом собрать анамнез у больных с болями в животе.
2. Квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
3. Распознавать терапевтические заболевания.
4. Распознавать урологические заболевания.
5. Распознавать гинекологические заболевания.
6. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
7. Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
8. Читать и описывать обзорный рентгенографический снимок брюшной полости.
9. Заполнять рабочую историю болезни.
10. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
11. Выполнять лапароцентез методом «шарящего катетера».
12. Выполнять реинфузию крови.
13. Собирать систему для в/в инфузий.
14. Оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями.
15. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Обучающийся должен владеть:

1. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
2. Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
3. Читать и описывать обзорный рентгеновский снимок брюшной полости, УЗИ и КТ.
4. Заполнять рабочую историю болезни.
5. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания к тому или иному методу обследования.

6. Выделять основные дифференциально-диагностические признаки, позволяющие исключить или подтвердить острую хирургическую патологию органов брюшной полости.
7. Оформлять выписной эпикриз и эпикриз на ВК, документы с соответствующими рекомендациями
8. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Структура и частота тдельных острых заболеваний органов брюшной полости.
2. Общие вопросы диагностики.
3. Лабораторные методы диагностики.
4. Рентгенологические методы диагностики.
5. Инструментальные методы диагностики.
6. Острый аппендицит – «обезьяна всех болезней»
7. Острый холецистит.
8. Острый панкреатит.
9. Острая кишечная непроходимость.
10. Ущемленные грыжи.
11. Осложнения ЯБЖ и ДПК.
12. Основные терапевтические заболевания.
13. Основные гинекологические заболевания.
14. Поясничной остеохондроз и боли в животе.
15. Урологические заболевания.

2. Практическая работа.

1) Освоить практический навык «Лапароцентез. Зондирование живота «шарящим катетером».

2) Цель работы: научить студентов составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты и освоить манипуляцию по выполнению лапароцентеза и проведения методики «шарящего катетера».

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни, объективное обследование. Формулировка предварительного диагноза. На основании имеющихся данных: составить план обследования больного: лабораторные исследования, инструментальная диагностика. По полученным данным сформулировать окончательный диагноз и определить тактику лечения (консервативного или хирургического).

Алгоритм проведения лапароцентеза и проведения методики «шарящего катетера» (с УЗИ наведением).

Инструменты: растворы антисептиков, стерильный шприц с иглой, местный анестетик (раствор новокаина 0,25%), цапки хирургические, троакар, стерильная система для в\венных инфузий, стерильный раствор NaCl 0,9% 400 мл.

Место проведения: чистая перевязочная или операционная.

Больной помещается на операционный стол. Выясняется переносимость больным препарата для местной инфильтрационной анестезии. Производится УЗИ брюшной полости* (если это возможно). Надеваются стерильные перчатки. Обработывается операционное поле вокруг места проведения лапароцентеза. Точка для пункции по умолчанию средняя линия живота на 2 см ниже пупка* (при наличии ультразвукового наведения – пункция производится над местом скопления жидкости под брюшной стенкой). В шприц набирается 20 мл анестетика и после обработки операционного поля производится местная анестезия на всю толщу в точке прокола брюшной стенки. По бокам от предполагаемого места прокола на кожу накладываются две цапки и ассистент подтягивает кожу вверх. Остроконечным скальпелем производится разрез кожи 5 мм. на глубину не более 7 мм. В место разреза вводится троакар очень осторожно под углом 45% троакар продвигается вперед до ощущения провала. После чего стилет троакара извлекается, а через гильзу в живот вводится стерильная трубка от системы для в\в инфузий. К трубке подсоединяется шприц и производится аспирация из брюшной полости.

4) Результаты: При наличии патологического экссудата оценивается его характер. При отсут-

ствии – в брюшную полость через трубку вводится 300-400 мл стерильного физраствора, после чего производится повторная аспирация. При наличии в шприце чистого физраствора проба отрицательна. При наличии примесей – положительная.

5) Выводы: простая проба, не требующая специального инструментария в сомнительных случаях позволяет избежать ненужной операции или четко определить показания к ней..

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- сформулировать предварительный диагноз
- составить план обследования
- провести дифференциальный диагноз
- составить план лечения с написанием листа назначений.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной А. 43 г., страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, почувствовал интенсивные боли в верхних отделах живота. Обратился за медицинской помощью. Осмотрен хирургом, проведено обследование. Выполнено: рентгенография брюшной полости на свободный газ, УЗИ брюшной полости, анализ крови и мочи. Патологии не выявлено. Диагноз – обострение язвенной болезни ДПК. Направлен на лечение к гастроэнтерологу. Назначена противоязвенная терапия. Кратковременное улучшение состояния. Сохраняющийся болевой синдром, повышение Т до 38,2 С, тошнота и рвота заставили вновь на 3 сутки от начала заболевания обратиться пациента к хирургу. Состояние тяжёлое. Кожа и видимые слизистые бледной окраски. Р – 124 в 1 мин. АД – 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот вздут. В акте дыхания участия не принимает. При пальпации болезненный и напряжённый во всех отделах. Положителен симптом Щёткина – Блюмберга по всему животу. Перкуторно печёночная тупость отсутствует, определяется тимпанит, притупление в отлогих местах. При аускультации выслушиваются патологические кишечные шумы – «шум падающей капли».

1) Ваш диагноз? Прикрытая перфоративная язва 12-перстной кишки. Перитонит.

2) Какое обследование необходимо было провести пациенту при первичном обращении к хирургу? Выполнить ЭГДС с последующим повторным рентгеновским снимком брюшной полости на свободный газ

3) Какие еще методы исследования, возможно, было применить для установления правильного диагноза при первичном обращении? Диагностическая лапароскопия

4) Какова лечебная тактика? Учитывая наличие трёх суточного перитонита и нарушение гемодинамических показателей, необходимо провести предоперационную подготовку и экстренную операцию.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Больная 36 лет доставлена в хирургический стационар с жалобами на постоянные, постепенно нарастающие боли внизу живота, возникшие у больной среди полного здоровья 8 часов назад. Объективно: определяется умеренное вздутие живота, разлитая болезненность в нижних отделах, умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки. Сомнительный симптом Щёткина – Блюмберга. Пульс - 100 в минуту. Лейкоцитоз – $15,0 \times 10^9/\text{л}$.

1) Ваш диагноз?

2) План обследования для подтверждения диагноза?

3) План лечения?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
2. Ответить на вопросы для самоконтроля:
 1. Приведите общие сведения о травме живота
 2. Классификация травм живота
 3. Составьте алгоритм диагностики при травме живота
 4. Перечислите специальные методы диагностики травм живота

5. Как распределяются по агрессивности патологические жидкости при повреждении различных органов брюшной полости и забрюшинного пространства
6. Какие операции применяются при повреждениях тонкой кишки при ее повреждениях
7. Показания для наложения противоестественного ануса у больных с повреждениями толстой кишки .
8. Какие оперативные вмешательства выполняются при травматических повреждениях печени
9. Какие оперативные вмешательства выполняются при травматических повреждениях поджелудочной железы
10. Какие оперативные вмешательства выполняются при травматических повреждениях селезенки.
11. Какие группы симптомов возникают при повреждениях диафрагмы.

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	Наличие в ЭБС
				в библиотеке	
1	2	3	4	5	6
1.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов. В 2-х томах.	Под ред. В.С.Савельева	2009.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».-1008с. (3-е изд.,испр).	50	Консультант студента
2.	«Хирургические болезни»	Под ред. академика РАМН А.Ф.Черноусова.	2010.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».-664с.,илл.	99	-
3.	«Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг).	Н.В.Мерзликин,Н.А.Бражникова, Б.И.Аль-перович, В.Х. Цхай	2012.-«ГЭОТАР-Медиа».-1014с.	18	Консультант студента

Дополнительная:

1. Урман М. Г. «Травма живота» Пермь: ИПК «Звезда», 2003.- 259 с.
2. М. Ш. Хубутия, П. А. Ярцев, Г. В. Пахомова «Лапароскопия при травме живота» М., Миклош.-2010.-96с.
3. Соколов В.А. «Множественные и сочетанные травмы».-Гэотар-МЕДИА.-2006г.-512с.
4. Аникин Л.Н. «Полиатравма».-М.:МедПресс-информ, 2004.-176с.

Раздел 5.Поликлиническая хирургия

Тема 5.1: Амбулаторная хирургия. Амбулаторное лечение гнойных заболеваний мягких тканей.

Цель: На основе знаний о патофизиологических процессах, которые происходят в организме больного при гнойных заболеваниях мягких тканей, этиологии, клиники и принципах лечения больных с этой патологией уметь поставить и обосновать полный клинический диагноз, провести предоперационную подготовку, а в дальнейшем, в зависимости от клиники и операционных находок определить тактику хирургического лечения.

Задачи:

рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение гнойных забо-

леваний мягких тканей; обучить студентов распознаванию их частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств.

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы (базисные знания):

- . возбудителей гнойной инфекции
- .- фазы воспаления
- .- патогенетические изменения в очаге воспаления
- .- способы хирургического лечения гнойных ран
- .- Анатомию средостения, деление средостения на отделы и анатомические ориентиры их границ;
- . Органы средостения;
- . Причины возникновения мастита
- . вопросы организации амбулаторной хирургической помощи;
- . основные принципы работы хирурга в поликлинике.

2. После изучения темы:

- . перечень основных неотложных манипуляций и операций;
- . перечень плановых операций;
- . принципы диспансеризации больных в работе хирурга поликлиники;
- . показания к срочной и плановой госпитализации;
- . хирургическую деонтологию;
- . правила асептики и антисептики.
- . классификацию гнойной инфекции
- .- принципы антибактериальной терапии
- .- способы физиолечения
- .- Способы активного ведения гнойных ран
- .- определение понятия хирургический сепсис
- .- классификацию сепсиса
- .- клинику и диагностику сепсиса
- . Определение понятия медиастинит;
- . Особенности течения медиастинита;
- . Анатомо-физиологические особенности средостения, предрасполагающие к быстрому прогрессированию заболевания;
- . Классификацию медиастинитов по этиологическому фактору, клиническому течению, виду возбудителя, источнику;
- . Клиническую картину острого гнойного медиастинита;
- . Клинические синдромы острого гнойного медиастинита;
- . Дифференциально-диагностические критерии переднего и заднего медиастинита;
- . Методы диагностики медиастинита, особенности рентгенологической картины медиастинита в зависимости от фазы заболевания;
- . Этиологию и клинические особенности хронических медиастинитов
- . Принципы консервативного лечения медиастинитов
- . Показания к операции и способы хирургического лечения медиастинитов в зависимости от стадии и локализации.
- . Этиологию, клинику, диагностику, способы лечения и профилактику мастита
- . Прогноз, экспертизу.

Обучающийся должен уметь:

1. Квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
2. Распознавать клиническую картину острого гнойного медиастинита;
3. На основании клинической картины выделять клинические синдромы медиастинита;
4. Проводить дифференциальную диагностику переднего и заднего медиастинита;
5. Составлять индивидуальный план (алгоритм) лабораторно-инструментального обследования

- больного, интерпретировать полученные результаты.
6. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
 7. Назначить антибактериальную, инфузионную и дезинтоксикационную терапию с учетом патогенеза острого медиастинита .
 9. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
 11. Оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями
 12. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.
 13. Проводить обследование хирургического больного в амбулаторных условиях.
 14. Вести медицинскую документацию.
 15. Проводить основными способами обработку рук хирурга.
 - 16.Проводить футлярную анестезию по Вишневскому, проводниковую анестезию по Оберсту-Лукашевичу, межреберную анестезию, ретромаммарную новокаиновую блокаду, паравертебральную анестезию, паранефральную блокаду и др.
 - 17.Проводить лечение гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки.
 - 18.Проводить профилактику острой хирургической специфической инфекции.
 - 19.Проводить экспертизу временной потери трудоспособности.
 - 20.Заполнять посылный лист на МСЭК в связи с стойкой потерей трудоспособности.
 - 21.Проводить мероприятия направленные на диспансеризацию

Обучающийся должен владеть:

1. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
2. Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.
3. Читать и описывать обзорный рентгеновский снимок брюшной полости, УЗИ и КТ, ЭРХПГ, МРХПГ .
4. Заполнять рабочую историю болезни.
5. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
 6. .Проводить основными способами обработку рук хирурга.
 - 7..Проводить футлярную анестезию по Вишневскому, проводниковую анестезию по Оберсту-Лукашевичу, межреберную анестезию, ретромаммарную новокаиновую блокаду, паравертебральную анестезию, паранефральную блокаду и др.
 - 8.Проводить лечение гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки.
 - 9.Проводить профилактику острой хирургической специфической инфекции.
 - 10.Проводить экспертизу временной потери трудоспособности.
 - 11.Заполнять посылный лист на МСЭК в связи с стойкой потерей трудоспособности.
 - 12.Оформлять выписной эпикриз и эпикриз на ВК, документы с соответствующими рекомендациями
- 13 Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Структура хирургического отделения в поликлинике.
2. Оснащение хирургического отделения.
3. Перечень неотложных операций и манипуляций, производимых в хирургическом отделении поликлиники.
4. Перечень плановых операций.
5. Перечень и методика диагностических исследований, проводимых в амбулаторной хирургии.
6. Группы больных, подлежащих диспансерному наблюдению.
7. Показания к срочной госпитализации больных.
8. Показания к плановой госпитализации больных.
9. Сравнительная характеристика антисептических и химиотерапевтических средств.
10. Основные методы обработки рук хирурга.

11. Стерилизация инструментов и оптических приборов.
12. Стерилизация операционного белья, перевязочного материала.
13. Стерилизация шовного материала.
14. Методика обезболивания в амбулаторной хирургии.
15. Осложнения при проведении местной анестезии.
17. Относительные и абсолютные показания к операции.
18. Схема обследования амбулаторного больного.
19. Профилактика острой специфической хирургической инфекции.
20. Методика лечения гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий

1) Освоить фулярную анестезию по Вишневскому, проводниковую анестезию по Оберсту-Лукашевичу, межреберную анестезию, ретромаммарную новокаиновую блокаду, паравerteбральную анестезию, паранефральную блокаду и др.

2) Цель работы: научить студентов составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты и освоить манипуляцию фулярную анестезию по Вишневскому, проводниковую анестезию по Оберсту-Лукашевичу, межреберную анестезию, ретромаммарную новокаиновую блокаду, паравerteбральную анестезию, паранефральную блокаду.

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): технически простой и доступный в амбулаторных и полевых условиях способ терминальной анестезии доступа и зоны малых вмешательств на тканях и органах. Обезболивание малых операций в чистой (грыжесечение), гнойной (вскрытие абсцесса) и травматической (ПХО эпифасциальной раны) хирургии без существенных токсических побочных эффектов и системного воздействия на организм.

Инструменты: шприцы и иглы различного объема и длины, растворы анестетиков малой концентрации в достаточном объеме (новокаин, лидокаин, ультракаин), средства потенцирования анестезии (седации) и экстренной терапии анафилаксии, шока и гиповентиляции, лоток и полотенце у изголовья больного.

Место проведения: чистая перевязочная или операционная.

Больной помещается на операционный стол. Выясняется переносимость больным препарата для местной инфильтрационной анестезии. В операционной позе (преимущественно лежа) обрабатывается операционное поле и отграничивается стерильным бельем, после чего хирург готовый к операции создает по линии предполагаемого разреза тугой дермальный инфильтрат анестетиком типа «лимонной корочки», прося больного потерпеть производимую инъекцию («заморозку»). После смены иглы на более длинную последовательно инфильтрируется анестетиком подкожная клетчатка глубже поверхностной фасции. После дезинфекции кожи и контроля анестезии иглой производится кожный разрез в пределах зоны инфильтрации с иссечением части раствора в рану, чем снижается общерезорбтивный эффект препарата. Далее путем полой инфильтрации глубже лежащих тканей производится их обезболивание и последовательное рассечение до обнаружения объекта вмешательства или вступления в анатомическую полость. Операции на органах требуют инфильтрации их брызжеек и связочных препаратов, в которых проходят сосуды и нервы.

4) **Результаты:** достижение адекватного обезболивания, отсутствие болевой реакции в месте проведения анестезии.

5) **Выводы:** в сомнительных случаях позволяет избежать ненужной операции или четко определить показания к ней.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

-сформулировать предварительный диагноз

-составить план обследования

-провести дифференциальный диагноз

-составить план лечения с написанием листа назначений и обоснования показания к операции и ее предварительному объему

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пациент М., 43 лет, предъявляет жалобы на боли в области шеи распирающего характера, головную боль, тошноту. Болен в течение 5 дней. Объективно. Общее состояние средней тяжести, температура тела – 39, 20 С, язык сухой, обложен, пульс 96 уд./мин., ритмичный. На задней поверхности шеи, на границе роста волос имеется плотный болезненный инфильтрат размером 8х6 см. Кожа над ним гиперемирована, сине-багрового цвета в центре, здесь же имеется четыре точечных отверстия, из которых выделяется гной.

1. Поставьте предварительный диагноз. Карбункул задней поверхности шеи.
2. Обоснуйте диагноз. Диагноз поставлен на основании анамнеза, жалоб, объективных данных, наличия симптомов интоксикации.
3. Определите тактику ведения пациента. Пациент должен быть госпитализирован в гнойное хирургическое отделение для проведения хирургического лечения.
4. Составьте программу лечения пациента при данной патологии. Больному показана экстренная операция – вскрытие карбункула. В последующем проводят перевязки и лечение по принципам лечения гнойной раны. Общее лечение - антибактериальное, дезинтоксикационное, иммуностимулирующее, симптоматическое, общеукрепляющее.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

К хирургу обратилась женщина 38 лет, с жалобами на жгучую боль в области лица, недомогание, слабость, повышенную температуру тела, озноб, головную боль, тошноту. Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,20 С, пульс 86 уд./мин., ритмичный, ЧДД 22 в мин. При осмотре на коже левой половины лица яркая краснота с четко ограниченными зазубренными границами. Кожа в зоне воспаления резко болезненна, горячая на ощупь. Быстро нарастает отек губы, верхнего века

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику хирурга в данной ситуации.
4. Назовите принципы лечения данного заболевания

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Структура хирургического отделения в поликлинике.
2. Оснащение хирургического отделения.
3. Перечень неотложных операций и манипуляций, производимых в хирургическом отделении поликлиники.
4. Перечень плановых операций.
5. Перечень и методика диагностических исследований, проводимых в амбулаторной хирургии.
6. Группы больных, подлежащих диспансерному наблюдению.
7. Показания к срочной госпитализации больных.
8. Показания к плановой госпитализации больных.
9. Сравнительная характеристика антисептических и химиотерапевтических средств.
10. Основные методы обработки рук хирурга.
11. Стерилизация инструментов и оптических приборов.
12. Стерилизация операционного белья, перевязочного материала.
1. Стерилизация шовного материала.
2. Методика обезболивания в амбулаторной хирургии.
3. Осложнения при проведении местной анестезии.
17. Относительные и абсолютные показания к операции.
18. Схема обследования амбулаторного больного.
19. Профилактика острой специфической хирургической инфекции .
20. Методика лечения гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки

4). Подготовить рефераты на тему:

1. «Профилактика острой специфической хирургической инфекции»

2. «Хирургическая тактика при лечении медиастинита в зависимости от его локализации»
3. «Осложнения специфической хирургической инфекции»
4. «Консервативная терапия острого гнойного медиастинита»

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров		Наличие в ЭБС
				в библиотеке	в кафедре	
1	2	3	4	5		6
1.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов. В 2-х томах.	Под ред. В.С.Савельева	2009.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».-1008с. (3-е изд.,испр).	50		Консультант студента
2.	«Хирургические болезни»	Под ред. академика РАМН А.Ф.Черноусова.	2010.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».-664с.,илл.	99		-
3.	«Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг).	Н.В.Мерзликин,Н.А.Бражникова, Б.И.Аль-перович, В.Х. Цхай	2012.-«ГЭОТАР-Медиа».-1014с.	18		Консультант студента

Дополнительная:

п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров		Наличие в ЭБС
				в библиотеке	в кафедре	
	2	3	4	5		7
	«Госпитальная хирургия».	Л.Н.Бисенков, В.М.Трофимов	2005.-Лань.-896с.	-		Электронная библиотека кафедры
	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов.	Ю.В.Таричко	2007.-МИА.-784с.	-		-
	«Избранные лекции по гнойной хирургии».	В.Д.Федоров с соавт.	2005.-Москва.-407с.	-		Электронная библиотека кафедры
	«80 лекций по хирургии».	В.С.Савельев	2008.-Триада-Х.	1		Электронная библиотека кафедры

	«Амбулаторная хирургия».	А.Б.Белевитин.	2011.- Москва.- 712с.	1		Электронная библиотека кафедры
--	--------------------------	----------------	-----------------------------	---	--	--------------------------------

Составитель: А.В. Патласов

Составитель: Т.М. Шихова

Зав. кафедрой В.А. Бахтин

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

Кафедра Госпитальной хирургии

Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

**для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся
по дисциплине (модулю)**

**«Госпитальная хирургия. Детская хирургия.
Модуль Госпитальная хирургия».**

Специальность 31.05.01 Лечебное дело
Направленность (профиль) ОПОП - Лечебное дело

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		
ОК-1	Способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	З3. Принципы объединения симптомов в синдромы.	У3. Анализировать симптомы патологических процессов и заболеваний, устанавливать логическую взаимосвязь между этиологическим фактором и развитием патологического процесса, анализировать механизмы развития заболеваний и патологических процессов; обосновывать принципы терапии.	В3. Навыками составления схем патогенеза патологических процессов и заболеваний.	Разделы 1-5 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия) 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия) 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия. 5. Поликлиническая хирургия.	9-11 семестры
ОК-4	Способность действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за при-	З2. Основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, включая вопросы профессиональ-	У2. Принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.	В2. Способность осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и прини-	Разделы 1-5 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия) 2. Заболевания сердца и сосу-	9-11 семестры

	нятые решения	ной этики.		мать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности.	дов (сердечно-сосудистая хирургия) 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия. 5. Поликлиническая хирургия.	
ОПК-1	Готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности	33. Основные библиографические ресурсы, виды изданий	У3. Пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности. Применять возможности современных технологий, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологию для решения профессиональных задач	В3. Навыками использования информационных, библиографических ресурсов с целью получения научной информации и осуществления коммуникации в медицинском сообществе	Разделы 1-5 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия) 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия) 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия. 5. Поликлиническая хирургия.	9-11 семестры
ОПК-4	Способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	32. Основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.	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 с детьми и подростками, их родителями и родственниками.	Разделы 1-5 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия) 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия) 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия. 5. Поликлиническая хирургия.	9-11 семестры
ОПК-5	способностью и готовностью анализировать	31. Принципы доказательной медицины; дис-	У1. Осуществлять поиск решения профес-	В1. Способами совершенствования профессио-	Разделы 1-5 1. Заболевания органов груд-	9-11 семестры

	результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	циплинарную, административную, уголовную ответственность медицинских работников.	сиональных задач с использованием теоретических знаний и практических умений; предотвращать возможные врачебные ошибки.	нальной деятельности.	ной клетки (торакальная хирургия) 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия) 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия. 5. Поликлиническая хирургия.	
ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации	33. Правила оформления и схемы написания истории болезни, истории развития ребенка, направления в стационар, экстренного извещения, проведения противоэпидемических мероприятий и диспансерного наблюдения; системный подход к анализу медицинской информации.	У3. Заполнять направление в стационар, экстренное извещение в органы санэпиднадзора, историю болезни и историю развития ребенка. Составлять план диспансерного наблюдения и проведения профилактических мероприятий в очаге.	В3. Способностью оформлять историю болезни, истории развития ребенка, направления в стационар, экстренного извещения, проведения профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения в соответствии с установленными требованиями.	Разделы 1-5 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия) 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия) 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия. 5. Поликлиническая хирургия.	9-11 семестры
ОПК-11	готовностью к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	32. Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	У2. Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	В2. Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными.	Разделы 1-5 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия) 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия) 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия. 5. Поликлиническая хирургия.	9-11 семестры
ПК-2	способностью	31. Знать прин-	У1. Участвовать	В1. Методами	Разделы 1-5	9-11

	и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	ципы диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитацию пациентов.	в организации и оказании лечебно-профилактической помощи и реабилитационной помощи	ведения медицинской учётно-отчётной документации в медицинских организациях по вопросам профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществления диспансерного наблюдения	1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия) 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия) 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия. 5. Поликлиническая хирургия.	семестры
ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания или установления факта наличия или отсутствия заболевания	32. Современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных. Понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные основы болезней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	У2. Анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели жизнедеятельности здорового и больного организма с учетом возрастных особенностей. Определять функциональные, лабораторные признаки основных патологических процессов и состояний.	В2. Алгоритмом постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного, инструментального обследования пациентов; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.	Разделы 1-5 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия) 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия) 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия. 5. Поликлиническая хирургия.	9-11 семестры
ПК-6	способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Междуна-	33. Основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, си-	У3. Выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии	В3. Навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов	Разделы 1-5 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия) 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия) 3. Заболевания	9-11 семестры

	родной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.	стемам и организма в целом, закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	течения патологии по органам, системам организма целом, алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	органов брюшной полости. 4.Эндокринная хирургия. 5.Поликлиническая хирургия.	
ПК-11	готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	33. Принципы оказания первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях.	У3. Осуществлять противошоковые мероприятия; принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста; методами оказания первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях.	В3. Способами диагностики и лечения острой кровопотери, нарушения дыхания, остановки сердца, комы, шока.	Разделы 1-5 1.Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия) 2.Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия) 3.Заболевания органов брюшной полости. 4.Эндокринная хирургия. 5.Поликлиническая хирургия.	9-11 семестры

2.Критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описанные шкалы оценивания.

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Неудовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
ОК- 1 (3)						
Знать	Не знает принципы объедине-	Не в полном объеме знает	Знает принципы объедине-	Знает принципы объеди-	Устный опрос; тестовый кон-	Тест, собеседова-

	ния симптомов в синдромы	принципы объединения симптомов в синдромы, допускает существенные ошибки	ния симптомов в синдромы, допускает ошибки	нения симптомов в синдромы	троль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	ние
Уметь	Не умеет анализировать симптомы патологических процессов и заболеваний, устанавливать логическую взаимосвязь между этиологическим фактором и развитием патологического процесса, анализировать механизмы развития заболеваний и патологических процессов; обосновывать принципы терапии.	Частично освоено умение анализировать симптомы патологических процессов и заболеваний, устанавливать логическую взаимосвязь между этиологическим фактором и развитием патологического процесса, анализировать механизмы развития заболеваний и патологических процессов; обосновывать принципы терапии	Правильно анализирует симптомы патологических процессов и заболеваний, устанавливать логическую взаимосвязь между этиологическим фактором и развитием патологического процесса, анализировать механизмы развития заболеваний и патологических процессов; обосновывать принципы терапии, допускает ошибки	Самостоятельно анализирует симптомы патологических процессов и заболеваний, устанавливать логическую взаимосвязь между этиологическим фактором и развитием патологического процесса, анализировать механизмы развития заболеваний и патологических процессов; обосновывать принципы терапии	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
Владеть	Не владеет навыками составления схем патогенеза патологических процессов и заболеваний	Не полностью владеет навыками составления схем патогенеза патологических процессов и заболеваний	Способен использовать навыки составления схем патогенеза патологических процессов и заболеваний	Владеет навыками составления схем патогенеза патологических процессов и заболеваний	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
ОК-4 (2)						
Знать	Не знает основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, включая вопросы профессиональной этики.	Не в полном объеме знает основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, включая вопросы профессиональной этики допускает существенные ошибки	Знает основные основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, включая вопросы профессиональной этики допускает ошибки	Знает основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, включая вопросы профессиональной этики.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
Уметь	Не умеет принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.	Частично освоено умение принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести за них от-	Правильно анализирует, принимает адекватные решения в нестандартных ситуациях и	Самостоятельно принимает адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания;	Тест, собеседование

		ветственность	нести за них ответственность допускает ошибки	за них ответственность	написание учебной история болезни	
Владеть	Не владеет способностью осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности.	Не полностью владеет способностью осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности.	Способен использовать способность осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности.	Владеет способностью осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
ОПК-1 (3)						
Знать	Не знает основные библиографические ресурсы, виды изданий	Не в полном объеме знает основные библиографические ресурсы, виды изданий, допускает существенные ошибки	Знает основные библиографические ресурсы, виды изданий допускает ошибки	Знает основные библиографические ресурсы, виды изданий	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
Уметь	Не умеет самостоятельно пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности. Применять возможности современных технологий, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологию для решения профессиональных задач	Частично освоено умение самостоятельно пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности. Применять возможности современных технологий, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологию для решения профессиональных задач	Правильно анализирует, самостоятельно пользуется учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности. Применять возможности современных технологий, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологию для решения профессиональных задач допускает ошибки	Самостоятельно пользуется учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности. Применять возможности современных технологий, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологию для решения профессиональных задач	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
Владеть	Не владеет навыками использования ин-	Не полностью владеет навыками использова-	Способен использовать навыки ис-	Владеет навыками использова-	Устный опрос; тестовый контроль; решение	Тест, собеседование

	формационных, библиографических ресурсов с целью получения научной информации и осуществления коммуникации в медицинском сообществе	ния информационных, библиографических ресурсов с целью получения научной информации и осуществления коммуникации в медицинском сообществе	пользования информационных, библиографических ресурсов с целью получения научной информации и осуществления коммуникации в медицинском сообществе	ния информационных, библиографических ресурсов с целью получения научной информации и осуществления коммуникации в медицинском сообществе	ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной истории болезни	
ОПК -4 (2)						
Знать	Не знает основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.	Не в полном объеме знает основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками, допускает существенные ошибки	Знает основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками, допускает ошибки	Знает основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной истории болезни	Тест, собеседование
Уметь	Не умеет 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.	Частично освоено умение 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.	Правильно анализирует, соблюдает 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. допускает ошибки	Самостоятельно соблюдает 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.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной истории болезни	Тест, собеседование
Владеть	Не владеет принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты	Не полностью владеет принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты	Способен использовать принципы врачебной деонтологии и врачебной этики; соблюдать этические аспекты	Владеет принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учеб-	Тест, собеседование

	врачебной деятельности в общении с детьми и подростками, их родителями и родственниками.	врачебной деятельности в общении с детьми и подростками, их родителями и родственниками.	врачебной деятельности в общении с детьми и подростками, их родителями и родственниками.	этические аспекты врачебной деятельности в общении с детьми и подростками, их родителями и родственниками.	ной история болезни	
ОПК-5 (1)						
Знать	Фрагментарные знания принципов доказательной медицины; дисциплинарную, административную, уголовную ответственность медицинских работников.	Общие, но не структурированные знания принципов доказательной медицины; дисциплинарную, административную, уголовную ответственность медицинских работников	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания принципов доказательной медицины; дисциплинарную, административную, уголовную ответственность медицинских работников	Сформированные систематические знания принципов доказательной медицины; дисциплинарную, административную, уголовную ответственность медицинских работников	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение осуществлять поиск решения профессиональных задач с использованием теоретических знаний и практических умений; предотвращать возможные врачебные ошибки	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение осуществлять поиск решения профессиональных задач с использованием теоретических знаний и практических умений; предотвращать возможные врачебные ошибки	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение осуществлять поиск решения профессиональных задач с использованием теоретических знаний и практических умений; предотвращать возможные врачебные ошибки	Сформированное умение осуществлять поиск решения профессиональных задач с использованием теоретических знаний и практических умений; предотвращать возможные врачебные ошибки	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
Владеть	Фрагментарное применение способов совершенствования профессиональной деятельности.	В целом успешное, но не систематическое применение способов совершенствования профессиональной деятельности	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение способов совершенствования профессиональной деятельности	Успешное и систематическое применение способов совершенствования профессиональной деятельности	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
ОПК-6 (1)						
Знать	Фрагментарные знания правил ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях. Нормативно-	Общие, но не структурированные знания правил ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских орга-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания правил ведения типовой учетно-отчетной медицинской до-	Сформированные систематические знания правил ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история бо-	Тест, собеседование

	правовую документацию, принятую в здравоохранении.	низациях. Нормативно-правовую документацию, принятую в здравоохранении.	кументации в медицинских организациях. Нормативно-правовую документацию, принятую в здравоохранении.	в медицинских организациях. Нормативно-правовую документацию, принятую в здравоохранении.	лезни	
Уметь	Частично освоенное умение использовать в профессиональной деятельности нормативно-правовую документацию.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение использовать в профессиональной деятельности нормативно-правовую документацию.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение использовать в профессиональной деятельности нормативно-правовую документацию.	Сформированное умение использовать в профессиональной деятельности нормативно-правовую документацию.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
Владеть	Фрагментарное применение навыков современной техники оформления и ведения медицинской документации.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков современной техники оформления и ведения медицинской документации.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков современной техники оформления и ведения медицинской документации.	Успешное и систематическое применение навыков современной техники оформления и ведения медицинской документации.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
ОПК-11(2)						
Знать	Фрагментарные знания обязанностей врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	Общие, но не структурированные знания обязанностей врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания обязанностей врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	Сформированные систематические знания обязанностей врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение оказания лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оказания лечебно-диагностическую помощь	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оказания лечебно-диагностичес-	Сформированное умение оказания лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учеб-	Тест, собеседование

	строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций	больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций	скую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций	со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций	ной история болезни	
Владеть	Фрагментарное применение методов асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными.	В целом успешное, но не систематическое применение методов асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными.	Успешное и систематическое применение методов асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
ПК-2(1)						
Знать	Фрагментарные знания принципов диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитации пациентов.	Общие, но не структурированные знания принципов диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитации пациентов.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания принципов диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитации пациентов.	Сформированные систематические знания принципов диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитации пациентов.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение участия в организации и оказании лечебно-профилактической помощи и реабилитационной помощи	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение участия в организации и оказании лечебно-профилактической помощи и реабилитационной помощи	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение участия в организации и оказании лечебно-профилактической помощи и реабилитационной помощи	Сформированное умение участия в организации и оказании лечебно-профилактической помощи и реабилитационной помощи	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование

Владеть	Фрагментарное применение методов ведения медицинской учётно-отчётной документации в медицинских организациях по вопросам профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществления диспансерного наблюдения	В целом успешное, но не систематическое применение методов ведения медицинской учётно-отчётной документации в медицинских организациях по вопросам профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществления диспансерного наблюдения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение методов ведения медицинской учётно-отчётной документации в медицинских организациях по вопросам профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществления диспансерного наблюдения	Успешное и систематическое применение методов ведения медицинской учётно-отчётной документации в медицинских организациях по вопросам профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществления диспансерного наблюдения	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной истории болезни	Тест, собеседование
---------	--	--	--	---	---	---------------------

ПК-5 (2)

Знать	Фрагментарные знания современных методов клинического, лабораторного, инструментального обследования больных. Понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципов классификации болезней, основных понятий общей нозологии. Функциональных основ болезней и патологических процессов, их причин, основных механизмов развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	Общие, но не структурированные знания современных методов клинического, лабораторного, инструментального обследования больных. Понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципов классификации болезней, основных понятий общей нозологии. Функциональных основ болезней и патологических процессов, их причин, основных механизмов развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания современных методов клинического, лабораторного, инструментального обследования больных. Понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципов классификации болезней, основных понятий общей нозологии. Функциональных основ болезней и патологических процессов, их причин, основных механизмов развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	Сформированные систематические знания современных методов клинического, лабораторного, инструментального обследования больных. Понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципов классификации болезней, основных понятий общей нозологии. Функциональных основ болезней и патологических процессов, их причин, основных механизмов развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной истории болезни	Тест, собеседование
Уметь	Частично осво-	В целом успеш-	В целом	Сформиро-	Устный опрос;	Тест, со-

	енное умение анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели жизнедеятельности здорового и больного организма с учетом возрастных особенностей. Определять функциональные, лабораторные признаки основных патологических процессов и состояний.	ное, но не систематически осуществляемое умение анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели жизнедеятельности здорового и больного организма с учетом возрастных особенностей. Определять функциональные, лабораторные признаки основных патологических процессов и состояний.	успешное, но содержащее отдельные пробелы умение анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели жизнедеятельности здорового и больного организма с учетом возрастных особенностей. Определять функциональные, лабораторные признаки основных патологических процессов и состояний.	ванное умение анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели жизнедеятельности здорового и больного организма с учетом возрастных особенностей. Определять функциональные, лабораторные признаки основных патологических процессов и состояний.	тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной истории болезни	беседавание
Владеть	Фрагментарное применение навыков алгоритма постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного, инструментального обследования пациентов; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков алгоритма предварительного диагноза на основании результатов лабораторного, инструментального обследования пациентов; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков алгоритма постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного, инструментального обследования пациентов; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.	Успешное и систематическое применение навыков алгоритма предварительного диагноза на основании результатов лабораторного, инструментального обследования пациентов; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной истории болезни	Тест, беседавание
ПК- 6 (3)						
Знать	Фрагментарные знания основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам,	Общие, но не структурированные знания основных патологических симптомов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы основные патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических	Сформированные систематические знания основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клини-	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной истории болезни	Тест, беседавание

	<p>системам и организма в целом, закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний</p>	<p>течения патологии по органам, системам и организма в целом, закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний</p>	<p>дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний</p>	<p>ческих дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний</p>		
Уметь	<p>Частично освоенное умение выявления у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных</p>	<p>В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение выявления у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение выявления у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анали-</p>	<p>Сформированное умение выявления у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать за-</p>	<p>Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной истории болезни</p>	<p>Тест, собеседование</p>

	заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	ния различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	зировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний		
Владеть	Фрагментарное применение навыков выявления основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организму в целом, алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	В целом успешное, но не систематическое применение навыков выявления основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организму в целом, алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков выявления основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организму в целом, алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять	Успешное и систематическое применение навыков выявления основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организму в целом, алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностически	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной истории болезни	Тест, беседа

		жизни состояний	основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний	е мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний		
ПК-11 (3)						
Знать	Фрагментарные знания принципов оказания первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях.	Общие, но не структурированные знания принципов оказания первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания принципов оказания первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях	Сформированные систематические знания принципов оказания первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение осуществлять противошоковые мероприятия; принципов назначения адекватного лечения больных различного возраста; методов оказания первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение осуществлять противошоковые мероприятия; принципов назначения адекватного лечения больных различного возраста; методов оказания первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение осуществлять противошоковые мероприятия; принципов назначения адекватного лечения больных различного возраста; методов оказания первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях	Сформированное умение осуществлять противошоковые мероприятия; принципов назначения адекватного лечения больных различного возраста; методов оказания первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование
Владеть	Фрагментарное применение способов диагностики и лечения острой кровопотери, нарушения дыхания, остановки сердца, комы, шока.	В целом успешное, но не систематическое применение способов диагностики и лечения острой кровопотери, нарушения дыхания, остановки сердца, комы, шока	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение способов диагностики и лечения острой кровопотери, нарушения дыхания, остановки сердца, комы, шока	Успешное и систематическое применение способов диагностики и лечения острой кровопотери, нарушения дыхания, остановки сердца, комы, шока	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач; индивидуальные домашние задания; написание учебной история болезни	Тест, собеседование

2. Типовые контрольные задания и иные материалы

2.1. Примерные вопросы к экзамену, критерии оценки (ОК-1, ОК-4, ОПК-1,

ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-11)

1. Клиника острого аппендицита, дифференциальная диагностика.
2. Клинические формы острого аппендицита, особенности диагностики.
3. Особенности течения острого аппендицита у детей, беременных, лиц пожилого и старческого возраста.
4. Лечение острого аппендицита. Этапы операции, показания к дренированию и тампонаде брюшной полости.
5. Осложнения острого аппендицита: аппендикулярный инфильтрат, клиника, диагностика, лечение.
6. Осложнения острого аппендицита: поддиафрагмальный абсцесс, клиника, диагностика, лечение.
7. Осложнения острого аппендицита: тазовый абсцесс, клиника, диагностика, лечение.
8. Осложнения острого аппендицита: периаппендикулярный абсцесс, клиника, диагностика, лечение.
9. Грыжи. Определение. Этиология и патогенез. Классификация.
10. Паховые грыжи: классификация, клиника, диагностика, лечение.
11. Бедренные грыжи: классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
12. Пупочные грыжи: классификация, клиника, диагностика, лечение.
13. Грыжи белой линии живота: клиника, особенности диагностики, методы лечения.
14. Послеоперационные грыжи: особенности клиники, лечение.
15. Ущемлённые грыжи: механизмы, виды ущемления.
16. Клиническая диагностика ущемлённых грыж.
17. Ущемлённые грыжи: тактика врача при самопроизвольном вправлении. Осложнения при вправлении грыж.
18. Особенности оперативного лечения ущемленных грыж. Определение жизнеспособности кишки.
19. Гнойное воспаление грыжевого мешка: особенности клиники и лечебной тактики.
20. Желчнокаменная болезнь. Механизм образования желчных камней, этиологические факторы.
21. Желчнокаменная болезнь: классификация, методы диагностики.
22. Лечение желчнокаменной болезни: консервативное, малоинвазивное, оперативное.
23. Острый холецистит: этиология, патогенез, классификация.
24. Острый холецистит: клиника, диагностика. Особенности клиники острого бескаменного холецистита.
25. Осложнения острого холецистита: водянка желчного пузыря, эмпиема, механическая желтуха.
26. Осложнения острого холецистита: холангит, внутренние свищи.
27. Лечение острого холецистита: лечебная тактика, принципы хирургического лечения.
28. Методы и способы хирургического лечения острого холецистита. Итраоперационная ревизия желчных протоков.
29. Хирургические вмешательства на внепечёночных желчных протоках: показания к холедохотомии, методы её завершения. Показания к дренированию и тампонаде брюшной полости.
30. Острый панкреатит: определение, этиологические факторы, патогенез.
31. Классификация острого панкреатита, его осложнений. Клиника (фазы, периоды, синдромы).
32. Диагностика, дифференциальная диагностика острого панкреатита.
33. Принципы консервативного лечения острого панкреатита.
34. Показания к оперативному лечению острого панкреатита, объём оперативного вмешательства.
35. Острая кишечная непроходимость: классификация, этиологические факторы.
36. Острая кишечная непроходимость: звенья патогенеза, патофизиологические изменения в организме.
37. Острая кишечная непроходимость: клиника, диагностика.
38. Острая кишечная непроходимость: Лечебная тактика, задачи оперативного вмешательства, принципы послеоперационного лечения.
39. Стронгуляционные формы кишечной непроходимости: особенности клиники, лечения.
40. Опухолевая толстокишечная непроходимость, особенности клиники рака правой и левой половины толстой кишки, диагностика, лечение.
41. Ивангинация: механизм, формы, особенности клиники, лечение.
42. Болезнь Фаволи-Гиршпрунга, клиника, диагностика, лечение.
43. Дивертикулёз толстой кишки, классификация, клиника, лечение.
44. Неспецифический язвенный колит, теории патогенеза, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
45. Болезнь Крона. Классификация, клиника, патоморфологические особенности, лечение.
46. Ишемический колит, причины, клинические формы, диагностика, лечение.
47. Геморрой: классификация, клиника, лечение.
48. Парaproктиты: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
49. Выпадение прямой кишки: этиология, классификация, клиника, лечение.

50. Рак прямой кишки: классификация, клиника, диагностика, лечение.
51. Перитониты: классификация, этиология, патогенез.
52. Перитониты: клиника, диагностика.
53. Лечение перитонитов: предоперационная подготовка, этапы хирургического вмешательства.
54. Принципы послеоперационного ведения больных с перитонитом.
55. Туберкулёзный перитонит: клиника, диагностика, лечение.
56. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: определение теории этиопатогенеза, классификация.
57. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: клиника диагностика показания к хирургическому лечению.
58. Основные способы хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
59. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки: формы, клиника, диагностика, методы лечения.
60. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: клиника, диагностика, лечение.
61. Язвенные пилородуоденальные стенозы: патофизиологические изменения в организме, клиника в зависимости от стадии, диагностика, послеоперационная диагностика, виды оперативного вмешательства.
62. Классификация заболеваний щитовидной железы. Узловой зоб. Диагностика, методы лечения.
63. Диффузный токсический зоб. Этиопатогенез тиреотоксикоза. Клиника, консервативное лечение. Показания и объем оперативного лечения при токсическом зобе.
64. Оперативное лечение зоба, объем операции при различных его формах. Осложнения.
65. Дивертикулы пищевода. Клиника, диагностика, лечение. Язвенный эзофагит: клиника, диагностика, лечение.
66. Ахалазия кардии (кардиоспазм): классификация, клиника, диагностика, лечение.
67. Химические ожоги пищевода. Клиника. Первая помощь и лечение. Ранние и поздние осложнения.
68. Консервативное и хирургическое лечение рубцовых стриктур пищевода.
69. Патогенез, клиника, диагностика варикозного расширения вен нижних конечностей. Лечение (консервативное, склерозирующее, оперативное).
70. Этиология и патогенез посттромбофлебического синдрома нижних конечностей. Диагностика и методы лечения.
71. Дифференциальный диагноз заболеваний, приводящих к хронической венозной недостаточности нижних конечностей.
72. Этиология и патогенез острых тромбозов вен нижних конечностей. Клиническая картина заболеваний в зависимости от локализации поражения. Тактика и лечение.
73. Острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз. Клиника, диагностика, лечение.
74. Антикоагулянтная и фибринолитическая терапия острых венозных тромбозов.
75. Клиническая картина острых тромбозов поверхностных вен нижних конечностей.
76. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей. Клиническая картина, степени хронической артериальной непроходимости.
77. Лечение больных с облитерирующим атеросклерозом (консервативное, оперативное).
78. Облитерирующий эндартериит. Этиология, патогенез, клиническая картина.
79. Лечение больных с облитерирующим эндартериитом (консервативное, оперативное).
80. Острая артериальная непроходимость. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Стадии острой недостаточности кровообращения.
81. Острые артериальные тромбозы. Клиническая картина в зависимости от стадии недостаточности кровообращения.
82. Острая эмболия артерий конечностей. Клиническая картина в зависимости от стадии недостаточности кровообращения. Тактика. Лечение.
83. Постхолецистэктомический синдром. Клиника, диагностика, лечение.
84. Опухоли поджелудочной железы. Клиника, диагностика, лечение.
85. Хронический панкреатит, формы, клиника, лечение.
86. Кисты поджелудочной железы. Этиология диагностика, лечение.
87. Классификация желтух. Клиника. Лабораторная и инструментальная диагностика.
88. Причины механической желтухи. Клиника, диагностика, лечение.
89. Понятие высокой и низкой механической желтухи. Диагностика, хирургическая тактика.
90. Гидатидозный эхинококкоз печени. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
91. Альвеококкоз печени. Этиология, клиника, лечение.
92. Злокачественные опухоли печени. Клиника, диагностика, лечение.
93. Печёчно-клеточный рак. Клиника, диагностика, лечение.

94. Травма живота. Клиническая травма брюшной полости при повреждении паренхиматозных органов. Диагностика, лечение.
95. Особенности хирургии детского возраста. Заболевания, связанные с анатомической и морфологической незрелостью. Врачебная тактика при этих заболеваниях.
96. Детская ортопедия. Особенности обследования и лечения ортопедического больного.
97. Особенности костной системы у детей. Специфические виды переломов у детей. Особенности диагностики и заживления переломов. Общие принципы их лечения.
98. Пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
99. Спаечная кишечная непроходимость. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение.
100. Болезнь Гиршпрунга. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Лечение.
101. Гидронефроз у детей. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
102. Паховые грыжи у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Сроки оперативного лечения.
103. Пороки развития прямой кишки. Классификация, клиника. Диагностика простых форм атрезии прямой кишки. Лечение.
104. Крипторхизм. Этиология, патогенез. Клиника, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
105. Опухоли почек у детей. Классификация, клиника, диагностика. Лечение.
106. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Методы диагностики. Принципы лечения.
107. Особенности хирургической инфекции у детей. Сепсис. Классификация. Принципы лечения.
108. Пороки развития желточного протока. Клиника, диагностика, лечение.
109. Эпифизарный остеомиелит у детей. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Принципы лечения. Профилактика осложнений.
110. Водянка оболочек яичка. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
111. Пороки развития мочевого протока у детей. Виды, клиника, диагностика и лечение.
112. Синдактилия. Полидактилия. Классификация, обследование, принципы лечения.
113. Особенности онкологии детского возраста.
114. Некротическая флегмона новорожденных. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Лечение.
115. Острый аппендицит у детей раннего возраста. Клиника и диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
116. Основные принципы предоперационной подготовки при экстренных и плановых оперативных вмешательствах.
117. Врожденный вывих бедра. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Лечение.
118. Омфалит, Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
119. Врожденная кишечная непроходимость. Этиология, патогенез. Классификация. Методы обследования.
120. Желудочно-пищеводный рефлюкс у детей. Этиология, патогенез. Клиника, лечение.
121. Острый гематогенный остеомиелит у детей старше 3-х лет. Клиника и диагностика. Принципы лечения.
122. Интенсивная терапия при перитоните.
123. Этиология, патогенез, классификация, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей.
124. Аномалии почек и мочеточников. Классификация. Методы обследования урологических больных.
125. Перитонит у новорожденных. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, Принципы лечения.
126. Остеохондропатии у детей.
127. Особенности течения гнойной инфекции у детей.
128. Атрезия пищевода. Этиология, патогенез, клиника. Диагностика, принципы лечения.
129. Местные гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей у детей (лимфаденит, абсцесс, панариций, банальная флегмона). Этиология и патогенез, клиника, лечение.
130. Паховые грыжи у детей. Клиника, диагностика, осложнения, лечение.
131. Кровотечения из пищеварительного тракта. Портальная гипертензия у детей. Клиника, диагностика, лечение.
132. Меккелев дивертикул. Возможные осложнения, клиника, диагностика, лечение.
133. Выпадение слизистой и прямой кишки, лечение.
134. Инфузионная терапия при лечении перитонита аппендикулярной этиологии.
135. Ущемленная и невправимая паховая грыжа, клиника, диагностика, тактика, осложнения, лечение
136. Бронхоэктатическая болезнь у детей. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
137. Диафрагмальная грыжа. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.

138. Желудочно-пищеводный рефлюкс. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
139. Мастит у новорожденных и детей старшего возраста. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
140. Врожденная лобарная эмфизема у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
141. Ожоги пищевода. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, первая помощь, лечение, профилактика рубцовых стенозов пищевода.
142. Гемангиомы у детей. Классификация, клиника, методы лечения.
143. Синдром «острой мошонки» у детей. Этиология, патогенез. Клиника, лечение.
144. Халазия, ахалазия пищевода у детей. Этиология, клиника. Дифференциальная диагностика, лечение.

Критерии оценки:

Оценки «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организации высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.

2.2. Примерные тестовые задания, критерии оценки (ОК-1, ОК-4, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-11)

1 уровень:

1. Среди осложнений, связанных с производством плевральной пункции, сопровождающейся введением антибиотиков, к моментальному летальному исходу могут привести **(ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-11)**

1. Внутривнутриплевральное кровотечение
2. Воздушная эмболия головного мозга
3. Анафилактический шок
4. Плевро-пульмональный шок
5. Геморрагический шок

2. При пневмонии основным фактором возникновения гипоксемии является **(ПК-2, ПК-5, ПК-6):**

1. Сокращение кровотока через неентилируемые участки легких

2. Поверхностное дыхание, гиповентиляция
3. Повышение метаболизма
4. Повышение внутрилегочного давления

3. При лечении абсцедирующей пневмонией используются (**ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-11**):

1. Санационные бронхоскопии
2. Ингаляции
3. Отхаркивающие средства
4. Интрабронхиальное введение протеолитических ферментов
5. Противовоспалительные дозы рентгенотерапии

4. Активный дренаж плевральной полости показан (**ОК-4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-6, ПК-11**):

1. При торакотомии
2. При гемотораксе вследствие перелома ребер
3. При рецидивирующем гемотораксе
4. При эмпиеме плевры
5. При нижнедолевой пневмонии

5. Осложнением острого абсцесса легкого может быть (**ОК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6**):

1. прорыв абсцесса в плевральную полость
2. кровотечение
3. аспирация гноя в здоровое легкое
4. сепсис
5. образование сухой полости в легком

6. Для гангрены легкого не характерно (**ОК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6**):

1. развитие заболевания при ареактивности организма
2. отсутствие грануляционного вала на границе поражения
3. распространенный некроз легочной ткани
4. выраженная интоксикация
5. гомогенное затемнение округлой формы при рентгенологическом исследовании

7. Противопоказанием к операции лобэктомии при остром абсцессе легкого может быть (**ОК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6**):

1. нарастание гнойной интоксикации
2. повторное кровотечение из вскрывшегося абсцесса
3. развитие гангрены легкого
4. подозрение на полостную форму рака легкого
5. отказ больного от операции

8. Причиной перехода острой эмпиемы плевры в хроническую может быть (**ОК-1, ПК-5, ПК-11**):

1. неудавшаяся попытка облитерации полости в остром периоде
2. преждевременное удаление дренажа
3. большая первичная полость
4. туберкулез и другая специфическая флора
5. бронхо-плевральный свищ

9. При большой воздушной кисте легкого возможны (**ОК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6**):

1. пневмоторакс
2. легочное кровотечение

3. нагноение кисты
4. Гидротороакс

10. Для острого пневмоторакса характерно (ОК1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6):

1. одышка в покое
2. болевой синдром вплоть до шока
3. горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости
4. тахикардия
5. изменение перкуторного звука

11. Клинико-Р-логически установлен диагноз острой эмпиемы плевры, гнойно-резорбтивная лихорадка. Какие из перечисленных методов лечения следует применять? (ОК-1, ОПК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6)

1. курс санационной бронхоскопии
2. плевральные пункции с промыванием полости плевры и введением антибиотиков
3. дренирование плевральной полости с активной аспирацией содержимого
4. дезинтоксикационную и антибиотикотерапию

12. Какие методы применяются при исследовании аспирированной из плевры геморрагической жидкости у больного с заболеванием легких? (ОК-1, ОПК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6)

1. определение форменных элементов крови
2. цитологическое исследование
3. определение белка в жидкости
4. определение гемоглобина
5. посев на чувствительность к антибиотикам

13. Укажите три наиболее частых осложнения острого абсцесса легкого (ОК1, ОПК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6):

1. эмпиема плевры
2. пиопневмоторакс
3. флегмона грудной клетки
4. амилоидоз
5. абсцесс головного мозга
6. легочное кровотечение

14. Бронхоэктазы развиваются вследствие (ОК-1, ОПК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6):

1. врожденных причин
2. хронической пневмонии
3. туберкулеза легких
4. нарушения проходимости бронхиального дерева
5. курения

15. Перечислите показания к хирургическому лечению абсцесса легких (ОК-1, ОПК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6):

1. отхождение большого количества гнойной мокроты
2. обнаружение "сухой полости" при рентгенологическом исследовании
3. обширная деструкция легочной ткани при неудовлетворительном дренировании
4. размеры полости абсцесса более 6 см
5. интоксикация, сохраняющаяся на фоне консервативной терапии

16. В каких случаях при абсцессе легкого показана экстренная резекция легкого? (ОК-1, ОПК-

11, ПК-5, ПК-6)

1. развитие пиопневмоторакса
2. обнаружение пневмоперикардита
3. эрозивное кровотечение из полости абсцесса
4. повторное кровохарканье
5. сепсис

17. Абсолютным показанием для реторакотомии не является **(ОК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6)**:

1. Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
2. Первичная несостоятельность культи бронха
3. Внутриплевральное кровотечение
4. Ателектаз легкого
5. Напряженный пневмоторакс

18. При спонтанном пневмотораксе с полным коллапсом легкого дренирование плевральной полости не целесообразно **(ОК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6)**:

1. По средней аксиллярной линии в 6 межреберья
2. Во втором межреберья по среднеключичной линии
3. В 7 межреберья по задней аксиллярной линии
4. В 8 межреберья по задней аксиллярной линии
5. Два дренажа: во втором межреберья по среднеключичной линии и 8 межреберья по задней аксиллярной линии

19. Достоверным признаком легочного кровотечения не является **(ОК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6)**:

1. Выделение крови изо рта
2. Кашель с выделением алой пенистой крови
3. Наличие затемнения в легком
4. Наличие экссудата в плевральной полости
5. Наличие крови в бронхах при бронхоскопии

20. Показанием для срочной широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки не является **(ОК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6)**:

1. Пневмоторакс.
2. Гемоторакс.
3. Свернувшийся гемоторакс.
4. Продолжающееся кровотечение в плевральную полость.
5. Сам факт проникающего ранения.

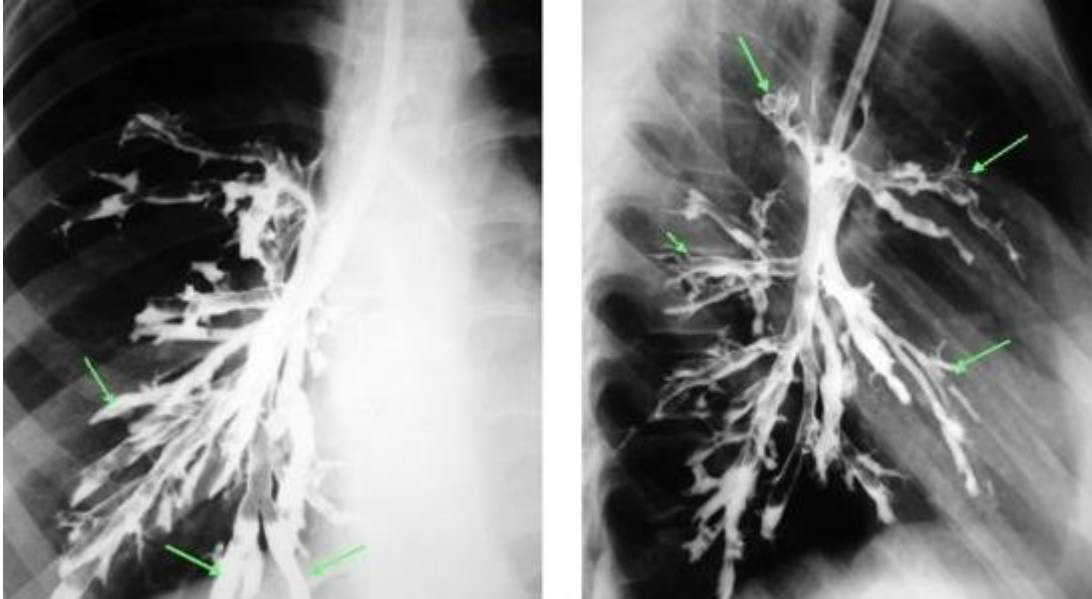
2 уровень:

1. Сопоставьте гнойный процесс легких и плевры его определению **(ОК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6)**:

—	Острый абсцесс легких это	1] гнойный или гнилостный распад некротических участков легочной ткани, заполненных гноем и отграниченной от неповрежденных отделов пиогенной капсулой.
—	Гангрена легкого это	2] гнойно-гнилостный некроз значительного участка легочной ткани, без четких признаков демаркации, имеющий тенденцию к дальнейшему распространению и проявляющийся крайне тяжелым общим состоянием больного.
—	Гангренозный абсцесс это	3] гнойно-гнилостный некроз участка легочной ткани, с менее обширным, чем при гангрене омертвением паренхимы, склонным к отграничению, когда в процессе демаркации фор-

мируется полость с пристеночным или свободно лежащими секвестрами легочной ткани.

2. Какой патологический процесс в бронхах имеется на представленных рентгеновских снимках (ОК1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6):



Ответ: _____

3. Сопоставьте понятие его определению (ОК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-11):

- | | | |
|----------------|----|--|
| — Пневмоторакс | 1] | скопление воздуха в плевральной полости. |
| — Гемоторакс | 2] | скопление крови в плевральной полости. |
| — Хилоторакс | 3] | скопление в плевральной полости лимфатической жидкости (лимфы) в результате повреждения грудного лимфатического протока. |

4. Сопоставьте симптомы острого холецистита фамилиям авторов, описавших их (ОК1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-11)

- | | | |
|--|----|---|
| — Ортнера | 1] | болезненность при поколачивании правой рёберной дуги ребром кисти; |
| — Мерфи | 2] | непроизвольная задержка дыхания на вдохе при пальпации правого подреберья; |
| — Кера | 3] | боль на высоте вдоха во время пальпации правого подреберья; |
| — Мюсси—Георгиевского (френикус-симптом) | 4] | болезненность при надавливании пальцем между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы; |
| — Щёткина—Блюмберга | 5] | в случае вовлечения в воспалительный процесс брюшины. |

5. Определите последовательность мероприятий при остром холецистите (ОК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-11)

Госпитализация, дообследование
назначение постельного режима, голода, холода на правое подреберье,
в/венное, введения спазмолитиков, антибиотиков,
инфузионная дезинтоксикационная терапия,

новокаиновые блокады (паранефральная, субкисфоиная, круглой связки печени).

Ответ: — — — — —

3 уровень:

1. Сообщение:

Молодой мужчина при автокатастрофе ударился правой половиной грудной клетки. Его беспокоят сильные боли в области ушиба, особенно при дыхании. При осмотре выражена болезненность при пальпации 5-7 ребер справа от передне-подмышечной линии. Подкожная эмфизема в этой области. При аускультации ослабление дыхания справа. При перкуссии тимпанит, состояние больного относительно удовлетворительное, одышки и тахикардии нет. Отмечается некоторая бледность кожных покровов. **(ОК-1, ОК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-11, ПК-18)**

1. Ваш предварительный диагноз?

- ушиб грудной клетки
- закрытая травма груди с повреждением костного каркаса
- сочетанная травма груди и живота
- паневмоторакс
- перелом 5-7 ребер справа от передне-подмышечной линии
- повреждение правого легкого
- подкожная эмфизема
- правосторонний пневмоторакс

2. План обследования:

- осмотр
- рентгеноскопия(графия) грудной клетки
- ЭКГ
- клинические и биохимические анализы
- плевральная пункция
- торакоскопия
- консультация смежных специалистов

3. Причина появления подкожной эмфиземы:

- разрыв сегментарного бронха
- разрыв легочной артерии
- повреждение легкого
- повреждение пищевода

4. Хирургическая тактика:

- Лечение в амбулаторных условиях
- Госпитализация в хирургический (травматологический) стационар

2. Сообщение:

У больного 48 лет после перенесенного гриппа, начавшегося с температуры 39,5°C, вот уже в течение 3 недель держится субфебрильная температура. Больной отмечает сухой кашель, слабость, упадок сил, одышку. Слева в верхнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание. СОЭ 45 мм/ч. В скудной мокроте слизистого характера много эритроцитов. Рентгенологически в верхней доле правого легкого определяется неравномерной интенсивности затемнение без четких границ. На боковом снимке определяется ателектаз III сегмента. При бронхографии было выявлено значительное сужение верхнедолевого бронха и изъеденность его контуров, отсутствие бронха переднего сегмента. **(ОК-1, ОК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-11, ПК-18)**

1. Ваш диагноз?

- Абсцесс легкого
- Гангрена легкого
- Центральный рак легкого
- Хронический бронхит в стадии обострения

2. Составьте план обследования больного.

- Расспрос и физикальный осмотр

Общеклиническое обследование
Бронхография с биопсией
Торакоскопия
УЗИ органов брюшной полости
Компьютерная томография легких
Исследование мокроты на атипичные клетки

Ответ _____

3. Каков предположительный объем операции

лобэктомия
билобэктомия
пульмонэктомия

4. Каков может быть прогноз?

благоприятный
относительно благоприятный
сомнительный
неблагоприятный

3. Сообщение:

Больной Б. 51 года поступил с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, кожный зуд по ночам, желтушность склер, периодически вечерами отмечает повышение температуры до субфебрильных цифр. После окончания лесотехнической школы 20 лет работал лесником в Томской области.

Болен в течение 2 лет. 2 месяца лечился безуспешно в инфекционном отделении ЦРБ, где при рентгенологическом исследовании грудной и брюшной полости было выявлено выпячивание в области правого купола диафрагмы полусферической формы, с участками обызвествления. При рентгенисследовании грудной клетки в нижней доле правого легкого округлая тень 1,5 x 2 см с просветлением в центре и кальцинатами по контуру очага. По данным УЗИ – правую долю печени занимает объемное кистозное образование с толстой стенкой с кальцинатами, внутренняя стенка полости неровная, содержимое неоднородное.

При осмотре: больной пониженного питания, кожный покров субиктеричный. Правая доля печени увеличена за счет узла деревянистой плотности, выступает из-под реберной дуги на 4 см, левая доля печени также увеличена, пальпируется под мечевидным отростком и левой реберной дугой, ее консистенция при пальпации обычная.

Общ ан крови: Эр - 4,1 млн, Нв - 117 г/л, лейкоциты - 6,0 тыс: п-3%, с -67%, лимф -21%, эоз-6%, мон-3. Билирубин общ-37 мкмоль/л, своб-7 мкмоль/л, связанный - 30 мкмоль/л, щ.фосф - 403 (Н до 279 ИЕ) АЛТ 56 (до 30). Кожно-аллергическая проба Кацони положительна. **(ОК-1, ОК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-11, ПК-18)**

1. Предварительный диагноз.

Альвеококкоз
Эхинококкоз
Описторхоз
Холангиокарцинома
гепатоцеллюлярный рак

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Допплерография печеночных сосудов
МСКТ
Целиакографию
Аортографию
Каваграфию
ФГДС
Пункционную биопсию

3. Кем является человек в цепочке развития данного паразитоза

Окончательным хозяином

Промежуточным хозяином
Не участвует в развитии паразита

4. Как лечить больного.

Хирургическое лечение - одномоментная резекция печени
Этапное хирургическое лечение
Только противопаразитарная химиотерапия
Этапное хирургическое лечение в сочетании с противопаразитарной терапией

Критерии оценки (примеры):

Вариант 1:

- «зачтено» - не менее 71% правильных ответов;
- «не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

2.3. Примерные ситуационные задачи, критерии оценки (ОК-1, ОК-4, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-11)

Задача № 1 (ОК-1, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-11, ПК-18)

У больного, 48 лет, находящегося на лечении в кардиологическом отделении по поводу инфаркта миокарда в течение недели стала нарастать слабость, дважды отмечалась рвота "кофейной гущей", жидкий дегтеобразный стул.

В течение 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Отмечает сезонность обострений. Неоднократно лечился консервативно в терапевтических отделениях.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные, Тоны сердца приглушены, аритмичные. Пульс 102 уд. в мин. АД-100/70 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, единичные сухие хрипы, число дыханий 28 в мин. Язык покрыт коричневым налетом. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Перистальтика равномерно усилена. Ректально: на перчатке черного цвета кал. В крови эритроцитов - $2,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 84 г/л, гематокрит - 27%.

ФГДС: по малой кривизне желудка в области угла неглубокая язва 1,5x1,0 см, прикрытый рыхлым тромбом черного цвета, в двенадцатиперстной кишке белесоватый звездчатый рубец на медиальной стенке.

1. Сформулируйте диагноз?
2. Что, на Ваш взгляд, могло спровоцировать данное осложнение у этого больного?
3. Какое обследование необходимо провести?
4. Какой должна быть хирургическая тактика?
5. Напишите лист назначений.

Задача № 2 (ОК-1, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-11, ПК-18)

Больная К., 47 лет жалуется на слабость, недомогание, периодически возникает вздутие живота, урчание в правой подвздошной области.

Больна в течение трех месяцев, когда появилась слабость, недомогание. При обследовании обнаружена анемия. Проводилось лечение препаратами железа, после чего было улучшение. Однако в последние две недели появились выше указанные жалобы, повышение температуры тела до 37,1 - 37,5 градусов.

Осмотрена хирургом, который направил больную на дообследование.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 88 в 1 мин. АД 140/80 мм рт ст. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий. В правой подвздошной области определяется при глубокой пальпации легкая болезненность, урчание кишечника, пальпируется неотчетливо плотное малосмещаемое образование. Печень выступает из под края правой реберной дуги на 3 см по среднеключичной линии бугристая.

Общий анализ крови: Эр - 3,14 млн; НЬ - 88 г/л, Лейк - 6,8 тыс, СОЭ - 47 мм/ч. АН мочи без патологии. Биохимический анализ крови: общ белок - 74 г/л; А1 - 47%, G1-53%, билирубин общ. - 17 мкмоль/л; АСТ - 27 ИЕ, АЛТ - 29 ИЕ; протромбиновый индекс - 66 %.

УЗИ печени, желчных путей; правая доля печени 168 мм, левая 57 мм. В правой и левой долях печени в 6 - 7 - 8 и 3 сегментах определяются округлые эхопозитивные образования размерами от 8 до 17 мм. Внутривенные и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь с однородным содержимым без включений. Поджелудочная железа без особенностей. Выполнена КТ печени (см. на обороте).

Ректороманоскопия: осмотрена прямая и дистальные отделы сигмовидной кишки на 26 см - патологии не выявлено, слизистая розовая без дефектов, не кровоточит. Геморроидальные узлы не обнаружены.

5. Ваш предварительный диагноз
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальный диагноз. 4. Тактика лечения.

Задача № 3 (ОК-1, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-11, ПК-18)

На 2-е сутки после операции (аппендэктомия) по поводу флегмонозного аппендицита у больного Т., 34 лет, появились общая слабость, головокружение. При осмотре состояние больного тяжелое. Больной повышенного питания. Обращает на себя внимание бледность кожного покрова и слизистых, конечности прохладные на ощупь, больной несколько заторможен, при разговоре зеваает. В легких везикулярное дыхание. Пульс 92 удара в минуту слабого наполнения, ритм правильный, АД 90/60 мм. рт. ст. Живот слегка вздут, напряжен, особенно в нижних отделах и правой подвздошной области, болезнен, определяются симптомы раздражения брюшины, притупление в перкуторного звука по правому флангу.

1. Что послужило причиной ухудшения состояния больного?
2. Какими лабораторными и инструментальными методами диагностики можно подтвердить ваше предположение.
3. Какие неотложные мероприятия необходимо провести больному.
4. Хирургическая тактика.

ЗАДАЧА № 4 (ОК-1, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-11, ПК-18)

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, приняли схваткообразный характер, появилось вздутие живота, неоднократная рвота с примесью желчи. Доставлена машиной «Скорой помощи».

Состояние средней тяжести. Повышенного питания. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс 98 уд. в мин. АД 90/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. 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, «кашлевой толчок» отрицательный.

При ректальном пальцевом исследовании ампула прямой кишки пустая, новообразований не пальпируется. В крови лейкоцитов $12,4 \times 10^9/\text{л}$. 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.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Предполагаемый механизм ущемления.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Дополнительные методы обследования.
5. Признаки нежизнеспособности кишки.
6. Какова дальнейшая хирургическая тактика?

Задача № 5 (ОК-1, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-11, ПК-18)

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. Пульс 90 уд. в мин. Кожные покровы бледные, влажные. Язык покрыт белым налетом. Живот умеренно вздут, резко болезненный в правой паховой области, где определяется грыжевое выпячивание 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 серозногеморрагический выпот и две петли тонкой кишки, которые визуальным образом 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-Спасокукоцкому. В первые сутки после операции у больного появились признаки распространенного перитонита.

1. Ваш диагноз при поступлении больного в клинику.
2. На основании каких симптомов поставлен диагноз?
3. Дифференциальная диагностика.
4. Причина послеоперационного перитонита.
5. Какую хирургическую тактику нужно применить в данном случае?

6. Принципы терапии в послеоперационном периоде.

Критерии оценки:

- **«отлично»** - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, по МКБ, выделены осложнения и/или сопутствующая патология. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на все вопросы к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

- **«хорошо»** - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, допущены недочеты в классификации и определении осложнений и/или сопутствующей патологии. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на $\frac{2}{3}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

- **«удовлетворительно»** - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, допущены ошибки в классификации, не выделены осложнения и/или сопутствующая патология. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на $\frac{2}{3}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного.

- **«неудовлетворительно»** - диагноз заболевания в задаче поставлен неправильно или не поставлен. Ответы на вопросы к задаче не даны или даны неполные ответы на $\frac{1}{2}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал недостаточную способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного.

2.4. Примерный перечень практических навыков, критерии оценки (ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-11)

1. Обработать операционное поле.
2. Произвести обработку рук перед операцией.
3. Выполнить подкожную, внутрикожную, внутримышечную, внутривенную инъекцию.
4. Произвести местную инфильтрационную анестезию по А.В.Вишневскому.
5. Произвести межреберную анестезию.
6. Произвести паравертебральную блокаду при переломах ребер.
7. Произвести анестезию при: а) переломе бедра в средней трети б) шейки бедра.
8. Произвести лечебно-диагностическую пункцию коленного сустава.
9. Произвести транспортную иммобилизацию табельными средствами при переломах бедра и голени.
10. Техника блокады по Школьникову-Селиванову.
11. Техника новокаиновой блокады по Лорину-Эпштейну.
12. Техника диагностической пункции брюшной полости.
13. Техника лапароцентеза методом «шарящего катетера».
14. Установить зонд Блекмора. Правила ухода за зондом Блекмора.
15. Оказать неотложную помощь при острой задержке мочи.
16. Произвести катетеризацию мочевого пузыря мягким катетером.
17. Оказать неотложную помощь при утоплении.
18. Оказать неотложную помощь при ранах.
19. Произвести обработку пролежней.
20. Проведение проб на совместимость крови донора и реципиента при переливании крови по снегов АВО, резус-фактору и индивидуальную совместимость.
21. Оказать неотложную помощь при возникновении посттрансфузионных реакций и осложнений.
22. Оказать неотложную помощь при острой дегидратации.

23. Оказать неотложную помощь при термических, химических и лучевых ожогах.

24. Оказать неотложную помощь при электротравме.

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. Примерное задание к написанию учебной истории болезни (ОК-1, ОК-4, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-11)

Требования к структуре и оформлению учебной истории болезни

КРАТКАЯ СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

1. Общие сведения о больном (паспортная часть).
2. Жалобы больного в момент поступления: основные, опрос по системам.
3. История развития заболевания (анамнез заболевания).
4. История жизни больного (анамнез жизни).
5. Объективное обследование: общие данные, обследование по системам, местные признаки основного заболевания (локальный статус).
6. Предварительный диагноз.
7. План обследования больного.
8. Результаты специальных (дополнительных) методов обследования.
9. Дифференциальный диагноз.
10. Клинический диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания) и его обоснование.
11. Этиология и патогенез заболевания.
12. 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.
13. Течение болезни (дневники).
14. Окончательный диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания).
15. Эпикриз (заключение по поводу течения и исхода болезни).
16. Прогноз.
17. Список использованной литературы.
18. Дата сдачи истории болезни и подпись куратора.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ (паспортная часть)

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Возраст.
3. Профессия и место работы.
4. Место жительства.
5. Дата поступления (год, месяц, число, часы, минуты).
6. Диагноз направившего учреждения.
7. Клинический диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующее заболевание).
8. Операция (название, день и час). Если не оперирован, отметить - «не было». Осложнения после операции.
9. Дата выписки.
10. Группа крови и резус-принадлежность.

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО В МОМЕНТ ПОСТУПЛЕНИЯ

Фиксируют жалобы, предъявляемые больным при госпитализации в стационар, а не на момент курации. Сначала перечисляют основные жалобы, отмеченные самим больным, обусловленные тем заболеванием, по поводу которого он был госпитализирован в хирургическую клинику. Жалобам дают подробную характеристику. Так при описании боли указывают ее характер (острая, тупая, жгучая, распирающая, тянущая), локализацию, интенсивность, периодичность, иррадиацию, чем спровоцирована и чем купируется (*не путать «боль» и «болезненность» - физикальный феномен!*) Активно выявляют те жалобы, которые могут иметь место при данном заболевании, хотя больной их и не упомянул.

Затем излагают жалобы, которые могут быть обусловлены другими причинами, производя тщательный опрос по системам.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (анамнез заболевания)

По возможности точно, выясняют начало заболевания, отмечают острое или постепенное его развитие, с чем связывают его появление сам больной. Указывают порядок госпитализации (экстренно, планово) и время госпитализации от начала заболевания (до 6 часов, от 7 до 24 часов, более суток). Определяют вид транспортировки больного. Отражают последовательно время и характер появления первых признаков заболевания, последовательность возникновения его основных симптомов, динамику их развития до поступления больного в стационар. Дают краткие сведения о предыдущем амбулаторном, стационарном и санаторно-курортном лечении, длительности и результатах этого лечения. Обязательно изучают имеющиеся у больного документы, характеризующие течение болезни до поступления в клинику (выписки, справки, заключения, лабораторные анализы, результаты инструментальных методов исследования) и записывают их данные в историю болезни.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО (анамнез жизни)

Отражают краткие биографические данные в хронологическом порядке с указанием социально-бытовых условий, местности и состава семьи, где родился больной. Отмечают условия быта, питания, развития.

Уточняют данные о наследственности, взаимоотношениях в семье.

У девушек и женщин выясняют начало менструаций, их ритм, интенсивность. У женщин отмечают количество беременностей и родов, как они протекали, наличие аборт. У мужчин - «военный анамнез» (служба в армии, пребывание на фронте).

Указывают профессии больного, их смену, вредность, тяжесть.

Выясняют наличие вредных привычек: злоупотребление спиртными напитками, курение, наркомания, с уточнением времени увлечения ими и употребляемых количеств.

Обязательно отражают все перенесенные в прошлом заболевания, травмы, операции, сопутствующие заболевания, с обращением особого внимания на такие, как туберкулез, сифилис, гепатит, кишечные инфекции, ревматизм, малярия, аллергические заболевания.

Указывают наличие в анамнезе гемотрансфузий и аллергических реакций на лекарственные препараты, их проявления.

В клинической работе куратор должен суметь выявить основной этиологический момент и те причины, которые способствовали развитию заболевания у данного больного.

ОБЩИЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Оценивают общее состояние больного: удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое, крайне тяжелое (*не путать с «самочувствием»!*); сознание (ясное, помраченное, спутанное, отсутствует); уровень умственного развития, его соответствие возрасту; самокритичность, ориентировку во времени и в пространстве; расстройства речи, письма.

Дают характеристику выражению лица (живое, спокойное, осмысленное, возбужденное, страдальческое, маскообразное). Указывают положение больного в постели (активное, пассивное, вынужденное). Отмечают наличие патологических видов дыхания: типа Чейна-Стокса, Кулсмауля, Биота.

Описывают кожный покров и слизистые оболочки: цвет, сухость кожи, эластичность, наличие пигментации или депигментации, сыпи, рубцов (их форму, размеры, спаянность с подлежащими тканями). Оценивают развитие и распределение подкожно-жировой клетчатки (равномерное, чрезмерное, умеренное, недостаточное).

Обследуют лимфатические узлы: шейные, над- и подключичные, подмышечные, паховые (где прощупываются, количество, форма, плотность, болезненность, подвижность).

Определяют степень развития мышечной системы, тонус, болезненность и силу мышц; наличие судорог (клонических, тонических).

Указывают изменения со стороны костной системы: деформации, периоститы, искривления, барабанные пальцы.

Характеризуют суставы: деформации, припухлость, подвижность (активная, пассивная), болезненность при пальпации.

При описании головы отмечают ее форму, волосяной покров, окраску кожи лица (бледное, красное, цианотичное), положение глазных яблок в глазнице, блеск глаз, состояние конъюнктивы роговицы, зрачков (узкие, широкие, одинаковые), наличие и симметричность зрачковых реакций.

Осматривают ушные раковины, наружные слуховые ходы (наличие и характер выделений). Оценивают слух, дают ему характеристику.

Исследование шеи

При осмотре и пальпации шеи обращают внимание на ее форму, симметричность, видимую пульсацию сосудов, выраженность вен шеи, размеры и консистенцию щитовидной железы (степень увеличения), симптом смещения патологических образований во время глотания.

Исследование молочных желез

Обязательно проводят в положении больной стоя и лежа. При этом обращают внимание на величину, форму, симметричность расположения, окраску кожи, высоту стояния сосков, наличие выделений, трещин на соске, втяжение кожи, пигментацию, усиление рисунка подкожных вен.

Пальпацию молочных желез начинают со здоровой стороны. Выявленные изменения описывают согласно четырем ее квадрантам. При этом указывают размеры уплотнения или инфильтрата, подвижность, поверхность, спаянность с кожей, выделения из соска, наличие флюктуации. Отмечают состояние регионарных лимфатических узлов.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО СИСТЕМАМ

Дыхательная система

Начинают с описания дыхания через нос: свободное, затрудненное. Обращают внимание на выделения из носа: их количество, цвет, характер, запах.

Гортань: голос громкий, тихий, сиплый, афония. Дыхание свободное, затрудненное.

Указывают тип грудной клетки (нормостеническая, астеническая, гиперстеническая, плоская, эмфизематозная, паралимпическая, симметричная, асимметричная). Наличие деформации грудной клетки: ладьевидная, куриная. Искривления позвоночника: лордоз, сколиоз, кифоз (горб). Симметричность очертаний над- и подключичных ямок, состояние межреберных промежутков. Равномерность, симметричность дыхательных движений обеих половин грудной клетки, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры. Тип дыхания, его ритм, число дыхательных движений в одну минуту.

При пальпации грудной клетки отмечают наличие болезненности при ощупывании ребер, межреберных промежутков, голосовое дрожание, эластичность, резистентность.

При перкуссии грудной клетки определяют верхние границы легких спереди и сзади по отношению к остистому отростку 7 шейного позвонка, ширину полей Кренига. Определяют нижние границы легких по всем линиям грудной клетки с каждой стороны (*но не проставлять «границы легких в норме!»*). Проводят определение подвижности нижнего края легких по средней и задней подмышечной линиям. На симметричных участках грудной клетки проводят сравнительную перкуссию, при этом отмечают характер перкуторного звука, его изменения.

Аускультативно выявляют тип дыхания: везикулярное, чистое, жесткое с удлиненным выдохом, скандированное, бронхиальное (ослабленное, усиленное, амфорическое), побочные дыхательные шумы (хрипы сухие или влажные, крепитацию, шум трения плевры). Определяют характер бронхофонии.

Сердечно-сосудистая система

Проводят осмотр области сердца: верхушечный толчок и его свойства (локализация, ширина, высота, сила), пульсация сосудов в области яремной ямки.

При перкуссии области сердца определяют границы его относительной тупости - правую, левую, верхнюю, талию сердца, которые указывают по вертикальным топографическим линиям и по уровню ребер (*а не просто «границы сердца в норме!»*).

При аускультации описывают тоны сердца (громкие, ясные, глухие), их соотношение и акцентуацию, расщепление и раздвоение, ритм галопа. Отмечают физиологические и патологические шумы сердца, их отношение к фазам сердечной деятельности, характер, места наилучшего выслушивания, иррадиацию, изменение характера в зависимости от положения тела. Шум трения перикарда и место его выслушивания.

При исследовании пульса отмечают свойства пульсовой волны (ритм, частота и наполнение, напряжение, форма, симметричность).

Артериальное давление определяют на обеих верхних конечностях, отмечая максимальное и минимальное давление.

Пищеварительная система

Начинают с осмотра полости рта. Отметив наличие или отсутствие запаха изо рта, приступают к описанию языка, наличия и характера налета, трещин, состояния сосочков. Осматривают слизистую поло-

сти рта и глотки, миндалина.

Живот обследуют в горизонтальном и вертикальном положении. При осмотре живота обращают внимание на его форму, симметричность, наличие и размеры рубцов на передней брюшной стенке, расширение венозной сети, участие передней брюшной стенки в акте дыхания, наличие видимой перистальтики кишечных петель и желудка, расхождение прямых мышц живота, видимые выпячивания.

Ориентировочной перкуссией выявляют наличие свободного газа в брюшной полости (исчезновение печеночной тупости) и жидкости (притупление в отлогих отделах живота, изменяющее границу при изменении положения тела).

Затем проводят ориентировочную, поверхностную пальпацию живота, при которой выявляют наличие болезненной области и напряжение брюшных мышц, ригидность брюшной стенки (*не путать с «напряжением»!*), обследуют пупочное кольцо и белую линию живота. Потом проводят глубокую пальпацию живота, при которой определяют расположение, форму и величину органов брюшной полости, наличие опухолей, инфильтратов, асцита и целого ряда специальных симптомов, наблюдаемых при различных заболеваниях. При нащупывании подозрительного образования описывают его локализацию, поверхность, размеры, плотность, подвижность, болезненность.

Глубокую (скользящую) пальпацию проводят в следующей последовательности: сигмовидная, слепая кишка, конечный отрезок подвздошной, червеобразный отросток, поперечный восходящий и нисходящий отделы. Дают их характеристику (болезненность, подвижность, консистенция, диаметр, гладкая или бугристая поверхность). Определяют границы желудка, шум плеска, видимую перистальтику^ку.

Перкуторно определяют верхнюю границу печени, ее консистенцию, характер прощупываемого передне-нижнего края печени (закругленный, тонкий, неровный, бугристый, плотный, эластичный). Проводят пальпацию области желчного пузыря (симптомы Ортнера, Кера, Губергрица и др.).

Определяют прощупываемость и болезненность поджелудочной железы в положении больного лежа, на боку, стоя, наклонив туловище вперед, вбок, назад (симптомы Воскресенского, Мейо-Робсона и др.).

Перкуторно определяют верхнюю и нижнюю границы селезенки, ее размер, наличие болезненности. Дают характеристику пальпируемого нижнего края селезенки.

При аускультации живота отмечают усиление, отсутствие перистальтики (где именно); шум плеска и т.д.

Осматривают пахово-мошоночную область и область бедренного канала (*обязательно в положении стоя и лежа*). При этом обращают внимание на наличие патологических выпячиваний, изменение величины и формы мошонки. Отмечают локализацию припухлости по отношению к пупартовой связке и лонному бугорку, поверхность припухлости, консистенцию. При пальпации исследуют органы мошонки, определяют размеры наружного отверстия пахового и бедренного каналов, наличие симптома «кашлевого толчка», определяют его направления. Проводят аускультацию припухлости.

Исследование прямой кишки

Осмотр области анального отверстия проводят в коленно-локтевом положении больного, в положении на спине, на боку и «на корточках». Отмечают наличие трещин, расчесов, выделений, выпадение узлов.

При пальцевом обследовании прямой кишки определяют тонус сфинктера, состояние ампулы, ее стенок, наличие геморроидальных узлов, воспалительных инфильтратов или опухолей. У мужчин при этом производят исследование предстательной железы с описанием ее размеров, поверхности, болезненности.

Отмечают характер, цвет, количество, оформленность стула, наличие патологических примесей (кровь, слизь), нарушения акта дефекации.

Мочеполовая система

При осмотре больного с подозрением на заболевание почек отмечают цвет лица, наличие отеков на лице, состояние поясничных областей. Пальпацию почек проводят в вертикальном положении, в положении больного на спине и на боку. Отмечают их величину, подвижность, болезненность, симптом Пастернацкого. Проводят пальпацию области мочеточников. Выполняют пальпацию и перкуссию мочевого пузыря. Выясняют нарушение акта мочеиспускания, его затруднение, прерывистость; суточный диурез, видимые патологические примеси в моче.

У мужчин осматривают и пальпируют яички, их придатки, семенные канатики. У женщин проводят бимануальное исследование, при котором отмечают нахождение и болезненность сводов влагалища, положение и подвижность матки, ее размеры, болезненность, наличие и характер выделений из влагалища.

МЕСТНЫЕ ПРИЗНАКИ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (локальный статус)

Проводят подробное и точное описание патологических изменений на месте локализации болез-

ненного процесса, если данный процесс не нашел подробного отражения в выше изложенных разделах. При этом также используют методы осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- Основное заболевание.
- Осложнения.
- Сопутствующее заболевание.

Основным считают то заболевание, по поводу которого больной поступил в клинику. Оно является аргументированным выводом из основных жалоб пациента, данных анамнеза и результатов объективного обследования.

Осложнением является заболевание, развивающееся как следствие прогрессирования основного заболевания.

Сопутствующее заболевание - болезнь, не имеющая общей этиологии и патогенеза с основным заболеванием, но приносящая беспокойство больному.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Составляют программу обследования больного, необходимую для установления клинического диагноза, которая включает:

1. Лабораторные исследования (общие анализы крови и мочи, биохимические исследования, серологические реакции, исследование мокроты, желудочного сока, желчи, кала, бактериологическое и цитологическое исследование пунктатов, экссудатов, раневого отделяемого).

2.Эндоскопические исследования: ЭФГДС, ЭРХПГ, лапароскопия, цистоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия и др.

3. Рентгенологические исследования: рентгенография, рентгеноскопия, пневмо- перитонеум, компьютерная томография и др.

4. Ультразвуковое сканирование.

5. Функциональные исследования (ЭКГ, ФКГ, функция внешнего дыхания, термография и т.д.).

6. Биопсии (пункционная, трепанационная, интраоперационная)

7.Определение группы крови и резус-фактора.

РЕЗУЛЬТАТЫ СПЕЦИАЛЬНЫХ (ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ) МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Из «Истории болезни» больного берут данные всех проведенных дополнительных методов обследования (обязательно проставляют даты проведения исследований).

Делают формальные и аналитические заключения по каждому проведенному исследованию. Например: «В общем анализе крови отмечено повышение уровня лейкоцитов до $12 \times 10^9/\text{л}$. (норма - до $9 \times 10^9/\text{л}$.) и увеличение СОЭ до 20 мм/ч (норма - до 10 мм/ч.) (формальное заключение), что характеризует наличие воспалительного процесса (аналитическое заключение).

Изображают график температурной кривой за весь период курации.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальную диагностику проводят с 3-4 заболеваниями, имеющими схожую клиническую картину только с основным заболеванием.

Кратко описывают их клиническую картину, обосновав необходимость взятия данного заболевания для дифференцирования.

Отражают на основании чего исключают это заболевание с подробным разбором жалоб, анамнеза, клинических симптомов заболевания, результатов дополнительных методов обследования больного.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Сначала формулируют диагноз, указав:

- Основное заболевание.
- Осложнения основного заболевания.
- Сопутствующие заболевания.

ПРИМЕР:

«Основное заболевание: ЖКБ: Острый калькулезный холецистит. Осложнение: местный перитонит. Сопутствующее заболевание: ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ИМ в 1996 г), гипертоническая болезнь II ст, II ФК, НК II_A.»

Затем приводят данные, которыми обоснован диагноз, причем обоснованию подлежит только основное заболевание и его осложнения:

1. Заключение, выведенное из жалоб.
2. Выводы из данных развития болезни.
3. Факты из анамнеза жизни, обусловившие настоящее заболевание или способствовавшие ему.

4. Данные объективного обследования, местные проявления болезни
5. Данные, полученные специальными методами

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В *академической* истории болезни излагают ведущие *современные* теории, объясняющие этиологию и патогенез основного заболевания. В описании ссылаются на литературные источники согласно «Списка литературы» в конце «Истории болезни». Убедительно аргументируют свою точку зрения на этиопатогенез заболевания с привлечением данных, полученных при обследовании больного.

ЛЕЧЕНИЕ

Вначале проводят обзор всех существующих методов лечения данного заболевания. Описывают показания и противопоказания к консервативному и оперативному методам лечения. Изображают схемы различных оперативных вмешательств, их этапы. Указывают возможные ближайшие и отдаленные осложнения.

Затем излагают *«План лечения»*, выбор *метода лечения* курируемого больного и *его обоснование*. Описывают подготовку к операции (*«Предоперационное лечение»*), выбор обезболивания, ведение послеоперационного периода (*«Послеоперационное лечение»*). Препараты выписывают *в рецептурной форме*, с указанием сбоку от них фармакологической группы, механизма действия и обоснования назначения. В «Листе назначений» придерживаются схемы консервативной терапии:

1. Режим, диета.
2. Этиотропное лечение.
3. Патогенетическое лечение.
4. Симптоматическое лечение.
5. Общеукрепляющее лечение.
6. Иммунокорректирующее лечение.
7. Физиолечение.
8. Местное лечение.

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ

Пишут всем больным, планируемым на оперативное лечение (указывают фамилию, имя, отчество больного, возраст, полный диагноз). Приводят результаты дополнительных методов обследования, подтверждающих диагноз. Ставят показания к операции. Указывают вид анестезии и планируемый объем хирургического вмешательства. Обязательно отмечают согласие больного на операцию.

ПРИМЕР:

«15.09.99. (дата написания эпикриза)

На операцию подготовлена Иванова И.И., 65 лет, поступившая 15.09.99. с диагнозом ЖКБ: Острый калькулезный флегмонозный холецистит. Осложнение: местный перитонит. Сопутствующее заболевание: ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ИМ в 1996 г), гипертоническая болезнь II ст, II ФК, НК IIА.» Ранее обследована, на УЗИ (20.07.99) - в желчном пузыре с утолщенной стенкой множественные мелкие камни, холедох - 7 мм.. В анамнезе - механической желтухи не было. Показано экстренное оперативное вмешательство. Консультирована кардиологом, абсолютных противопоказаний к операции нет. Планируется холецистэктомия под общим обезболиванием. Согласие больной на операцию получено.

(подпись врача).»

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ

Указывают полный диагноз и вид выполненного хирургического вмешательства. Описывают основные этапы выполнения операции: обработка операционного поля, операционный доступ, выявленные патологические изменения при ревизии внутренних органов (обосновывают выбор вида операции), хирургические манипуляции (выделение анатомических образований, рассечение тканей, перевязка сосудов, резекции органов, наложение анастомозов и т.д.). Указывают технические особенности, интраоперационные осложнения, способ завершения операции: послойное ушивание раны, дренирование, тампонирование. При эксклюзивных видах хирургического вмешательства рисуют схему операции. Указывают возможные осложнения в послеоперационном периоде.

ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ (ДНЕВНИК)

Во время курации дневник заполняют ежедневно. В нем отражают динамику заболевания за прошедшие сутки. Запись начинают с изложения жалоб больных, затем дают оценку общего состояния больного. При этом кратко описывают данные всех систем организма, с обращением особого внимания на описание той системы, которая поражена патологическим процессом. Обязательно описывают локальный статус, его изменения, выявленные на перевязках. Отмечают проводимое лечение (лекарственные препараты, физиопроцедуры, переливание крови и кровезаменителей), назначение дополнительных анализов.

Если больной прооперирован, то тогда пишут *«Дневник после операции»*. В нем, кроме вышеизложенных данных, обязательно указывают количество суток, прошедших с момента операции, состояние послеоперационной раны, количество и характер отделяемого по дренажам и т.д.

Дата	Температура тела		Дневник	Назначения
	У	В		
Сутки			Общее состояние больного. Жалобы. Физиологические отправления. Состояние внутренних органов. Пульс, артериальное давление. Описание системы с патологическим процессом. Перевязка: характеристика и динамика раневого процесса, что сделано во время перевязки и какая наложена повязка.	Режим. Диета. Лекарственные назначения. Физиотерапевтические процедуры. Назначения анализов. Подпись.

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- Основное заболевание.
- Осложнения.
- Сопутствующее заболевание.

ЭПИКРИЗ (выписной, этапный)

Указывают фамилию, имя, отчество, возраст больного, даты поступления и выписки из стационара (либо дату окончания курации), окончательный диагноз. Приводят результаты дополнительных методов исследования, подтверждающих диагноз. Далее излагают сведения о предпринятых методах лечения и их результатах. Указывают дату и название операции, течение послеоперационного периода (сроки удаления дренажей, снятия швов, развития осложнений). Перечисляют *основные принципы* консервативного лечения (в том числе, до операции и после нее), их эффективность. Окончательный итог лечения отмечают как выздоровление, улучшение, без перемен. Затем записывают, в каком состоянии больной выписан и куда: домой, на амбулаторное лечение, переведен в больницу по месту жительства, отправлен на дальнейшее лечение в специализированное учреждение.

При выписке больному дают *рекомендации* (по режиму, диете, амбулаторному лечению, примерных сроках нетрудоспособности, санаторно-курортному лечению).

ПРИМЕР:

«Иванова И.И., 65 лет, находилась на стационарном лечении во II хирургическом отделении СГКБ с 15.09.99. по 25.09.99 с диагнозом ЖКБ: острый калькулезный флегмонозный холецистит. Местный перитонит. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ИМ в 1996 г), гипертоническая болезнь II ст, II ФК, НК IIА. Диагноз подтвержден УЗИ (20.07.99). После консультации кардиолога, 15.09.99 оперирована в экстренном порядке. Выполнена холецистэктомия, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась противошоковая, дезинтоксикационная, кардиотропная, симптоматическая терапия, получала курс антибактериальной терапии (гентамицин). Улавливающий дренаж из брюшной полости удален на 3 сут, швы сняты на 8 сут., послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

25.09.99 выписана с выздоровлением в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства. При выписке результаты дополнительных методов исследования - в пределах нормы (в «Амбулаторной карте» либо в «Выписке из истории болезни стационарного больного» указывают конкретные последние результаты исследований).

Рекомендовано:

1. Ограничение тяжелой физической нагрузки на 1 месяц.
2. Режим питания с ограничением жирного, жареного, маринованного, соленого.
3. Консультация хирурга по месту жительства 30.09.99

25.09.99. Подпись врача»

ПРОГНОЗ

Излагают на основании всех имеющихся данных. Указывают предположения по дальнейшему течению и исходу болезни в отношении выздоровления, жизни и трудоспособности (прогноз благоприятный, неблагоприятный).

За этим ставят личную подпись с указанием даты окончания истории болезни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

В конце истории болезни обязательно приводят список прочитанной литературы, использованной при работе с больными и написании истории болезни. Литературные источники указывают по правилам библиографии: номер по порядку, фамилию автора, его инициалы, полное название книги или журнала, название статьи журнала, место издания и название издательства, год, том, номер страницы журнала или количество страниц в монографии.

ПРИМЕР:

1. Покровский А.В. Клиническая ангиология. М., Медицина, 1979, -368 с.
2. Яблоков Е.Г., Кузнецов Н.А., Ильин В.Н. и соавт. Гемодилюция в комплексном лечении острых подвздошно-бедренных венозных тромбозов. Хирургия, 1988, № 10, стр. 85-88.

Критерии оценки:

- **«отлично»** - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни 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. Темы написания рефератов (ОК-1, ОК-4, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-11)

Темы рефератов

Семестр № 9

5. «История развития резекционной хирургии желудка»
6. «Ранние осложнения после резекций желудка»
7. «Демпинг-синдром: теории патогенеза»
8. «Гормонально активные опухоли, вызывающие образование гастро-дуоденальных язв»

9. «Методы профилактики рака культи желудка»
10. «Архиепископ лука и его вклад в развитие гнойной хирургии»
11. «Фурункул и карбункул: этиология, патоморфология, клиника, диагностика. Принципы лечения»
12. «Абсцесс и флегмона: этиология, патоморфология, клиника, диагностика. Принципы лечения»
13. Гнойно-некротический целлюлит, вызванный неклостридиальной анаэробной флорой: особенности клиники, диагностики и лечения.
14. «Биохимические аспекты паренхиматозной, гемолитической и механической желтухи»
15. «Инструментальные методы исследования билиарного дерева»
16. «Холангит- клиника, диагностика, лечение»
17. «Постхолестистэктомический синдром как причина желтухи»
18. «Методы наружного дренирования желчных путей»
19. «Особенности течения ЖКБ у лиц пожилого и старческого возраста»
20. «Осложнения ЖКБ»
21. «Паравезикальные инфильтраты как причина повреждения желчных путей»
22. «Ошибки, приводящие к развитию ПХЭС»
23. «Миниинвазивная хирургия желчного пузыря»
24. «Заболевания, приводящие к язвенным ЖК кровотечениям»
25. «Заболевания, приводящие к неязвенным ЖК кровотечениям»
26. «Хирургическое лечение портальной гипертензии»
27. «Принципы консервативной терапии ЖК кровотечений»
28. «Показания к операции и способы хирургического лечения язвенного ЖК кровотечения»

Семестр № 10

29. «Эндоскопические методы гемостаза»
30. «Анатомия и физиология червеобразного отростка»
31. «Варианты расположения червеобразного отростка»
32. «Дифференциальная диагностика ОА и заболеваний женских половых органов»
33. «Дифференциальная диагностика ОА и урологических заболеваний»
34. «Трудные случаи диагностики ОА (по материалам статей интернета)»
35. «История развития резекционной хирургии печени»
36. «Роль профессора В.А. Журавлева в развитии хирургии гепатопанкреатодуоденальной зоны»
37. «Альвеококкоз и эхинококкоз: этиология, эпидемиология, жизненный цикл, клиника, диагностика и лечение в сравнительном аспекте»
38. «Нерезекционные методы лечения очаговых поражений печени: виды, показания, методика проведения»
39. «История развития хирургии пищевода»
40. «Заболевания нервно-мышечного аппарата»
41. «ГПОД – современное состояние проблемы»
42. «Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь со стенозом пищевода: клиника, диагностика и лечение»
43. «Рак пищевода»

Семестр № 11

44. «Травматизм в России в 21 веке»
45. «Хирургическая тактика при различных повреждениях печени»
46. «Осложнения травм поджелудочной железы»
47. «Повреждение органов брюшинного пространства»
48. «Повреждения ДПК»
49. «Анатомия паховых и бедренных грыж»
50. «Типичные ошибки при диагностике ущемленных грыж»
51. «Ошибки при дооперационной диагностике интерпретации операционных данных при ущемленных грыжах»
52. «Способы пластики грыжевых ворот местными тканями»
53. «Аллопластические материалы в хирургии неосложненных и ущемленных грыж»
54. «История развития резекционной хирургии желудка»
55. «Ранние осложнения после резекций желудка»
56. «Показания и виды органосохраняющих операций»
57. «Особенности течения язвенной болезни у стариков»

Рекомендуемая последовательность написания реферата:

1. Выбор интересной темы для реферата в рамках учебной программы.
2. Работа с источниками информации.
3. Разработка предварительного плана реферата.
4. Написание и оформление реферата.

Работа с источниками информации

Подбор источников информации.

Грамотно сформулированная тема зафиксировала предмет изучения; задача студента – найти информацию, относящуюся к данному предмету и разрешить поставленную проблему. Выполнение этой задачи начинается с поиска источников. Это может быть литература, подобранная по тематике в библиотеке, или информация, найденная по поиску с использованием ключевых слов из названия темы на сайтах сети интернет. Предпочтительно использовать источники, опубликованные не ранее 5-7 лет назад. Более ранние труды можно использовать при условии их уникальности.

Рекомендации по работе с выбранными источниками.

1. Ознакомьтесь путём беглого чтения-просмотра с содержанием каждого источника информации: оглавление, аннотация, введение и заключение. Этот просмотр позволит получить представление о том, содержится ли в данном источнике нужная вам информация. Затем переходите к внимательному чтению. Обратите особое внимание на схемы, таблицы, рисунки, которые помогут понять и лучше усвоить информацию.

3. Не оставляйте без внимания непонятные слова и выражения, неизвестные имена. Составьте список специальных слов и терминов и выясните их лексическое значение, используя словари и энциклопедии. Слова, написанные на иностранном языке, переведите на русский язык.

4. Выбирайте и сохраняйте нужные вам фрагменты информации для дальнейшего использования (делайте записи на бумагу или сканируйте выбранные фрагменты информации на электронный носитель).

Формы выборки материала

Различают три основные формы отбора материала:

1. Цитата.
2. Тезисы.
3. Конспект.

Цитата — используется, когда нельзя передать мысль автора своими словами. Запись цитаты оформляется следующим образом:

- заключите в кавычки каждую цитату;
- вставьте многоточие после кавычек, если цитата берётся не с начала предложения;
- вставьте многоточие вместо пропущенного текста в случае пропуска одного или нескольких слов в середине цитируемого текста;
- вставьте многоточие в конце цитаты перед кавычками, если предложение берётся не полностью;
- воспроизведите все имеющиеся в тексте выделения, используемые автором (курсив и т.п.). Для русскоязычных текстов неприемлемы кавычки вида □ □ или □ □. Используются кавычки типа « ».

Тезисы — это кратко сформулированные основные мысли автора. Тезисы бывают краткими, состоящими из одного предложения, без разъяснений, примеров, доказательств и полными. Главное в тезисах — сохранить, не исказив, главную мысль источника (текста).

Конспект — наиболее эффективная форма записи. Это не дословное списывание с книги, а возможность выразить своими словами содержание прочитанного.

Независимо от формы отбора, обязательно указывается *источник* информации для последующего включения его в *библиографический список литературы*.

Структура реферата

Правильно составленный реферат должен состоять из следующих частей:

- титульный лист;
- оглавление;
- введение (цель и задачи работы, обоснование выбора темы и её актуальности);
- основная часть, разделенная на главы в соответствии с поставленными задачами; при необходимости глава может быть разбита на разделы (параграфы);
- заключение;
- библиографический список литературы;
- приложения.

Критерии оценки:

- «зачтено» - представленные в портфолио работы соответствуют требованиям к структуре и оформлению. Портфолио отвечает таким требованиям как полнота, самостоятельность, продуктивность систематизации, оптимальность, результативность и разнообразие представленных материалов; эффективность отбора, анализа, оценки, использования необходимой информации для выполнения профессиональных задач; качество, культура оформления представленных работ; креативный характер.

- «не зачтено» - портфолио не представлено, либо не выполнено хотя бы одно задание.

4.Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

4.1. Методика проведения тестирования

1 **Целью этапа** промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

2 Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

3 Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

4 Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

5 Период проведения процедуры:

6 Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) 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.

7 Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

8 Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

9 Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

10 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	зачет

<i>Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)</i>	30	18
<i>Кол-во баллов за правильный ответ</i>	1	2
<i>Всего баллов</i>	30	36
<i>Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)</i>	15	8
<i>Кол-во баллов за правильный ответ</i>	2	4
<i>Всего баллов</i>	30	32
<i>Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)</i>	5	4
<i>Кол-во баллов за правильный ответ</i>	8	8
<i>Всего баллов</i>	40	32
<i>Всего тестовых заданий</i>	50	30
<i>Итого баллов</i>	100	100
<i>Мин. количество баллов для аттестации</i>	70	70

11

12 **Описание проведения процедуры:**

Тестирование является обязательным этапом зачёта/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 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете и 50 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 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете и 50 на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете и не более полутора академических часов на экзамене.

13 **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».

14 Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные/экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

15

4.2. **Методика проведения приема практических навыков**

16 **Цель этапа** промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

17 **Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

18 Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

19 **Субъекты, на которые направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

20 **Период проведения процедуры:**

21 Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с экзаменационным собеседованием по усмотрению кафедры.

22 Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

23 Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

24 Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

25 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.

26 Описание проведения процедуры:

27 Оценка уровня освоения практических умений и навыков может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

28 Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины (модуля).

29 Прием сдачи практических навыков состоит из двух этапов:

30 1 этап – обучающемуся выдается ФИО больного и номер палаты, в которой это больной находится, лист-микрокурации (схема обследования больного):

1. Ф.И.О. больного
2. Возраст
3. Профессия
4. Жалобы при поступлении, связанные с основным заболеванием
5. Жалобы, связанные с сопутствующими заболеваниями
6. Развитие заболевания (время появления начальных признаков, их динамика, лечение до поступления в клинику)
7. Особенности анамнеза жизни (перенесенные заболевания, наследственность, гинекологический анамнез)
8. Общие объективные данные
9. Дыхательная система
10. Система кровообращения
11. Пищеварительная система
12. Локальный статус
13. Предварительный диагноз
14. Какие дополнительные методы исследования необходимы Вам для уточнения диагноза?
15. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
16. План лечения.

31 Обучающийся должен опросить и осмотреть больного и заполнить выше указанные пункты.

2 этап – собеседование и демонстрация манипуляций по вопросам примерный перечень которых указан в пункте 2.4. (см. пример)

1. Освоить практические навыки на примере «Техники наложения трахеостомии»

32 Техника выполнения трахеостомии:

1. Состоявшаяся или угрожающая непроходимость верхних дыхательных путей

Острейшая (молниеносная). Развивается за секунды. Как правило, это — обтурация инородными телами

Острая. Развивается за минуты. Инородные тела, истинный круп при дифтерии (обтурация пленками), отёки Квинке, реже — подсвязочный ларингит

Подострая. Развивается за десятки минут, часы. Ложный круп, гортанная ангина, отёк при химических ожогах пищевода и пр.

Хроническая. Развивается за сутки, месяцы, годы. Перихондрит, рубцовые сужения трахеи, рак гортани

Наиболее часто к непроходимости верхних дыхательных путей приводят следующие состояния:

Инородные тела дыхательных путей (при невозможности удалить их при прямой ларингоскопии и трахеобронхоскопии);

- Нарушение проходимости дыхательных путей при ранениях и закрытых травмах гортани и трахеи;
- Острые стенозы гортани при инфекционных заболеваниях (дифтерия, грипп, коклюш, корь, сыпной или возвратный тиф, рожа);
- Стенозы гортани при специфических инфекционных гранулемах (туберкулез, сифилис, склерома и др.);
- Острый стеноз гортани при неспецифических воспалительных заболеваниях (абсцедирующий ларингит, гортанная ангина, ложный круп);
- Стенозы гортани, вызванные злокачественными и доброкачественными опухолями (редко);
- Сдавление колец трахеи извне струмой, аневризмой, воспалительными инфильтратами шеи;
- Стенозы после химических ожогов слизистой оболочки трахеи уксусной эссенцией, каустической содой, парами серной или азотной кислоты и т. д.;
- Аллергический стеноз (острый аллергический отёк);

2. Необходимость респираторной поддержки у больных, находящихся на длительной искусственной вентиляции лёгких

Необходима при тяжелой черепно-мозговой травме, при отравлении барбитуратами, при ожоговой болезни, БАС (боковой амиотрофический склероз) и др.

33 Классификация

- По уровню рассечения трахеи относительно перешейка щитовидной железы различают верхнюю, среднюю и нижнюю трахеостомию.
- По направлению разреза трахеи — продольную, поперечную, П-образную (по Бьерку) трахеостомию.

Взрослым производят верхнюю трахеостомию, детям нижнюю, так как у них щитовидная железа расположена выше. Среднюю трахеостомию производят крайне редко, если невозможно произвести верхнюю или нижнюю, например, при особом анатомическом варианте расположения щитовидной железы или при опухоли щитовидной железы.

34 Инструментарий для трахеостомию



35

Трахеостомическая трубка с манжетой

Набор общехирургических инструментов: цапки, пинцеты анатомические, пинцеты хирургические, кровоостанавливающие зажимы Бильрота и Кохера, скальпель, прямые и куперовские ножницы, острые крючки, тупые крючки, зонд желобоватый, катетер эластичный для отсасывания крови, шприц, подходящий к катетеру, или хирургический электроаспиратор, подушка с кислородом, иглодержатели, 10—15 игл различных номеров.

Специальные инструменты для трахеостомию:

Трахеостомические канюли. Наибольшее распространение получила канюля Люэра, которая состоит из двух трубок — наружной и внутренней. Современная конструкция состоит из металлических колец и устроена по типу гофрированной трубки;

Острый однозубый трахеостомический крючок Шассиньяка, предназначенный для фиксации трахеи;

Тупой крючок для отодвигания перешейка щитовидной железы;

Трахеорасширитель для раздвигания краев разреза трахеи перед введением в её просвет канюли. Наибольшее распространение получили трахеорасширители Труссо (1830) и С. И. Вульфсона (1964).

36 Техника выполнения

Больной лежит на спине, под плечи подкладывается валик, голова запрокинута назад. Такое положение больного позволяет максимально приблизить гортань и трахею к передней поверхности шеи. Операцию производят как под эндотрахеальным наркозом, так и под местной анестезией. У детей, как правило, используется эндотрахеальный наркоз. Местную инфильтрационную анестезию выполняют 0,5—1% раствором новокаина или 0,5% раствором тримекаина. В экстремальных условиях оперируют без анестезии.

Техника верхней трахеостомии.

Проводят послойный разрез кожи, подкожной клетчатки, поверхностной фасции и белой линии шеи длиной 4-6 см от щитовидного хряща вниз, после чего обнажают грудино-щитовидную мышцу (*m.sternothyroideus*) правой и левой половин шеи. Раздвинув мышцы, находят перстневидный хрящ и лежащий под ним перешеек щитовидной железы. Рассекают листок внутришейной фасции (*f.endocervicalis*) в поперечном направлении, после чего отделяют перешеек от трахеи и отодвигают его тупым путём книзу, обнажив таким образом верхние хрящи трахеи. После этого фиксируют гортань однозубым остроконечным крючком, чтобы прекратить судорожные движения. Взяв в руку остроконечный скальпель лезвием кверху, оперирующий кладет указательный палец сбоку лезвия и, не доходя до кончика 1 см (чтобы не повредить заднюю стенку трахеи, вскрывает третий, а иногда и четвёртый хрящи трахеи, направляя скальпель от перешейка к гортани (вверх). После поступления воздуха в трахею дыхание на некоторое время прекращается, наступает апноэ с последующим переходом в резкий кашель. Только после этого в трахеостомическую рану вставляют трахеорасширитель. Раздвигая его, берут трахеостомическую канюлю и, поставив её поперек трахеи так, чтобы щиток был в сагиттальной плоскости, проводят в просвет трахеи. Расширитель извлекают, канюлю поворачивают так, чтобы щиток располагался во фронтальной плоскости с последующим продвижением канюли вниз и фиксацией её вокруг шеи. Кожную рану ушивают до трахеостомической трубки.

Техника нижней трахеостомии.

Разрез проводят от перстневидного хряща до вырезки грудины. Рассекают поверхностный листок собственной фасции шеи и проникают в надгрудинное межапоневротическое пространство (*spatium interaponeuroticum suprasternale*). Тупым способом разъединяют клетчатку и, отодвинув книзу венозную яремную дугу, рассекают глубокий листок собственной фасции шеи (лопаточно-ключичную фасцию) и обнажают мышцы (грудино-подъязычную и грудино-щитовидную) правой и левой половин шеи. Раздвинув мышцы в стороны, рассекают пристеночную пластинку внутришейной фасции (*f. endocervicalis*) и проникают в предтрахеальное пространство. В клетчатке этого пространства обнаруживают венозное сплетение и иногда низшую щитовидную артерию (*a. thyroidea ima*). Сосуды перевязывают и пересекают, а перешеек щитовидной железы оттягивают кверху. Трахею освобождают от покрывающего её висцерального листка внутришейной фасции и рассекают четвёртый и пятый хрящи трахеи. Скальпель необходимо держать, как указано выше, и направлять его от грудины к перешейку, чтобы не повредить плечеголовной ствол. Дальнейшие приёмы ничем не отличаются от указанных для верхней трахеостомии.

Техника крикоконикотомии.

1. Одномоментным вертикальным разрезом по срединной линии шеи ниже щитовидного хряща рассекаем кожу, дугу перстневидного хряща и щитоперстневидную связку;
2. В разрез вводим зажим и раздвигаем бранши, что обеспечивает поступление воздуха в дыхательные пути;
3. После исчезновения асфиксии крикоконикотомию заменяем трахеостомией

37 Ошибки и осложнения

38 Как любая серьёзная операция, трахеостомия имеет свои осложнения. Их тяжесть варьируется от косметических дефектов до летального исхода. Причём, чем больше времени прошло после операции, тем меньше вероятность возникновения и тяжёлых осложнений.

Осложнения, возникновение которых возможно в процессе выполнения операции:

Разрез, проведенный не по срединной линии шеи, может привести к повреждению шейных

вен, а иногда и сонной артерии (не следует забывать о возможности возникновения воздушной эмболии при повреждении шейных вен).

Недостаточный гемостаз перед вскрытием трахеи может повлечь за собой затекание крови в бронхи и развитие асфиксии.

Длина разреза трахеи должна по возможности соответствовать диаметру канюли.

Ранение задней стенки пищевода.

Перед введением канюли следует убедиться, что слизистая оболочка трахеи рассечена, а просвет её вскрыт, иначе можно ввести канюлю в подслизистый слой, что приведёт к выпячиванию слизистой оболочки в просвет трахеи и усилению асфиксии.

Осложнения, возникновение которых возможно сразу после выполнения операции: существует угроза гипоксии, перфорации задней стенки трахеи, перелома кольца трахеи, ранения пищевода, подкожной эмфиземы, пневмоторакса.

В более позднем послеоперационном периоде может возникать гнойный трахеобронхит, стеноз трахеи, трахеальная фистула, изменение голоса, а из косметических осложнений — грубые шрамы на коже в области трахеостомы.

Большое число осложнений после трахеостомии возникает в результате закупорки трубки, несоответствия её размеров и трахеи, неправильного положения трубки в трахее, её смещения и выпадения.

39

40 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 (модулю) выставляется оценка «неудовлетворительно».

41 Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

4.3 Методика проведения устного собеседования

42 **Целью процедуры** промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

43 Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

44 Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

45 Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

46 Период проведения процедуры:

47 Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с приказом о проведении промежуточной аттестации. Деканатом факультета может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

48 Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

49 Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

50 Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

51 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.

52 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 (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по вопросам билета и (или) по ситуационной(ым) задаче(ам). Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме экзамена определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Результаты процедуры:

53 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.

54 По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

55

Составитель: П.Г.Онучин

Зав. кафедрой В.А. Бахтин