

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

Кафедра общей хирургии

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе,
председатель ЦКМС



Л.А. Мурашова

«16» марта 2023 г.

Рабочая программа дисциплины

ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

для студентов IV курса,

специальность

31.05.02 Педиатрия

форма обучения

очная

Рабочая программа модуля обсужде-
на на заседании кафедры г.

протокол №

Зав. кафедрой, д.м.н. Сергеев А.Н.

Разработчик рабочей программы:

д.м.н., профессор

Сергеев Н.А.

Тверь, 2023

I. Внешняя рецензия дана главным врачом Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Городская клиническая больница скорой медицинской помощи Шахматовым К.Л.

Рабочая программа рассмотрена на заседании профильного методического совета 09.02.2023 г. (протокол №2).

Рабочая программа рекомендована к утверждению на заседании центрального координационно-методического совета 16 марта 2023 года (протокол № 7)

II. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности **31.05.02 Педиатрия**, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является формирование у обучающихся общепрофессиональных компетенций для оказания квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами освоения дисциплины являются:

медицинская деятельность:

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- диагностика неотложных состояний;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;
- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

организационно-управленческая деятельность:

- ведение медицинской документации;
- соблюдение основных требований информационной безопасности.

научно-исследовательская деятельность:

- анализ научной литературы и официальных статистических обзоров, участие в проведении статистического анализа и публичное представление полученных результатов;
- участие в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области здравоохранения по диагностике, лечению, медицинской реабилитации и профилактике.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Индикатор достижения	Планируемые результаты обучения
--------------------------------	-----------------------------	--

<p>ОПК – 4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза</p>	<p>ИОПК – 4.1 Применяет медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи</p> <p>ИОПК– 4.2 Владеет алгоритмом применения медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, при наиболее распространенных заболеваниях. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками применения медицинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи, при наиболее распространенных заболеваниях. <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у взрослых пациентов (их законных представителей); - клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у взрослых пациентов (их законных представителей); - применять методы осмотра и физикального обследования взрослых и интерпретировать их результаты. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у взрослых пациентов (их законных представителей); - навыками осмотра и физикального обследования взрослых.
---	---	--

	<p>ИОПК– 4.3 Обосновывает выбор использования медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач</p> <p>ИОПК-4.4 Оценивает результаты использова-</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья и диагностики наиболее распространенных заболеваний; - медицинские показания к проведению исследований. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять план проведения дополнительных лабораторных и инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов у взрослых в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; - направлять взрослых на дополнительные лабораторные и инструментальные исследования и консультации к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками использования дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, консультаций врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правила интерпретации ре-
--	---	--

<p>ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности</p>	<p>ния инструментальных методов обследования при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины</p> <p>ИОПК-7.1 Умеет применять лекарственные препараты и медицинские изделия для лечения патологических заболеваний и состояний</p>	<p>зультатов исследований;</p> <ul style="list-style-type: none"> - международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - интерпретировать результаты дополнительных лабораторных и инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов; - формулировать диагноз заболеваний. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками установления диагноза в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разрабатывать план лечения взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками назначения медикаментозного и немедикаментозного лечения при наиболее распространенных заболеваниях.
--	---	--

	<p>ИОПК-7.2 Умеет использовать современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ИОПК-7.3 Владеет методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины</p> <p>ИОПК-7.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний, механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разрабатывать план лечения взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками назначения лечения взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы контроля эффективности применения лекарственных препаратов. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять контроль эффективности применения лекарственной терапии. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками контроля эффективности лечения. <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реак-
--	--	--

	состояния организма	<p>ции, в том числе серьезные и непредвиденные.</p> <p>Уметь:</p> <p>- предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения.</p> <p>Владеть:</p> <p>- навыками осуществления контроля безопасности лечения.</p>
--	---------------------	---

3. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы

Дисциплина «Факультетская хирургия» входит в Обязательную часть Блока 1 ОПОП специалитета. Содержательно он закладывает основы знаний и практических умений в работе с больными, страдающими наиболее часто встречающимися и типично протекающими хирургическими заболеваниями.

Данная дисциплина – это этап изучения основных заболеваний хирургического профиля в соответствии с принципом их распределения по органной патологии. В процессе освоения дисциплины обучающиеся должны совершенствовать свои знания и приобретенные компетенции по разделам хирургии, входящим в его программу, ознакомиться с наиболее часто встречающимися и типично протекающими хирургическими заболеваниями. В рамках данной дисциплины проводится изучение следующих разделов хирургии: абдоминальная хирургия, торакальная хирургия, сосудистая хирургия, эндокринологическая хирургия.

Факультетская хирургия непосредственно связана со следующими дисциплинами: анатомия человека, топографическая анатомия и оперативная хирургия, общая хирургия, пропедевтика внутренних болезней, детская хирургия, акушерство и гинекология. Преподавание дисциплины основано на современных представлениях об этиологии и патогенезе хирургических заболеваний, принципах и методах их диагностики, классификации, а также способах профилактики и лечения (консервативного, оперативного) больных, соответствующих принципам доказательной медицины.

В процессе изучения дисциплины «Факультетская хирургия» расширяются знания, навыки и компетенции, необходимые для успешной профессиональной деятельности «врача-педиатра участкового».

Требования к «входным» знаниям обучающегося для успешного освоения дисциплины:

- знать анатомо-физиологические особенности взрослого человека,
- иметь представление о способах построения диагноза «хирургического» больного и выборе методов консервативного и оперативного лечения этой категории больных.

Перечень дисциплин, усвоение которых необходимо обучающимся для изучения факультетской хирургии:

- Анатомия
Разделы: анатомия груди, живота, кровеносных сосудов, желез.
- Физиология
Разделы: физиология органов дыхания, кровообращения, пищеварения, желез внутренней и внешней секреции.
- Биохимия
Разделы: обмен веществ, биохимия питания, биохимия крови.
- Патологическая анатомия
Разделы: врожденные пороки развития; болезни органов дыхания, кровообращения, пищеварения, желез внутренней и внешней секреции.
- Патологическая физиология
Разделы: патофизиологические особенности метаболизма, воспаление, патофизиология гемостаза.
- Микробиология, иммунология
Разделы: учение об инфекциях, учение об иммунитете.
- Гигиена
Разделы: гигиенические аспекты работы хирургических стационаров и кабинетов поликлиник, гигиенические аспекты рационального питания.
- Пропедевтика внутренних болезней
Разделы: методика обследования взрослого человека, семиотика заболеваний.
- Оперативная хирургия и топографическая анатомия
Разделы: топографическая анатомия груди, живота, кровеносных сосудов, желез внутренней и внешней секреции; техника выполнения основных хирургических операций.
- Общая хирургия
Разделы: асептика и антисептика; кровотечение, группы крови и Rh-фактор; учение о ранах, основы гнойно-септической хирургии.

Перечень дисциплин и практик, для которых освоение данной дисциплины необходимо как предшествующее:

- Госпитальная хирургия.
- Клиническая практика хирургического профиля.

4. Объем дисциплины составляет 6 зачетных единиц, 216 академических часов, в том числе 112 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, 68 часов самостоятельной работы обучающихся и 36 часов самостоятельной работы на экзамен.

5. Образовательные технологии

В процессе освоения дисциплины используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций.

Традиционная лекция, разбор клинических случаев, подготовка и защита истории болезни, активизация творческой деятельности, деловая и ролевая учебные игры, учебно-исследовательская работа обучающихся, участие в научно-практических конференциях, подготовка и защита рефератов.

Элементы, входящие в самостоятельную работу обучающегося: подготовка к клиническим практическим занятиям, написание истории болезни, составление программ лечения (инфузионной терапии, оперативных методов), работа в библиотеке (в том числе электронной), подготовка к экзамену.

6. Формы промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в VIII семестре в форме трехэтапного курсового экзамена.

III. Учебная программа дисциплины

1. Содержание дисциплины

Содержание лекций

Тема 1. Острый аппендицит (2 часа)

Актуальность проблемы. Анатомо-физиологические сведения. Этиология и патогенез. Классификация. Патологоанатомическая картина. Клиника заболевания. Особенности течения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Аппендэктомия – техника операции. Послеоперационное течение. Роль лапароскопии в диагностике и лечении острого аппендицита.

Тема 2. Осложнения острого аппендицита (2 часа)

Перфоративный аппендицит. Аппендикулярный инфильтрат. Аппендикулярный абсцесс. Абсцесс дугласова пространства. Перитонит. Пилефлебит. Причины осложнений острого аппендицита. Клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение осложнений острого аппендицита.

Тема 3. Брюшные грыжи (2 часа)

Распространенность заболевания. Определение наружных грыж живота. Актуальность проблемы. Анатомо-физиологические сведения о грыжах. Элементы наружных грыж живота. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Паховые грыжи. Бедренные грыжи. Пупочные грыжи. Оперативное лечение наружных грыж живота. Техника хирургических вмешательств. Лапароскопическая герниопластика.

Тема 4. Осложнения брюшных грыж (2 часа)

Невправимость. Ущемление. Воспаление. Копростаз. Травматизация. Малигнизация. Этиопатогенез. Клиническая картина ущемлённой грыжи. Особые виды ущемлений (пристеночное, ретроградное). Хирургическая тактика при ущемленных грыжах. Особенности оперативного лечения ущемлённых грыж. Оценка жизнеспособности ущемленного органа. Хирургическое лечение наружных брюшных грыж при их воспалении.

Тема 5. Желчнокаменная болезнь. Холецистит (2 часа)

Частота встречаемости желчнокаменной болезни (ЖКБ). Этиология и патогенез ЖКБ. Клиническая картина и диагностика. Рентгенологические и ультразвуковые методы диагностики ЖКБ. Лечение.

Острый холецистит. Этиопатогенез. Классификация. Клиническая картина катарального, флегмонозного и гангренозного холецистита. Лабораторная, ультразвуковая и эндоскопическая диагностика. Хирургическая тактика. Консервативное и оперативное лечение острого холецистита. Методы удаления желчного пузыря. Холецистостомия. Лапароскопическая микрохолецистостомия.

Хронический калькулезный холецистит. Клиническая картина. Осложнения. Рентгенологическая, ультразвуковая и эндоскопическая диагностика (холецистохолангиография, УЗИ, эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография, лапароскопическая холецистохолангиография, интраоперационная холангиография). Лапароскопическая холецистэктомия. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа.

Тема 6. Механическая желтуха (2 часа)

Определение. Причины развития. Диагностика (клиническая, лабораторная, УЗИ, компьютерная томография, эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография, лапароскопия, лапароскопическая холецистохолангиография, чрескожная чреспеченочная холангиография). Консервативное лечение. Декомпрессия желчных протоков (инструментальные малоинвазивные технологии). Хирургические вмешательства на желчных путях.

Тема 7. Острый панкреатит (2 часа)

Заболеваемость острым панкреатитом. Этиология и патогенез заболевания. Классификация. Осложнения. Клиническая картина и варианты клинического течения острого панкреатита. Диагностика (лабораторная, рентгенологическая, ультразвуковая, инструментальная, эндоскопическая). Лечение заболевания. Консервативное лечение (интенсивная терапия). Хирургическая стратегия. Возможности малоинвазивной хирургии.

Тема 8. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (2 часа)

Актуальность проблемы. Распространенность. Анатомо-физиологические сведения. Этиология и патогенез язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Патологическая анатомия. Клиническая картина (боли, рвота, изжога). Рентгенологическая диагностика. Эндоскопическая диагностика. Возможности эзофагогастродуоденоскопии. Лечение. Исторический экскурс. Варианты резекции желудка (операция Бильрот–I, модификации операции Бильрот–II). Постгастрорезекционные синдромы. Органосохраняющие операции. Диспансеризация больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Тема 9. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (2 часа)

Перфорация. Прикрытая перфорация. Клиническая картина. Особенности диагностики. Значение рентгенологических и эндоскопических методов исследования в диагностике данного осложнения. Выбор метода хирургического лечения. Особенности техники ушивания перфоративного отверстия. Первичная резекция желудка.

Пенетрация. Клиническая картина и ее динамика. Рентгенологическая и эндоскопическая диагностика. Особенности оперативного лечения.

Кровотечение. Клиника и дифференциальная диагностика гастродуоденальных кровотечений. Значение неотложной эзофагогастродуоденоскопии в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии. Консервативное лечение. Показания к операции. Методы оперативного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

Стеноз. Клиническая картина стеноза пилородуоденальной зоны язвенной этиологии. Классификация. Рентгенологические и эндоскопические признаки стеноза. Особенности предоперационной подготовки больных с этим осложнением язвенной болезни. Варианты хирургического лечения.

Малигнизация язв. Значение эндоскопической диагностики (прицельная биопсия тканей, роль цитологических и гистологических методов исследования). Принципы оперативного лечения малигнизированных язв.

Тема 10. Непроходимость кишечника (2 часа)

Классификация кишечной непроходимости. Этиология и патогенез заболевания. Патоморфология. Клиническая картина. Стадии острой кишечной непроходимости. Рентгенологическая диагностика. Колоноскопия. Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Оперативное лечение. Этапы хирургического вмешательства (хирургический доступ, ревизия брюшной полости с целью обнаружения причины непроходимости, восстановление пассажа кишечного содержимого или его отведение наружу, оценка жизнеспособности кишечника, резекция кишечника, наложение межкишечного анастомоза, назоинтестинальная интубация, санация и дренирование брюшной полости, закрытие операционной раны). Послеоперационное ведение больных.

Тема 11. Перитонит (2 часа)

Классификация перитонита. Анатомо-физиологические сведения. Этиология и патогенез вторичного гнойного перитонита. Алгоритм диагностики перитонита. Особенности предоперационной подготовки. Оперативное лечение. Основные этапы хирургического вмешательства (оперативный доступ, ревизия брюшной полости с целью поиска источника перитонита, устранение источника перитонита, санация брюшной полости, дренирование кишечника, дренирование брюшной полости, создание условий для пролонгированной санации брюшной полости в послеоперационном периоде). Интенсивная терапия в послеоперационном периоде.

Тема 12. Нагноительные заболевания лёгких и плевры (2 часа)

Абсцесс легкого (одиночный абсцесс, множественные абсцессы). Этиология и патогенез. Патологоанатомическая картина. Клиника заболевания. Диагно-

стика (рентгенография грудной клетки, компьютерная томография). Дифференциальная диагностика. Осложнения. Консервативное лечение. Хирургическое лечение (пневмокапсулотомия, троакарная пункция и дренирование полости абсцесса, дренирование полости абсцесса через бронхи, резекция легкого при легочном кровотечении).

Гангрена легкого. Клиническая картина и диагностика (рентгенография грудной клетки, компьютерная томография, бронхоскопия). Дифференциальная диагностика. Интенсивная терапия. Хирургическое лечение (пневмон- или лобэктомия).

Бронхоэктатическая болезнь. Этиология и патогенез. Патологоанатомическая картина. Стадии бронхоэктатической болезни. Клиническая картина и диагностика. Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Хирургическое лечение (сегментэктомия, лобэктомия, билобэктомия, двусторонние резекции легких).

Эмпиема плевры. Определение понятия и основные причины развития эмпиемы. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Консервативное лечение. Пункция плевральной полости. Дренирование плевральной полости с постоянной аспирацией содержимого. Постоянное промывание плевральной полости (плевральный лаваж). Хирургическое лечение. Торакотомия (видеоторакоскопия), санация и дренирование плевральной полости. Декортикация легкого.

Пиопневмоторакс. Причины развития. Тотальный и ограниченный пиопневмоторакс. Особенности их развития и клинического течения. Диагностика. Лечение.

Тема 13. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (2 часа)

Основные черты патологии. Классификация. Стадии хронической артериальной недостаточности нижних конечностей по Фонтейну–Покровскому. Клиническая картина. Симптом перемежающейся хромоты. Окклюзия бифуркации аорты и подвздошных артерий (синдром Лериша). Окклюзия бедренных и подколенных артерий. Диагностика. Ультразвуковое доплеровское исследование. Ультразвуковое дуплексное сканирование. Чрескожное измерение напряжения кислорода. Ангиография. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Консервативное лечение. Оперативное лечение. Эндovasкулярные вмешательства (бужирование, баллонная ангиопластика, внутрисосудистое стентирование). Открытые операции (эндартерэктомия, шунтирование, протезирование, не прямые методы реваскуляризации, ампутации конечностей). Осложнения. Прогноз. Диспансеризация больных с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей.

Тема 14. Варикозное расширение вен нижних конечностей (2 часа)

Анатомо-физиологические сведения. Этиология варикозного расширения вен нижних конечностей. Классификация (СЕАР). Клиническая картина. Функциональные пробы. Ультразвуковая доплерография. Ультразвуковое ангиосканирование. Флебография. Дифференциальная диагностика. Лечение. Эластическая компрессия (эластические бинты, медицинский трикотаж). Фармакотерапия (системные и топические средства). Флебосклерозирующее лечение (склеротера-

пия). Хирургическое лечение. Показания к оперативному лечению. Операции разобщения (Троянова–Тренделенбурга, Коккета, эндоскопическая подфасциальная диссекция перфорантных вен). Удаление подкожных вен (флебэктомия). Операции Бэбкока, Нарата (минифлебэктомия). Лазерная и радиочастотная облитерация магистральных подкожных вен. Пластические вмешательства, направленные на восстановление нормальных функций клапанного аппарата вен. Рецидив варикозной болезни (истинный, ложный). Осложнения (кровотечение, трофические язвы).

**Тема 15. Острый тромбоз поверхностных вен нижних конечностей
Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей
Посттромбозный синдром (2 часа)**

Тромбозы и флеботромбозы. Илеофemorальный тромбоз. Этиология. Лабораторная диагностика (коагулограмма). Дифференциальная диагностика. Посттромбозный синдром. Ультразвуковая диагностика. Хроническая венозная недостаточность. Классификация по CEAP. Методы лечения. Венозные трофические язвы. Клиника. Принципы консервативного и комплексного лечения. Лазеротерапия.

**Тема 16. Инструментальные методы диагностики и лечения
в хирургии (2 часа)**

Принципиальное устройство жестких и гибких эндоскопов. Дезинфекция и стерилизация эндоскопов. Показания к применению диагностической и лечебной эндоскопии. Техника выполнения наиболее распространенных эндоскопических исследований: эзофагогастродуоденоскопии, лапароскопии, ректоромано- и колоноскопии. Прицельная биопсия тканей. Эндоскопическая семиотика заболеваний. Контрольно-динамические исследования. Методы лечебной эндоскопии: введение лекарственных препаратов, лазеротерапия, электрокоагуляция, клипирование.

Содержание клинических практических занятий

**Тема 1. Методика обследования хирургического больного
История болезни (4 часа)**

Методика обследования хирургического больного. Выявление жалоб. Сбор анамнеза. Осмотр. Пальпация. Перкуссия. Аускультация. Местный статус. Диагностическое значение лабораторных и специальных (рентгенологических и инструментальных) методов исследования. Построение диагноза.

Схема истории болезни хирургического больного. Основные разделы истории болезни. Правила её оформления.

Тема 2. Острый аппендицит (4 часа)

Актуальность проблемы. Анатомо-физиологические сведения. Этиология, патогенез, клиника, диагностика (симптомы острого аппендицита), дифференциальная диагностика. Оперативное лечение. Показания к операции. Техника аппендэктомии. Роль лапароскопии в диагностике и хирургическом лечении острого аппендицита.

Тема 3. Осложнения острого аппендицита (4 часа)

Перфоративный аппендицит. Аппендикулярный инфильтрат. Аппендикулярный абсцесс. Абсцесс дугласова пространства. Перитонит. Пилефлебит. При-

чины возникновения. Клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика. Послеоперационные осложнения. Консервативное и оперативное лечение осложнений острого аппендицита.

Тема 4. Брюшные грыжи (4 часа)

Актуальность темы. Анатомо-физиологические сведения. Этиология. Патогенез. Классификация грыж. Элементы грыжи. Особенности диагностики наружных грыж живота. Принципы лечения брюшных грыж, частота рецидивов.

Паховая грыжа. Анатомическое строение пахового канала. Частота распространения. Классификация. Скользящая паховая грыжа. Особенности диагностики. Оперативное лечение паховых грыж. Методы укрепления задней стенки пахового канала.

Бедренная грыжа. Бедренный канал. Особенности диагностики. Дифференциальная диагностика. Принципы хирургического лечения бедренных грыж.

Пупочная грыжа. Анатомические предпосылки. Частота распространения, диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение пупочных грыж.

Тема 5. Осложнения брюшных грыж (4 часа)

Невправимость. Ущемление. Воспаление. Копростаз. Травматизация. Малигнизация. Этиопатогенез. Клиническая картина ущемлённой грыжи. Особые виды ущемлений (пристеночное, ретроградное). Хирургическая тактика при ущемленных грыжах. Особенности оперативного лечения ущемлённых грыж. Оценка жизнеспособности ущемленного органа. Хирургическое лечение наружных брюшных грыж при их воспалении.

Тема 6. Желчнокаменная болезнь. Холецистит (4 часа)

Желчнокаменная болезнь. Этиология, патогенез, клиника. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Острый холецистит. Этиопатогенез. Диагностика и дифференциальная диагностика острого холецистита. Хирургическая тактика. Консервативное лечение. Лапароскопическая микрохолецистостомия. Способы холецистэктомии. Холецистостомия. Способы наружного дренирования холедоха. Послеоперационное ведение больных.

Хронический калькулезный холецистит. Клиническая картина. Рентгенологическая, ультразвуковая и эндоскопическая диагностика. Холецистэктомия. Малоинвазивные технологии (холецистэктомия из минидоступа, лапароскопическая холецистэктомия).

Тема 7. Острый панкреатит (4 часа)

Распространенность острого панкреатита. Анатомо-физиологические особенности. Этиология и патогенез заболевания. Классификация. Клиническая картина (симптомы Воскресенского, Мейо-Робсона) и варианты течения острого панкреатита. Диагностика (лабораторная, рентгенологическая, ультразвуковая, инструментальная, эндоскопическая). Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Консервативное лечение (интенсивная терапия). Показания к оперативному лечению. Техника операций. Возможности малоинвазивной хирургии.

Тема 8. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (4 часа) (поликлиника)

Хирургическая анатомия желудка и двенадцатиперстной кишки. Классификация. Клиника заболевания. Значение рентгенологических методов исследования и эзофагогастродуоденоскопии в диагностике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Показания к операции при неосложнённой язве. Техника резекции желудка по Бильрот-I и Бильрот-II. Модификации операции Бильрот-II. Органосохраняющие операции в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Селективная проксимальная ваготомия и дренирующие операции.

Тема 9. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (5 часов)

Клиническая картина перфоративной язвы желудка. Прикрытая перфорация. Способы обнаружения свободного газа и жидкости в брюшной полости. Значение рентгенологических и эндоскопических методов исследования в диагностике прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Выбор метода лечения больного с данной патологией. Особенности техники ушивания перфоративной язвы. Первичная резекция желудка.

Пенетрация. Динамика клинической картины. Рентгенологическая и эндоскопическая диагностика. Особенности оперативного лечения.

Клиника и дифференциальная диагностика гастродуоденальных кровотечений. Значение неотложной эзофагогастродуоденоскопии в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии. Консервативное лечение. Показания к операции. Методы оперативного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

Клиника стеноза пилородуоденальной зоны язвенной этиологии. Классификация. Рентгенологические и эндоскопические признаки стеноза. Особенности предоперационной подготовки больных с этим осложнением язвенной болезни. Оперативное лечение.

Малигнизация язв. Значение эндоскопической диагностики (прицельная биопсия тканей, роль цитологических и гистологических методов исследования). Принципы оперативного лечения малигнизированных язв.

Тема 10. Непроходимость кишечника (4 часа)

Классификация кишечной непроходимости. Клиническая картина различных вариантов механической и динамической кишечной непроходимости. Зависимость клинических проявлений заболевания от уровня непроходимости и давности процесса. Рентгенологическая диагностика кишечной непроходимости. Консервативное лечение (лекарственная терапия, новокаиновые блокады). Показания к оперативному лечению. Техника операций при наиболее часто встречающихся разновидностях механической кишечной непроходимости.

Тема 11. Перитонит (4 часа)

Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лапароскопия. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Консервативное лечение перитонита в до- и послеоперационном периоде. Оперативные доступы. Этапы оперативного вмешательства. Зависимость метода хирургического лечения от распространённости и локализации воспалительного процесса.

Профилактика послеоперационного перитонита. Способы дренирования брюшной полости.

Тема 12. Абдоминальная травма (4 часа)

Классификация травм живота. Тупая травма живота. Обследование пострадавших с тупой травмой живота. Политравма, множественные критические повреждения живота. Клиническая картина множественных повреждений органов брюшной полости. Лечение пострадавших с абдоминальной травмой.

Тема 13. Заболевания прямой кишки (5 часов)

(поликлиника)

Хирургическая анатомия прямой кишки. Клиническая картина острого и хронического парапроктита, геморроя, трещины заднего прохода и выпадения прямой кишки. Диагностика заболеваний прямой кишки. Пальцевое ректальное исследование. Исследование дистальных отделов прямой кишки с помощью ректального зеркала. Ректороманоскопия. Колоноскопия. Ирригоскопия. Фистулография. Консервативное лечение геморроя и трещины заднего прохода. Показания к оперативному лечению неспецифических хирургических заболеваний прямой кишки. Особенности хирургического лечения острого и хронического парапроктита. Принципы оперативного лечения геморроя и трещины заднего прохода. Паллиативные и радикальные операции, выполняемые по поводу выпадения прямой кишки.

Тема 14. Заболевания щитовидной железы (4 часа)

(поликлиника)

Анатомо-физиологические особенности щитовидной железы. Классификация зоба. Степени увеличения щитовидной железы. Клиническая картина. Диагностика (лабораторная, рентгенологическая, ультразвуковая, радиоизотопная). Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению зоба. Субтотальная, субфасциальная резекция щитовидной железы (обезболивание, техника, опасности и осложнения).

Тема 15. Заболевания молочной железы (4 часа)

(поликлиника)

Анатомо-физиологические сведения. Молочная железа как гормонально зависимый орган. Методы обследования (самоисследование, осмотр, пальпация, УЗИ, маммография, дуктография, магнитно-резонансная томография, пункционная биопсия, морфологические исследования).

Острый мастит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Консервативное лечение. Хирургическое лечение (оперативные доступы). Профилактика.

Дисгормональные дисплазии молочных желез. Мастопатия (фиброзно-кистозная болезнь). Этиология. Клиника и диагностика. Консервативное лечение. Секторальная резекция молочной железы.

Доброкачественные опухоли молочной железы. Аденома и фибroadенома. Патологоанатомическая картина. Клиника и диагностика. Хирургическое лечение (удаление опухоли, секторальная резекция молочной железы).

Тема 16. Нагноительные заболевания легких и плевры (5 часов)

Абсцесс легкого. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Консервативное лечение. Хирургическое лечение (пневмокапсулотомия, троакарная пункция и дренирование полости абсцесса, дренирование полости абсцесса через бронхи, резекция легкого при легочном кровотечении).

Гангрена легкого. Клиническая картина и диагностика заболевания. Дифференциальная диагностика. Интенсивная терапия. Хирургическое лечение гангрены легкого (пневмон- или лобэктомия).

Бронхоэктатическая болезнь. Этиология и патогенез. Стадии болезни. Клиническая картина и диагностика (бронхография). Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Хирургическое лечение (сегментэктомия, лобэктомия, билобэктомия).

Эмпиема плевры. Причины развития. Классификация. Клиника и диагностика. Консервативное лечение. Пункция плевральной полости. Дренирование плевральной полости с аспирацией содержимого. Плевральный лаваж. Хирургическое лечение. Торакотомия или видеоторакоскопия, санация и дренирование плевральной полости.

Пиопневмоторакс. Причины развития. Особенности клинического течения. Диагностика. Лечение.

Тема 17. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (4 часа) (поликлиника)

Хирургическая анатомия магистральных артерий (дистального отдела аорты, подвздошных артерий и артерий нижних конечностей). Классификация. Стадии хронической артериальной недостаточности нижних конечностей. Клиника и диагностика (ультразвуковая диагностика, ангиография). Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Консервативное лечение. Оперативное лечение. Эндоваскулярные вмешательства. Открытые операции (показания, техника выполнения). Паллиативные операции. Осложнения.

Тема 18. Варикозное расширение вен нижних конечностей (4 часа)

Хирургическая анатомия вен нижних конечностей. Особенности венозной гемодинамики. Этиология и патогенез варикозного расширения вен нижних конечностей. Клиническая картина. Осложнения (кровотечение, венозные трофические язвы – варикозные). Диагностика. Функциональные пробы. Флебодиагностика (ретроградная, дистальная–восходящая). Допплерография. Дуплексное флебоангиосканирование. Лечение. Компрессионное лечение. Лекарственная терапия. Склеротерапия. Разновидности оперативного лечения. Эндоскопическая подфасциальная диссекция перфорантных вен. Малоинвазивные технологии. Профилактика заболевания и его осложнений.

Тема 19. Острый тромбоз поверхностных вен нижних конечностей

Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей

Посттромбозный синдром (5 часов)

Тромбозы и флеботромбозы. Илеофemorальный тромбоз. Этиология. Лабораторная диагностика (коагулограмма). Дифференциальная диагностика. Лечение (консервативное, оперативное). Профилактика острых тромбозов глубоких вен нижних конечностей и тромбозов легочных артерий.

Посттромбофлебитический синдром. Хроническая венозная недостаточность. Классификация по CEAP. Ультразвуковая диагностика. Методы лечения. Венозные трофические язвы (посттромботические). Клиника. Принципы консервативного и комплексного лечения. Лазеротерапия. Особенности лечения посттромботических язв нижних конечностей у пациентов пожилого и старческого возраста.

2. Учебно – тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций

Коды (номера)	Контактная работа обучающихся с преподавателем		Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену	Итого часов	Формируемые компетенции		Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т. ч. рубежного контроля успеваемости
	Лекции	Клинические практические занятия				ОПК - 4	ОПК - 7		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
КПЗ – 1		4	4	4	8	X		АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, ИБ
Л – 1, КПЗ – 2	2	4	6	3	9	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС
Л – 2, КПЗ – 3	2	4	6	3	9	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС
Л – 3, КПЗ – 4	2	4	6	4	10	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС
Л – 4, КПЗ – 5	2	4	6	3	9	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС
Л – 5, КПЗ – 6	2	4	6	3	9	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС
Л – 6	2		2		2			Л	
Л – 7, КПЗ – 7	2	4	6	4	10	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС
Л – 8	2		2		2			Л	
КПЗ – 8		4	4	3	7	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС
Л – 9, КПЗ – 9	2	5	7	4	11			Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС
Л – 10, КПЗ – 10	2	4	6	3	9	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС
Л – 11, КПЗ – 11	2	4	6	4	10			Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС
КПЗ – 12		4	4	4	8	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС
КПЗ – 13		5	5	4	9	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС
КПЗ – 14		4	4	3	7	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС
КПЗ – 15		4	4	3	7	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС
Л -12, КПЗ - 16	2	5	7	4	11	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС
Л – 13, КПЗ – 17	2	4	6	4	10	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС
Л – 14, КПЗ – 18	2	4	6	4	10	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС
Л – 15	2		2		2			Л	
Л – 16	2		2		2			Л	
КПЗ – 19		5	5	4	9	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС
Экзамен				36					
Итого	32	80	112	68	216				

Список сокращений:

Образовательные технологии, способы и методы обучения: клиническое практическое занятие (КПЗ), традиционная лекция (Л), активизация творческой деятельности (АТД), разбор клинических случаев (КС), учебно-исследовательская работа студента (УИРС).

Формы текущего, в т. ч. рубежного контроля успеваемости: Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, ИБ – написание и защита истории болезни.

IV. Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций.

Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций приведен в приложении № 1 (прилагается).

1. Оценочные средства для текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме

(один ответ правильный)

1. ПРИСТУП ПЕЧЕНОЧНОЙ КОЛИКИ ВОЗНИКАЕТ:

- а) внезапно, остро
- б) после продромального периода
- в) исподволь, постепенно
- г) после длительного голодания
- д) после переохлаждения

Эталон ответа: а

2. ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ ОБЫЧНО НАЧИНАЕТСЯ С:

- а) повышения температуры
- б) появления рвоты
- в) болей в правом подреберье
- г) расстройства стула
- д) тяжести в эпигастральной области

Эталон ответа: в

3. ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО НЕОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) диастазурия
- б) лейкоцитоз
- в) гипогликемия
- г) глюкозурия
- д) гипербилирубинемия

Эталон ответа: б

4. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) аппендикулярный инфильтрат
- б) инфаркт миокарда
- в) вторая половина беременности
- г) геморрагический диатез
- д) разлитой перитонит

Эталон ответа: а

5. ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ КАТАРАЛЬНОМ АППЕНДИЦИТЕ НАЗНАЧАЮТ:

- а) антибиотики

- б) анальгетики
- в) сульфаниламиды
- г) слабительные
- д) все перечисленное

Эталон ответа: б

Критерии оценки тестового контроля

Оценка «Отлично»: до 6 % неправильных ответов.

Оценка «Хорошо»: 7–20 % неправильных ответов.

Оценка «Удовлетворительно»: 21–30 % неправильных ответов.

Оценка «Неудовлетворительно»: более 30% неправильных ответов.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1

Симптомы, наиболее часто выявляемые при остром аппендиците.

Эталон ответа:

Кохера–Волковича, Воскресенского, Ровзинга, Ситковского, Раздольского, Бартомье–Михельсона, Образцова, Щеткина–Блумберга.

2

Определение аппендикулярного инфильтрата.

Эталон ответа:

Аппендикулярный инфильтрат представляет собой конгломерат органов брюшной полости, спаянных между собой, в центре которого находится деструктивно измененный червеобразный отросток.

3

Какими тканями образованы стенки пахового канала?

Эталон ответа:

Передняя стенка образована апоневрозом наружной косой мышцы живота, задняя стенка – поперечной фасцией, верхняя – нижними краями внутренней косой и поперечной мышц живота, нижняя – пупартовой связкой.

4

В чем заключается симптом Ортнера?

Эталон ответа:

Симптом Ортнера – болезненность при поколачивании по правой реберной дуге ребром ладони.

5

В чем заключается симптом Мюсси-Георгиевского?

Эталон ответа:

Симптом Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом) – болезненность при пальпации между ножками правой кивательной мышцы.

Критерии оценки при собеседовании

Оценка «Отлично» – студент правильно и полно отвечает на контрольные вопросы.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на контрольные вопросы, однако допускает при этом ошибки непринципиального характера.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом отвечает на контрольные вопросы и допускает при этом серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент неправильно отвечает на поставленные вопросы.

Примеры ситуационных задач

1

Больной 26 лет поступил в хирургическое отделение на 4-й день заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у больного острый аппендицит. Однако при этом в правой подвздошной области отчетливо определяется плотное неподвижное образование размерами 12 x 10 см болезненное при пальпации. Общее состояние больного вполне удовлетворительное, перитонеальные симптомы не выражены.

Задание:

Какой диагноз Вы поставите?

Как будете лечить больного?

Как Вы поступите, если после проведенного Вами лечения состояние больного нормализуется?

2

У больной 57 лет при проведении операции по поводу острого флегмонозного холецистита выявлен плотный воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, в котором элементы связки не дифференцируются.

Задание:

Каким способом лучше произвести холецистэктомию?

3

Больному 46 лет, предъявляющему жалобы на постоянные боли в эпигастриальной области, стихающие на короткое время после еды, и заметное снижение веса, произведено рентгенологическое исследование желудка. При этом в нижней трети тела желудка на малой кривизне отчетливо выявлен симптом «ниши».

Задание:

Какой диагноз Вы поставите?

Какими методами исследования можно уточнить диагноз?

Эталоны ответов к ситуационным задачам

1

Острый аппендицит, осложненный аппендикулярным инфильтратом.

Лечение консервативное: постельный режим, диета, антибиотикотерапия, физиолечение.

Через 2-3 месяца после «рассасывания» инфильтрата необходимо выполнить аппендэктомию в плановом порядке.

2

При невозможности дифференцировать элементы гепатодуоденальной связки в условиях воспалительного инфильтрата холецистэктомия лучше выполняться от дна.

3

На основании данных анамнеза и рентгенологического исследования (наличие «ниши» на малой кривизне желудка) следует поставить диагноз «Язвенная болезнь желудка».

Диагноз можно подтвердить с помощью эзофагогастродуоденоскопии с прицельной биопсией.

Критерии оценки при решении ситуационных задач

Оценка «Отлично» – студент правильно и полно отвечает на все вопросы ситуационной задачи.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на поставленные вопросы, однако допускает при этом ошибки непринципиального характера.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом решает ситуационную задачу, при ответах на вопросы задания допускает серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент НЕ решает задачу, даёт неправильные ответы на поставленные вопросы, отказывается от ответа.

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту

1. Сбор анамнеза.
2. Клиническое обследование пациента:
осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.
3. Проверка симптомов раздражения брюшины.
4. Исследование грыжевых ворот.
5. Выполнение функциональных проб с целью оценки состояния сосудов нижних конечностей.
6. Формулировка предварительного диагноза.
7. Оценка результатов клинических анализов.
8. Оценка результатов биохимических анализов.
9. Оценка результатов рентгенологических исследований.
10. Формулировка клинического диагноза.
11. Обоснование плана лечения.
12. Выбор хирургического инструмента для оперативного лечения
(название и назначение инструмента).
13. Наложение эластических бинтов на нижние конечности.
14. Ведение типовой медицинской документации.

Критерии оценки практических навыков

Оценка «Отлично» – студент правильно оценивает R-грамму и результаты лабораторных анализов, правильно называет хирургический инструмент и дает правильное заключение о его назначении.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на вопросы задания, однако допускает незначительные ошибки.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом отвечает на поставленные вопросы, допуская при этом серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент НЕ справляется с заданием.

Критерии оценки учебной истории болезни

Оценка «Отлично» – история болезни сдана в срок (до окончания цикловых занятий), написана грамотно. Диагноз обоснован и поставлен с учетом классификации МКБ X. Больному правильно назначено необходимое лечение. Все разделы истории болезни отражены полностью.

Оценка «Хорошо» – история болезни сдана в срок, оформлена в соответствии с требованиями. Диагноз поставлен с учётом классификации МКБ X. При назначении лечения допущены ошибки в основном не принципиального характера. Отражены все разделы истории болезни.

Оценка «Удовлетворительно» – история болезни сдана после окончания цикловых занятий, написана небрежно, имеется много ошибок и исправлений. Диагноз поставлен без учета классификации МКБ X. Назначенное лечение не в полной мере соответствует диагнозу. Отдельные разделы отражены поверхностно или отсутствуют.

Оценка «Неудовлетворительно» – история болезни сдана с большим опозданием. Имеется множество замечаний принципиального характера. Материал изложен поверхностно, оформление небрежное, некоторые разделы воспринимаются с большим трудом или полностью отсутствуют.

Критерии оценки реферата

Оценка «Отлично» – материал изложен логически правильно, в доступной форме, хорошо иллюстрирован (презентация, таблицы, рисунки). При написании работы использованы современные литературные источники (не менее пяти, в том числе монографии и периодические издания).

Оценка «Хорошо» – материал в целом изложен правильно, но недостаточно полно. Иллюстрации нередко дублируют текстовую часть реферативного сообщения и однообразны. При подготовке реферата использованы устаревшие периодические издания и интернет-ресурсы.

Оценка «Удовлетворительно» – тема раскрыта слабо, рассматриваемые проблемы освещены односторонне. При подготовке работы в основном использованы интернет-ресурсы и 1–2 периодических издания. Иллюстративный материал скудный и не всегда способствует пониманию темы.

Оценка «Неудовлетворительно» – реферат не выполнен или подготовлен небрежно. Тема реферативного сообщения не раскрыта. При подготовке работы использованы только интернет-ресурсы. Иллюстративный материал некачественный или полностью отсутствует.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

После завершения изучения студентами дисциплины «Факультетская хирургия» в VIII семестре проводится трехэтапный курсовой экзамен.

При формировании итоговой оценки учитываются данные тестирования, результаты оценки практических навыков и собеседования (обсуждение ситуационной задачи и контрольные вопросы). Приоритетное значение имеет результат собеседования. При неудовлетворительных результатах первых этапов экзамена (тестирование + практические навыки) итоговая оценка признается неудовлетворительной.

Порядок проведения курсового экзамена

Этап 1. Тестирование (предварительный этап).

Этап 2. Оценка практических навыков (предварительный этап).

Этап 3. Собеседование по ситуационной задаче и контрольные вопросы.

Примеры заданий в тестовой форме

(один ответ правильный)

1. ДЛЯ ПЕРФОРАТИВНОГО АППЕНДИЦИТА ХАРАКТЕРНО:

- а) симптом Раздольского
- б) нарастание клинической картины перитонита
- в) внезапное усиление болей в животе
- г) напряжение мышц передней брюшной стенки
- д) все перечисленное

Эталон ответа: д

2. ВАЖНЕЙШИМ В ДИАГНОСТИКЕ АБСЦЕССА ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) ректороманоскопия
- б) лапароскопия
- в) перкуссия и аускультация живота
- г) пальцевое исследование прямой кишки
- д) рентгеноскопия брюшной полости

Эталон ответа: г

3. В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:

- а) устранение источника перитонита
- б) антибактериальная терапия
- в) коррекция водно-электролитных нарушений
- г) санация брюшной полости
- д) все перечисленное верно

Эталон ответа: д

4. НАЛИЧИЕ ЯИЧКА В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГРЫЖИ:

- а) скользящей
- б) ущемленной

- в) бедренной
 - г) врожденной
 - д) кривой паховой
- Эталон ответа: г

5. ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВПРАВЛЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) наличие грыжевого выпячивания
 - б) появление перитонеальных признаков
 - в) повышение температуры
 - г) дизурические явления
 - д) сам факт самопроизвольного вправления
- Эталон ответа: б

Критерии оценки тестового контроля

- Оценка «Отлично»: до 6 % неправильных ответов.
Оценка «Хорошо»: 7–20 % неправильных ответов.
Оценка «Удовлетворительно»: 21–30 % неправильных ответов.
Оценка «Неудовлетворительно»: более 30% неправильных ответов.

Перечень практических навыков

1. Оценка результатов рентгенологических исследований.
2. Оценка результатов клинических и биохимических анализов.
3. Название и назначение хирургических инструментов.

Критерии оценки практических навыков

Оценка «Отлично» – студент правильно оценивает R-грамму и результаты лабораторных анализов, правильно называет хирургический инструмент и дает правильное заключение о его назначении.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на вопросы задания, однако допускает незначительные ошибки.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом отвечает на поставленные вопросы, допуская при этом серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент НЕ справляется с заданием.

Примеры ситуационных задач

1

Мужчина 20 лет заболел около 6 часов назад, когда появились интенсивные боли в эпигастральной области, которые в дальнейшем локализовались в правой половине живота, преимущественно в правой подвздошной области. Температура тела – 37,6°C. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации отмечается выраженная болезненность в правой подвздошной области, где отчетливо определяется напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоциты крови – $14,5 \times 10^9/\text{л}$.

Задание:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. С каким заболеванием в первую очередь необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какое дополнительное исследование необходимо выполнить для проведения дифференциальной диагностики?
4. Какой должна быть врачебная тактика?
5. Если потребуется хирургическая операция, какой метод оперативного лечения предпочтительнее?

Эталон ответа:

1. У больного можно предположить острый аппендицит.
2. В данном случае дифференциальный диагноз в первую очередь необходимо проводить с перфоративной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки.
3. Для проведения дифференциальной диагностики необходимо выполнить обзорную рентгенографию брюшной полости.
4. После исключения перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки необходимо в экстренном порядке выполнить аппендэктомию.
5. Желательна лапароскопическая аппендэктомия. Если этот вариант лечения невозможен, целесообразна антеградная аппендэктомия после выполнения разреза Волковича-Дьяконова.

2

Больной 32 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на боли в эпигастральной области, задержку стула и газов. Заболел около 8 часов назад, когда внезапно появились боли в эпигастральной области. В течение 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Последнее обострение этого заболевания было месяц назад. По этому поводу лечился амбулаторно. При контрольной эзофагогастродуоденоскопии – язва двенадцатиперстной кишки в стадии рубцевания. Состояние больного при поступлении тяжелое. Кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом. Пульс – 124 в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в акте дыхания, напряжен, резко болезненный во всех отделах, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Кишечные шумы резко ослаблены.

Задание:

1. Каков Ваш предположительный диагноз?
2. Какое дополнительное исследование необходимо в первую очередь провести больному для подтверждения диагноза?
3. Какова врачебная тактика?

4. Если потребуется хирургическая операция, какой оперативный доступ целесообразен в данном случае?
5. Если операция неизбежна, каков ее объем у данного пациента (опишите этапы этой операции).

Эталон ответа:

1. Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, разлитой перитонит.
2. Необходимо выполнить обзорную рентгенографию брюшной полости.
3. Необходимо предпринять экстренную хирургическую операцию после предварительной подготовки больного.
4. Оптимальный оперативный доступ – срединная лапаротомия.
5. Оперативный доступ, ревизия брюшной полости, ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, санация и дренирование брюшной полости.

3

Больную 42 лет неоднократно доставляли в хирургическое отделение с острыми болями в правом подреберье. Последний раз боли в правом подреберье появились два дня назад. За медицинской помощью не обращалась, занималась самолечением. За 3 часа до настоящего поступления в хирургическую клинику боли в животе стали носить разлитой характер с преимущественной локализацией в правой половине живота. При поступлении отмечались явления раздражения брюшины, которые постепенно нарастали. Температура тела – 39°C. Выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Задание:

1. Какое осложнение острого холецистита возникло у больной?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для верификации диагноза?
3. Какова лечебная тактика?
4. Если потребуется хирургическая операция, какой оперативный доступ уместен в данном случае?
5. Если операция будет востребована, каков ее объем у данного пациента (перечислите и опишите этапы этой операции).

Эталон ответа:

1. По-видимому, у больной острый калькулезный холецистит осложнился развитием распространенного перитонита.
2. Для уточнения диагноза целесообразно применить УЗИ органов брюшной полости и/или лапароскопию.
3. В данном случае показана экстренная операция.
4. Срединная лапаротомия.

5. Оперативный доступ, ревизия брюшной полости, холецистэктомия, ревизия внепеченочной желчевыделительной системы, санация и дренирование брюшной полости.

Критерии оценки решения ситуационных задач

Оценка «Отлично» – студент правильно и полно отвечает на все вопросы ситуационной задачи.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на поставленные вопросы, однако допускает при этом ошибки не принципиального характера.

Оценка «Удовлетворительно» - студент с трудом решает ситуационную задачу, при ответах на вопросы задания допускает серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент НЕ решает задачу, даёт неправильные ответы на поставленные вопросы, отказывается от ответа.

Контрольные вопросы и задания

1

В чем заключается симптом Кохера-Волковича?

Эталон ответа:

Этот симптом у больных с острым аппендицитом заключается в постепенном перемещении болей из эпигастральной области в правую подвздошную.

2

В чем заключается симптом Курвуазье?

Эталон ответа:

У больных с желтухой при пальпации в правом подреберье определяется увеличенный и безболезненный желчный пузырь.

3

Каковы особенности грыжи Рихтера?

Эталон ответа:

При грыже Рихтера имеет место пристеночное ущемление, причем ущемляется часть стенки кишки по противобрыжеечному краю. Просвет кишки при этом полностью не нарушен.

4

Каковы особенности грыжи Майдля?

Эталон ответа:

Это так называемое ретроградное ущемление, при котором в грыжевом мешке находятся две петли кишечника, причем промежуточная петля располагается в брюшной полости (именно в этой петле могут наступить некротические изменения).

5

Какие стадии (степени тяжести) перитонита Вам известны?

Эталон ответа:

- I стадия – легкая, без нарушения функций внутренних органов (стадия компенсации);
- II стадия – перитонит средней степени тяжести (стадия субкомпенсации) с нарушением функций одного из органов (легких, почек, печени);

- III стадия – тяжелый и крайне тяжелый перитонит (стадия декомпенсации) с недостаточностью функций 2–3 органов и более, тяжелая форма системной реакции организма на воспаление.

Критерии оценки при собеседовании

Оценка «Отлично» – студент правильно и полно отвечает на контрольные вопросы.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на контрольные вопросы, однако допускает при этом ошибки не принципиального характера.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом отвечает на контрольные вопросы и допускает при этом серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент неправильно отвечает на поставленные вопросы.

Критерии итоговой оценки за экзамен

Оценка «Отлично» – студент получает положительные оценки (за исключением оценки «Удовлетворительно») по предварительным этапам экзамена (задания в тестовой форме, практические навыки) и оценку «Отлично» по собеседованию (ситуационная задача и контрольные вопросы).

Оценка «Хорошо» – студент получает положительные оценки по предварительным этапам экзамена (допускается оценка «Удовлетворительно» по одному из предварительных этапов) и оценку «Хорошо» по собеседованию.

Оценка «Удовлетворительно» – студент получает положительные оценки по предварительным этапам экзамена (допускается оценка «Неудовлетворительно» по одному из предварительных этапов) и оценку «Удовлетворительно» по собеседованию.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент получает неудовлетворительные оценки по предварительным этапам экзамена или одну оценку «Неудовлетворительно» (по тестам или практическим навыкам) и оценку «Неудовлетворительно» по собеседованию.

V. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

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

а). Основная литература:

1. Хирургические болезни : учебник : в 2 томах / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – ISBN 978-5-9704-3997-5. – URL :

<http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/75213/default>. – Текст : непосредственный.

Т. 1. - ISBN 978-5-9704-3998-2. – URL :

<http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/75214/default>.

Т. 2. - ISBN 978-5-9704-3999-9. – URL :

<http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/75215/default>.

2. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2017. – 991 с. – Библиогр.: с.985. - ISBN 978-5-9704-3984-5. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/75370/default>. – Текст : непосредственный.

б). Дополнительная литература:

1. Мерзликин, Н. В. Хирургические болезни : учебник : в 2 томах / [Н. В. Мерзликин](#), [Н. А. Бражникова](#), [Б. И. Альперович](#). – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – Текст : непосредственный.

Т. 1. - ISBN 978-5-9704-3456-7. – URL :

<http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/62716/default>.

Т. 2. - ISBN 978-5-9704-3457-4. - URL :

<http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/62717/default>.

2. Абдоминальная хирургия : национальное руководство : краткое издание / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 903 с. - Библиогр. в конце глав. – (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-3630. – URL :

<http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/62766/default>. –

Текст : непосредственный.

3. Хирургические болезни [Текст] : учебник / ред. А. Ф. Черноусов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 664 с.

в). Электронный ресурс:

1. Хирургические болезни : учебник / М. И. Кузин, Н. М. Кузин, В. А. Кубышкин [и др.]. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1024 с. - ISBN 978-5-9704-5438-1. - URL :

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970454381.html> (дата обращения: 21.04.2021). - Текст : электронный.

2. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник в 2-х т. / ред. [В.С. Савельев](#), [А.И. Кириенко](#). – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014.

3. Сосудистая хирургия : национальное руководство : краткое издание / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-5451-0. - URL :

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454510.html> (дата обращения: 14.04.2021). - Текст : электронный.

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

Типовые тестовые задания и типовые ситуационные задачи по факультетской хирургии, а также схема истории болезни и темы по УИРС оформлены в виде приложения к рабочей программе дисциплины.

3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины
Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:

Клинические рекомендации: <http://cr.rosminzdrav.ru>

Университетская библиотека on-line (www.biblioclub.ru);

Информационно-поисковая база Medline ([http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed));

4. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2016.

2. Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.

3. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOffice-Pro.

4. Система дистанционного обучения Moodle

5. Платформа Microsoft Teams

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru).

5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины
Приложение № 2

VI. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине
Приложение № 3

VII. Научно-исследовательская работа студента

Научно-исследовательская работа студентов организована в рамках деятельности кружка СНО. Практикуются реферативные сообщения и проведение научных исследований с последующими выступлениями на заседаниях кружка СНО кафедры и итоговых студенческих конференциях ТГМУ, а также публикации в сборниках студенческих работ.

VIII. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины
Приложение № 4

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

ОПК – 4

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

– Знать: показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у пациентов; методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).

Примеры заданий в тестовой форме

1. **ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:**

- а) отеками
- б) гиперпигментацией кожи голеней
- в) образованием язв на голенях
- г) дерматитом
- д) всем названным

Эталон ответа: д

2. **ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КЛАПАНОВ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА:**

- а) Прагга
- б) Оппеля
- в) Троянова–Тренделенбурга
- г) маршевая (Дельбе–Пертеса)
- д) Мейо-Прагга

Эталон ответа: в

3. **ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОХОДИМОСТИ ГЛУБОКИХ ВЕН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРОБА:**

- а) Тальмана

- б) Шейниса
- в) Гаккенбруха
- г) Мейо–Пратта
- д) Дельбе-Пертеса

Эталон ответа: д

4. К ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ОТНОСЯТ СИМПТОМЫ:
- а) Воскресенского (симптом "рубашки")
 - б) Щеткина–Блюмберга
 - в) Раздольского
 - г) все названные симптомы
 - д) ни один из них

Эталон ответа: г

5. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ТАЗОВОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ВОСПАЛЕННОГО АППЕНДИКСА:
- а) Щеткина–Блюмберга
 - б) Ровзинга
 - в) резкая болезненность при ректальном исследовании
 - г) напряжение мышц в правой подвздошной области
 - д) Крымова

Эталон ответа: в

Контрольные вопросы для индивидуального собеседования

1

Какие факторы способствуют развитию варикозного расширения вен нижних конечностей?

Эталон ответа:

Затруднение оттока крови из венозной системы нижних конечностей, несостоятельность остиального клапана большой подкожной вены, относительная клапанная недостаточность глубоких вен, сброс крови из глубоких вен в поверхностные через коммуникантные или перфорантные вены с несостоятельными клапанами.

2

Какие функциональные пробы используются для оценки проходимости глубоких вен голени?

Эталон ответа:

Маршевая проба Дельбе-Пертеса и проба Мейо-Пратта.

3

В чем заключается сущность пробы Оппеля?

Эталон ответа:

Сущность пробы Оппеля заключается в побледнении подошвенной поверхности стопы.

4

Какими симптомами сопровождается разрыв полого органа при закрытой травме живота?

Эталон ответа:

Разрыв полого органа при закрытой травме живота сопровождается наличием свободного газа под правым куполом диафрагмы и перитонеальными симптомами.

5

Какие признаки проникающего ранения брюшной полости являются достоверными?

Эталон ответа:

Истечение мочи или кишечного содержимого из раны, а также выпадение сальника или петель кишечника из раны.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

– Уметь: применять медицинские изделия, предназначенные для оказания медицинской помощи при наиболее распространенных заболеваниях; осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболеваний у пациентов; применять методы осмотра и физикального обследования пациентов и интерпретировать их результаты; составлять план проведения дополнительных лабораторных и инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями; направлять пациентов на дополнительные лабораторные и инструментальные исследования и консультации к врачам-специалистам; интерпретировать результаты дополнительных исследований и консультаций врачей-специалистов; формулировать диагноз заболевания.

Примеры ситуационных задач

1

У больной 68 лет через 4 часа после приема жирной пищи появились сильные боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, трижды была рвота с примесью желчи. Из анамнеза известно, что больная страдает хроническим калькулезным холециститом.

Состояние больной средней тяжести. Больная стонет от болей в животе, беспокойна. Пульс – 98 в минуту. Язык сухой. Живот вздут. Пальпаторно определяется выраженная болезненность в эпигастральной области и левом

подреберье. Симптом Мейо-Робсона положительный. Перистальтика кишечника ослаблена. Температура тела – 37,1°C.

Задание:

Какой Ваш предположительный диагноз?

Эталон ответа:

Предположительный диагноз – отечная форма острого панкреатита.

2

В хирургическую клинику самостоятельно пришла больная 52 лет, которая накануне обильно поужинала. Утром ощутила резкие боли в эпигастриальной области опоясывающего характера. Появилось затрудненное дыхание; многократная рвота, не дающая облегчения; слабость; обильное потоотделение. Температура – 37°C. Расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы не отходят. Раньше ничем не болела. Обратилась в клинику через 2 часа от начала заболевания.

При осмотре состояние тяжелое, больная бледная, выражен акроцианоз, кожа покрыта холодным потом. Пульс – 140 в минуту. Артериальное давление – 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот принимает участие в акте дыхания. Перистальтика вялая. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Живот мягкий при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность в эпигастриальной области. Симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона положительные.

Задание:

Каков Ваш диагноз?

Эталон ответа:

У больной острый панкреатит. Тяжелая ферментативная интоксикация.

3

У больной 32 лет, страдающей ЖКБ, после погрешности в диете через 12 часов появились сильные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, многократная рвота, слабость, была кратковременная потеря сознания. Больная находилась дома одна и не сразу смогла вызвать машину скорой помощи.

Состояние больной при поступлении в приемное отделение больницы тяжелое. Возбуждена, склеры слегка иктеричны; пульс – 110 в 1 мин, АД 70/40 мм рт.ст.; язык сухой, живот вздут, при пальпации отмечается резкая болезненность в верхних отделах живота. Перистальтика кишечника аускультативно не определяется. Положительные симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Задание:

Какой предварительный диагноз Вы поставите?

Чем можно объяснить тяжесть состояния больной?

Эталон ответа:

Острый геморрагический панкреатит, осложненный панкреатогенным шоком.

Тяжесть состояния больной можно связать с фоновым заболеванием, погрешностью в диете и поздней доставкой больной в клинику.

Практические навыки, входящие в данную компетенцию

- Сбор анамнеза.
- Клиническое обследование пациента: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.
- Проверка симптомов раздражения брюшины.
- Исследование грыжевых ворот.
- Выполнение функциональных проб с целью оценки состояния сосудов нижних конечностей.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний и умений, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

– Владеть навыками: применения медицинских изделий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи при наиболее распространенных заболеваниях; сбора жалоб, анамнеза жизни и заболеваний у пациентов; осмотра и физикального обследования пациентов; интерпретации дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, результатов консультаций врачей-специалистов в соответствии с действующим порядком и стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями; постановки диагноза в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).

Примеры заданий в тестовой форме

1. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) эзофагогастродуоденоскопия
- б) ультразвуковое исследование
- в) лапароцентез
- г) лапароскопия
- д) обзорная рентгенокопия

Эталон ответа: г

2. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БРОНХОЭКТАЗОВ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:

- а) рентгенография легких
- б) томография
- в) бронхография
- г) бронхоскопия
- д) ультразвуковое исследование

Эталон ответа: в

3. БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ В ЛЕВОМ РЕБЕРНО-ПОЗВОНОЧНОМ УГЛУ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИМПТОМА:

- а) Воскресенского
- б) Мейо-Робсона
- в) Грюнвальда
- г) Мондора
- д) Грея-Тернера

Эталон ответа: б

4. ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ СЕРОЗНОГО ВЫПОТА И БЛЯШЕК СТЕАТОНЕКРОЗА СООТВЕТСТВУЕТ:

- а) отечному панкреатиту
- б) жировому панкреонекрозу
- в) геморрагическому панкреонекрозу
- г) гнойному панкреатиту
- д) такие изменения не характерны для острого панкреатита

Эталон ответа: б

5. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) диагностический пневмоперитонеум
- б) обзорная рентгеноскопия брюшной полости
- в) лапароскопия
- г) гастродуоденоскопия
- д) определение амилазы крови и мочи, ультразвуковое исследование

Эталон ответа: в

Примеры ситуационных задач

1

Больной 51 года поступил в хирургическое отделение с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, быстрое «насыщение» при приеме

пищи, отрыжку с резким неприятным запахом, выраженное снижение веса. В течение трех недель периодически беспокоит обильная рвота с остатками пищи, съеденной накануне. На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью желудка, причем ежегодно имеют место обострения этого заболевания. Объективно: больной истощен; кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, определяется «шум плеска». АД – 90/75 мм рт. ст. Положительный симптом Хвостека.

1. Чем осложнилось течение язвенной болезни желудка?
2. Какие изменения могут быть выявлены при рентгеноскопии или рентгенографии желудка?
3. Оцените состояние водно-электролитного обмена.
4. Какие возможны изменения гематокрита, показателей азотистого обмена и относительной плотности мочи?
5. Какова лечебная тактика?

Эталон ответа:

1. Основное заболевание осложнилось декомпенсированным стенозом привратника в результате рубцевания выходного отдела желудка.
2. Эктазия желудка, снижение его мышечного тонуса, задержка эвакуации рентгенконтрастного препарата на протяжении суток и более.
3. Дегидратация: сухость кожи, снижение тургора, обильная повторяющаяся рвота, снижение АД.
4. Увеличение следующих показателей: гематокрита – за счет сгущения крови, относительной плотности мочи – за счет олигурии и повышенной реабсорбции, а также показателей азотистого обмена.
5. Больного необходимо готовить к операции. С этой целью показано введение солевых растворов и «белковых препаратов» в соответствии с анализами крови и мочи. Наряду с этим целесообразно ежедневное промывание желудка.

2

Больная 54 лет госпитализирована в хирургическое отделение через 14 суток от начала заболевания. На фоне полного здоровья появились боли в эпигастриальной области, которые затем переместились в правую подвздошную область. Боли сопровождались тошнотой и сухостью во рту. Была однократная рвота. Больная за медицинской помощью не обращалась, занималась самолечением. Через 10 суток от начала заболевания появились жидкий стул и гипертермия до 38,2°C, что явилось основанием для госпитализации в хирургический стационар. Состояние при поступлении средней тяжести. Пульс – 88 в минуту, АД – 130/80 мм рт. ст. В правой подвздошной области определялось болезненное опухолевидное образование размерами 8 x 6 см плотноэластической консистенции. Симптомы раздражения брюшины были отрицательными. Лейкоциты крови – $12,0 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Применялись обезболивание и антибактериальная терапия. Через несколько часов после поступления внезапно возникли боли по всему животу.

При осмотре живот резко болезненный и напряженный во всех отделах, положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

1. Каков Ваш диагноз?
2. Какие клинические признаки позволили диагностировать основное заболевание?
3. Какие диагностические ошибки допущены хирургом?
4. Какие тактические ошибки допущены хирургом?
5. Какая лечебная тактика наиболее целесообразна?

Эталон ответа:

1. Острый деструктивный аппендицит, осложненный аппендикулярным абсцессом и последующим перитонитом.
2. Симптом Кохера-Волковича + тошнота, сухость во рту и однократная рвота.
3. При поступлении в стационар не назначены УЗИ органов брюшной полости и КТ.
4. При постановке диагноза «аппендикулярный абсцесс» показана неотложная операция – внебрюшинное «вскрытие» и дренирование абсцесса брюшной полости.
5. Показано оперативное лечение по поводу разлитого перитонита в экстренном порядке.

3

Больной 40 лет обратился с жалобами на наличие дефекта мягких тканей левой голени в нижней трети на медиальной поверхности, который существует в течение трех лет. Отмечается отек левой голени и стопы. Кожа в нижней трети левой голени гиперпигментирована. Наряду с этим отмечается варикозное расширение поверхностных вен левой голени на медиальной поверхности. Над медиальной лодыжкой левой голени имеется округлый дефект кожи диаметром 3 см, дно которого покрыто фибрином и некротическими тканями.

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями, сопровождающимися формированием дефектов мягких тканей, следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Каков план обследования больного?
4. Каковы диагностические возможности инструментальных методов исследования?
5. Каковы направления консервативного лечения и особенности хирургического лечения?

Эталон ответа:

1. Варикозное расширение поверхностных вен левой нижней конечности в системе большой подкожной вены.

Трофическая (варикозная) язва левой голени.

Хроническая венозная недостаточность (VI класс по СЕАР).

2. Варикозные язвы необходимо дифференцировать, в частности, с посттромботическими язвами, развивающимися на фоне посттромбофлебитического синдрома; а также с трофическими язвами, развивающимися на фоне хронической артериальной недостаточности и диабетической ангиопатии.
3. На клиническом этапе обследования допустимо применение функциональных проб (Гаккенбруха, Броди-Троянова-Тренделенбурга, Пратта, Дельбе-Пертеса).

Инструментальная диагностика: ультразвуковая доплерография и ультразвуковое дуплексное сканирование вен.

Бактериологическое исследование язвы, предусматривающее определение видовой принадлежности микроорганизмов и их чувствительности к современным антибиотикам.

4. Ультразвуковая доплерография и ультразвуковое дуплексное сканирование вен дают исчерпывающую информацию о состоянии подкожных, глубоких и соединительных (перфорантных и коммуникантных) вен.
5. Консервативное лечение: компрессионная терапия (эластические бинты, компрессионный трикотаж) и медикаментозное лечение (в частности, флеботропные препараты, антибиотики, местное лечение в зависимости от фазы течения язвенного процесса).

После достижения полной эпителизации язвенного дефекта показана комбинированная флебэктомия слева. При неполном заживлении дефекта показано двухэтапное хирургическое лечение. Первый этап: коррекция венозного кровотока на бедре. Второй этап: после заживления язвенного дефекта – коррекция венозного кровотока на голени.

ОПК – 7

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

– Знать: методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний, механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению; совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные.

Примеры заданий в тестовой форме

1. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СРЕДСТВОМ ПРОФИЛАКТИКИ И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) эластическая компрессия конечности
- б) соблюдение рационального режима труда и отдыха
- в) ограничение тяжелой физической нагрузки
- г) комплексная терапия вазопротекторами
- д) курсы комплексного физиотерапевтического лечения

Эталон ответа: а

2. СРЕДИННУЮ ЛАПАРОТОМИЮ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ПРИ:

- а) разлитом перитоните
- б) местном неотграниченном перитоните
- в) абсцессе дугласова пространства
- г) аппендикулярном инфильтрате
- д) остром аппендиците

Эталон ответа: а

3. ЛУЧШИМ СПОСОБОМ ВСКРЫТИЯ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) тораколапаротомия
- б) люмботомия
- в) двухмоментный чрезплевральный доступ
- г) лапаротомия по Федорову
- д) внеплевральный внебрюшинный способ

Эталон ответа: д

4. ПРИ АБСЦЕССЕ ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА ПОКАЗАНО:

- а) пункция через брюшную стенку
- б) лечебные клизмы
- в) вскрытие через брюшную стенку
- г) пункция, вскрытие и дренирование через прямую кишку
- д) консервативное лечение

Эталон ответа: г

5. НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНЫМ МЕТОДОМ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА СЧИТАЕТСЯ:

- а) Бильрот-2 в модификации Гофмейстера–Финстерера
- б) резекция в модификации Ру
- в) Бильрот-1
- г) модификация Бальфура

д) резекция по Райхель – Полиа

Эталон ответа: в

Контрольные вопросы для индивидуального собеседования

1

Что следует предпринять, если у хирургического больного констатирована острая задержка мочи?

Эталон ответа:

Необходимо как можно раньше предпринять катетеризацию мочевого пузыря мягким или (при наличии затруднений) жестким уретральным катетером. Если катетеризировать мочевой пузырь по тем или иным причинам невозможно, показано наложение эпицистостомы.

2

Какова техника ушивания перфоративного отверстия у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной прободением язвенного дефекта?

Эталон ответа:

Перфоративное отверстие ушивается отдельными швами в поперечном по отношению к оси двенадцатиперстной кишки направлении (хирургические нити при этом проводятся параллельно оси дуоденум), чтобы не произошло сужения кишки и последующего стенозирования.

3

Каковы основные этапы оперативного вмешательства, выполняемого по по-воду перитонита?

Эталон ответа:

Лапаротомия, ревизия брюшной полости, ликвидация источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости, ушивание лапаротомной раны.

4

На каком удалении от видимой границы измененного участка кишки необходимо делать ее пересечение при выполнении резекции пораженного фрагмента кишечника у больного с ущемленной грыжей?

Эталон ответа:

От видимой границы измененного участка кишки в краниальном направлении необходимо отступить 35–40 см, в каудальном – 15–20 см.

5

Какие анастомозы между полыми органами накладываются после резекции желудка по Бильрот–I и Бильрот–II в модификации Гофмейстера-Финстерера?

Эталон ответа:

При выполнении резекции желудка по Бильрот–I накладывається гастро-дуоденоанастомоз по типу «конец в конец». При выполнении резекции желудка по Бильрот–II в модификации Гофмейстера-Финстерера накладывається гастроеюноанастомоз по типу «конец в бок».

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

– Уметь: разрабатывать план лечения пациентов с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения.

Примеры ситуационных задач

1

Больной доставлен в хирургическое отделение с жалобами на наличие грыжевого выпячивания и боли в правой пахово-подвздошной области, задержку стула и газов. Заболел около 8 часов назад, когда появились острые боли в эпигастральной области, была однократная рвота. В течение 6 лет страдает правосторонней пахово-мошоночной грыжей. От предлагаемого ранее оперативного лечения по этому поводу отказывался. В течение 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Последнее обострение этого заболевания было месяц назад. Лечился амбулаторно. При выписке по данным эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) – язва в стадии рубцевания. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс – 124 в минуту. АД – 95/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот не принимает участия в акте дыхания, напряжен, резко болезненный во всех отделах, симптом Щеткина–Блюмберга положительный. Кишечные шумы резко ослаблены. В правой пахово-подвздошной области имеется невосприимчивое, напряженное и болезненное при пальпации грыжевое выпячивание размерами 7 x 6 x 5 см.

Задание:

Какой Ваш предположительный диагноз?

Какое рентгенологическое исследование следует выполнить для его подтверждения?

Какое эндоскопическое исследование может потребоваться для подтверждения предположительного диагноза?

Какое лечение Вы предложите больному?

Соответствует ли клиническая картина характеру предполагаемой Вами патологии?

Эталон ответа:

Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, разлитой перитонит.
Обзорную рентгенографию органов брюшной полости.
Лапароскопия.

Экстренное оперативное лечение: лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание перфоративного отверстия, санация и возможное дренирование брюшной полости.

Клиническая картина в основном соответствует перфорации полого органа желудочно-кишечного тракта. Причиной ошибки в диагностике может послужить возможная «грыжа Брока» – ложное ущемление имеющейся у больного пахово-мошоночной грыжи.

2

Больной, в течение 10 лет страдающий язвенной болезнью, во время очередного обострения поступил в стационар. В последнее время больной похудел. Аппетит остается хорошим. При обследовании врач пропальпировал в эпигастриальной области болезненное образование. При рентгенологическом исследовании обнаружено ограничение подвижности желудка по малой кривизне, где определяется «ниша» диаметром 2 см. Стенка желудка вокруг «ниши» ригидна, складки слизистой оболочки не выражены.

Задание:

Какой диагноз Вы поставите?

С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Какое исследование необходимо дополнительно выполнить в данном случае?

Эталон ответа:

Наиболее вероятно образование воспалительного инфильтрата вокруг язвы желудка (так называемый *ulcus-tumor*).

При наличии сомнений следует исключить рак желудка.

Показана эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией.

3

Больной 44 лет поступил в приемное отделение хирургического стационара спустя 10 часов с момента начала заболевания. Жалуется на интенсивные боли в эпигастриальной области, которые начались внезапно, как от удара кинжалом. Из анамнеза известно, что пациент в течение 12 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Объективно: язык сухой (как щетка), пульс – 100 в минуту, АД – 90/60 мм рт. ст., живот напряжен в верхних отделах, при пальпации резко болезненный в области верхнего этажа брюшной полости и по ходу правого бокового канала, симптомы раздражения брюшины положительны в верхних отделах живота и по ходу правого бокового канала. Пальцевое ректальное исследование – без особенностей.

Задание:

Поставьте предварительный диагноз.

Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза? Каковы ожидаемые результаты?

Эталон ответа:

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией и распространенным перитонитом.

Необходимо выполнить общий анализ крови и мочи, биохимические анализы крови, рентгенографию грудной клетки (с захватом поддиафрагмальных пространств) с целью обнаружения газа в свободной брюшной полости и УЗИ органов брюшной полости с целью обнаружения жидкости в брюшной полости и раздутых петель кишечника с жидкостью в них.

Практические навыки, входящие в данную компетенцию

- Формулировка предварительного диагноза.
- Оценка результатов клинических анализов.
- Оценка результатов биохимических анализов.
- Оценка результатов рентгенологических исследований.
- Формулировка клинического диагноза.
- Обоснование плана лечения.
- Выбор хирургического инструмента для оперативного лечения.
- Наложение эластических бинтов на нижние конечности.
- Ведение типовой медицинской документации.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний и умений, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

– Владеть навыками: назначения медикаментозного и немедикаментозного лечения при наиболее распространенных заболеваниях, а также навыками проведения контроля эффективности и безопасности лечения.

Примеры заданий в тестовой форме

1. **НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СРЕДСТВОМ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:**
 - а) эластическая компрессия конечности
 - б) соблюдение рационального режима труда и отдыха
 - в) ограничение тяжелой физической нагрузки
 - г) комплексная терапия вазопротекторами
 - д) курсы комплексного физиотерапевтического лечения

Эталон ответа: а

2. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- а) постоянной тупой болью в животе
- б) острой «кинжальной» болью
- в) незначительными интермиттирующими болями в различных отделах брюшной полости
- г) сильными схваткообразными болями
- д) сильной постоянной болью в животе

Эталон ответа: г

3. УСТАНОВИТЬ ИСТОЧНИК ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО
КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ:

- а) рентгенологическое исследование желудка
- б) лапароскопия
- в) назогастральный зонд
- г) повторное определение гемоглобина и гематокрита
- д) эзофагогастродуоденоскопия

Эталон ответа: д

4. ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ
ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) высокое стояние диафрагмы
- б) «чаши» Клойбера
- в) пневматизация кишечника
- г) наличие свободного газа в брюшной полости
- д) увеличенный газовый пузырь желудка

Эталон ответа: г

5. ВНУТРИВЕННАЯ ХОЛЕЦИСТОГРАФИЯ ПОКАЗАНА
И ИНФОРМАТИВНА ПРИ:

- а) наличии пальпируемого желчного пузыря
- б) желтухе
- в) перитоните
- г) стихшем приступе острого холецистита
- д) холангите

Эталон ответа: г

Больной 51 года поступил в хирургическое отделение с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, быстрое «насыщение» при приеме пищи, отрыжку с резким неприятным запахом, выраженное снижение веса. В течение трех недель периодически беспокоит обильная рвота с остатками пищи, съеденной накануне. На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью желудка, причем ежегодно имеют место обострения этого заболевания. Объективно: больной истощен; кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, определяется «шум плеска». АД – 90/75 мм рт. ст. Положительный симптом Хвостека.

1. Чем осложнилось течение язвенной болезни желудка?
2. Какие изменения могут быть выявлены при рентгеноскопии или рентгенографии желудка?
3. Оцените состояние водно-электролитного обмена.
4. Какие возможны изменения гематокрита, показателей азотистого обмена и относительной плотности мочи?
5. Какова лечебная тактика?

Эталон ответа:

1. Основное заболевание осложнилось декомпенсированным стенозом привратника в результате рубцевания выходного отдела желудка.
2. Эктазия желудка, снижение его мышечного тонуса, задержка эвакуации рентгенконтрастного препарата на протяжении суток и более.
3. Дегидратация: сухость кожи, снижение тургора, обильная повторяющаяся рвота, снижение АД.
4. Увеличение следующих показателей: гематокрита – за счет сгущения крови, относительной плотности мочи – за счет олигурии и повышенной реабсорбции, а также показателей азотистого обмена.
5. Больного необходимо готовить к операции. С этой целью показано введение солевых растворов и «белковых препаратов» в соответствии с анализами крови и мочи. Наряду с этим целесообразно ежедневное промывание желудка.

2

Больной 43 лет, страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, почувствовал интенсивные боли в верхних отделах живота. Обратился за медицинской помощью к хирургу. Проведено следующее обследование: обзорная рентгенография и ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, клинические анализы крови и мочи. Патологии при этом не выявлено. С диагнозом «обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки» направлен на лечение к гастроэнтерологу. Назначена противоязвенная терапия, которая привела к кратковременному улучшению состояния. Однако в связи с сохраняющимся болевым синдромом, повышением температуры тела до 38,2°C, тошнотой и рвотой на 3 сутки от начала заболевания пациент вновь обратился к хирургу. Состояние тяжёлое. Кожа бледная.

Пульс – 124 в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот вздут, в акте дыхания участия не принимает, болезненный и напряжённый при пальпации во всех отделах, симптом Щёткина–Блюмберга положительный. Перкуторно печёночная тупость отсутствует, в проекции печени выявляется тимпанит, в отлогих местах живота – притупление. При аускультации иногда выслушивается «шум падающей капли».

Задание.

Каков Ваш предполагаемый диагноз?

Какое еще исследование следовало провести пациенту при первичном обращении к хирургу?

В какой последовательности следовало выполнять диагностические исследования?

Какое дополнительное исследование могло реально помочь в диагностике заболевания при первичном обращении?

Какова лечебная тактика?

Эталон ответа:

Прикрытая перфоративная язва двенадцатиперстной кишки. Перитонит. Следовало выполнить неотложную эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС). По окончании ЭГДС необходимо было вновь выполнить обзорную рентгенографию органов брюшной полости.

С целью уточнения диагноза целесообразно выполнение диагностической лапароскопии.

Больному показана экстренная лапаротомия после проведения предварительной предоперационной подготовки.

3

Больной 40 лет обратился с жалобами на наличие дефекта мягких тканей левой голени в нижней трети на медиальной поверхности, который существует в течение трех лет. Отмечается отек левой голени и стопы. Кожа в нижней трети левой голени гиперпигментирована. Наряду с этим отмечается варикозное расширение поверхностных вен левой голени на медиальной поверхности. Над медиальной лодыжкой левой голени имеется округлый дефект кожи диаметром 3 см, дно которого покрыто фибрином и некротическими тканями.

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями, сопровождающимися формированием дефектов мягких тканей, следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Каков план обследования больного?
4. Каковы диагностические возможности инструментальных методов исследования?
5. Каковы направления консервативного лечения и особенности хирургического лечения?

Эталон ответа:

1. Варикозное расширение поверхностных вен левой нижней конечности в системе большой подкожной вены.
Трофическая (варикозная) язва левой голени.
Хроническая венозная недостаточность (VI класс по CEAP).
2. Варикозные язвы необходимо дифференцировать, в частности, с посттромботическими язвами, развивающимися на фоне посттромбофлебитического синдрома; а также с трофическими язвами, развивающимися на фоне хронической артериальной недостаточности и диабетической ангиопатии.
3. На клиническом этапе обследования допустимо применение функциональных проб (Гаккенбруха, Броди-Троянова-Тренделенбурга, Пратта, Дельбе-Пертеса).
Инструментальная диагностика: ультразвуковая доплерография и ультразвуковое дуплексное сканирование вен.
Бактериологическое исследование язвы, предусматривающее определение видовой принадлежности микроорганизмов и их чувствительности к современным антибиотикам.
4. Ультразвуковая доплерография и ультразвуковое дуплексное сканирование вен дают исчерпывающую информацию о состоянии подкожных, глубоких и соединительных (перфорантных и коммуникантных) вен.
5. Консервативное лечение: компрессионная терапия (эластические бинты, компрессионный трикотаж) и медикаментозное лечение (в частности, флеботропные препараты, антибиотики, местное лечение в зависимости от фазы течения язвенного процесса).
После достижения полной эпителизации язвенного дефекта показана комбинированная флебэктомия слева. При неполном заживлении дефекта показано двухэтапное хирургическое лечение. Первый этап: коррекция венозного кровотока на бедре. Второй этап: после заживления язвенного дефекта – коррекция венозного кровотока на голени.