

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

Кафедра общей хирургии

Рабочая программа дисциплины

Б1.О.27 Общая хирургия, хирургические болезни

для обучающихся III, IV курсов,

направление подготовки (специальность)

31.05.03 Стоматология

форма обучения
очная

Трудоемкость, зачетные единицы/часы	6 з.е. / 216 ч.
в том числе:	
контактная работа	108 ч.
самостоятельная работа	108 ч.
Промежуточная аттестация, форма/семестр	экзамен / 7 семестр

Тверь, 2026

Разработчики:

д.м.н., профессор кафедры общей хирургии Сергеев Николай Александрович

Внешняя рецензия дана: зам. главного врача по хирургии ГБУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи» к.м.н. Ю.В. Павловым.

Рабочая программа рассмотрена на заседании кафедры общей хирургии 13 марта 2026 г. (протокол № 5).

Рабочая программа рассмотрена на заседании профильного методического совета «24» мая 2026 г. (протокол № 4).

Рабочая программа рекомендована к утверждению на заседании центрального координационно-методического совета «27» августа 2026 г. (протокол № 1).

I. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденным приказом Минобрнауки России от 12 августа 2020 г. № 984, 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;
- участие в проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- 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;
- организация проведения медицинских осмотров;
- 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	Планируемые результаты обучения –Индикаторы достижения компетенций	В результате изучения дисциплины обучающийся должен:
ОПК – 5. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ИОПК – 5.1 Применяет методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физического обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабо-	Знать: - методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у взрослых (их законных представителей); - методику осмотра и физического обследования; - клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; - методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки со-

	ракторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме. ИОПК – 5.2 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний; интерпретирует и анализирует результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных,	стояния здоровья; - медицинские показания к проведению исследований; - правила интерпретации их результатов; - международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); - состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме. Уметь: - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов; - применять методы осмотра и физикального обследования пациентов; - интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования пациентов; - диагностировать наиболее распространенную патологию; - составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у пациентов в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть навыками: - сбора жалоб, анамнеза жизни и заболеваний у пациентов; - осмотра и физикального обследования пациентов; - диагностики наиболее распространенных заболеваний у пациентов; - постановки предварительного диагноза в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Знать: - методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у взрослых (их законных представителей); - методику осмотра и физикального обследования пациентов; - факторы риска и причины развития заболеваний; - правила интерпретации результатов осмотра и физикального обследования пациентов;
--	--	---

ОПК – 6. Способен	инструментальных) методов обследования; проводит дифференциальную диагностику заболеваний у взрослых; выявляет клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме ИОПК – 6.1 Применяет методы медикаментозного	- состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме. Уметь: - выявлять факторы риска и причины развития заболеваний; - выявлять факторы риска онкологических заболеваний; - проводить дифференциальную диагностику заболеваний у пациентов; - интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; - интерпретировать и анализировать результаты консультаций пациентов врачами-специалистами; - распознавать состояния, возникающие при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме. Владеть навыками: - выявления факторов риска и причин развития заболеваний; - выявления факторов риска основных онкологических заболеваний; - составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов; - направление пациентов на инструментальные, лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; - интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов; - распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
--------------------------	--	---

назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения при решении профессиональных задач	и немедикаментозного лечения для лечения патологических заболеваний и состояний ИОПК – 6.2 Использует современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	Знать: - методы медикаментозного и немедикаментозного лечения; - показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях. Уметь: - применять методы медикаментозного и немедикаментозного лечения. Владеть навыками: - разработки плана лечения пациентов с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи; - подбора и назначения немедикаментозного лечения пациентов с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Знать: - группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний; - механизм действия лекарственных препаратов, медицинские показания и противопоказания к назначению. Уметь: - разрабатывать план лечения пациентов с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть навыками: - подбора и назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий для лечения наиболее распространенных заболеваний у пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; - оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы
---	---	--

	ИОПК – 6.3 Владеет методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины	жизни пациента. Знать: - совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные при применении лекарственных препаратов. Уметь: - 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. Владеть навыками: - профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий, немедикаментозного лечения.
	ИОПК – 6.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма	Знать: - особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах. Уметь: - 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. Владеть навыками: - оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме пациентам с наиболее распространенными заболеваниями, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи; - оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения у пациен-

		тов с наиболее распространенными заболеваниями; - применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме.
--	--	--

3. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы

Дисциплина «Общая хирургия, хирургические болезни» входит в обязательную часть Блока 1 ОПОП специалитета. Содержательно она закладывает основы знаний и практических умений в работе с пациентами взрослого возраста.

Данная дисциплина – это этап изучения основных принципов хирургии, синдромов и заболеваний хирургического профиля в соответствии с принципом их распределения по органной патологии, основ диагностики неотложных состояний и принципов оказания первой помощи. За время обучения студенты должны ознакомиться с методами клинического обследования хирургического больного, диагностическими возможностями лабораторных и инструментальных методов обследования хирургических больных, основными этапами лечения пациентов с наиболее распространенными хирургическими заболеваниями и деятельностью медперсонала на этапах лечения хирургических больных.

Дисциплина «Общая хирургия, хирургические болезни» непосредственно связана со следующими дисциплинами и модулями: биология; анатомия; биохимия; микробиология, иммунология; нормальная физиология; патофизиология; фармакология; патологическая анатомия; оперативная хирургия и топографическая анатомия. Данные разделы должны сформировать у обучающегося совокупность компетенций (знаний и умений), необходимых для глубокого понимания вопросов этиологии, патогенеза, принципов лечения заболеваний и оказания первой помощи.

Преподавание данной дисциплины связано с другими дисциплинами и модулями базовой части цикла дисциплин ОПОП и основано на современных классификациях, представлениях об этиологии, методах диагностики, профилактики и лечения, соответствующих принципам доказательной медицины. В процессе изучения дисциплины «Общая хирургия, хирургические болезни» расширяются знания, навыки и компетенции для успешной профессиональной деятельности врача по специальности «Стоматология».

Приступая к изучению дисциплины, обучающийся должен знать анатомо-физиологические свойства организма, нормальные показатели функций систем органов, патофизиологические процессы в организме.

Перечень дисциплин и модулей, усвоение которых необходимо для изучения дисциплины «Общая хирургия, хирургические болезни»:

- Медицинская биология и генетика
Разделы: паразитология, биология развития, регенерация, наследственность.
- Анатомия человека-анатомия головы и шеи
Разделы: анатомия органов и систем, анатомия клетчаточных пространств.
- Биологическая химия-биохимия полости рта
Разделы: обмен веществ, биохимия питания, энергетический обмен, биохимия крови.
- Микробиология, вирусология
Разделы: понятие об инфекционном процессе, возбудители инфекционных заболеваний, приобретённый иммунитет.
- Нормальная физиология-физиология челюстно-лицевой области
Разделы: физиология систем органов, обмен веществ и энергии, терморегуляция, физиология крови, парабиоз.
- Патофизиология-патофизиология головы и шеи

Разделы: патофизиологические особенности метаболизма, воспаление, патофизиология гемостаза и систем органов, шок.

- Фармакология

Разделы: классификация лекарственных средств, антибактериальные препараты, препараты для наркоза, гемостатики.

- Патологическая анатомия-патологическая анатомия головы и шеи

Разделы: воспаление, некрозы, регенерация, врожденные пороки развития.

- Топографическая анатомия и оперативная хирургия

Разделы: топография шеи, грудной клетки, передней брюшной стенки, живота, таза, конечностей; операции на шее, органах грудной клетки и брюшной полости, передней брюшной стенке и конечностях.

Перечень учебных и производственных практик, прохождение которых необходимо для изучения общей хирургии:

- Учебная ознакомительная практика «Уход за больными»

Санитарная обработка, кормление, сбор биологического материала, предстерилизационная подготовка, смена белья.

- Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала

Разделы: умение выполнять манипуляции по уходу за больными, умение выполнять манипуляции палатной и процедурной медицинской сестры, умение обследовать больных с наиболее частыми хирургическими заболеваниями (оценивать данные осмотра и опроса больного, составлять план обследования, формулировать предварительный диагноз).

4. Объем дисциплины составляет 6 зачетных единиц – 216 академических часов, в том числе 108 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, 72 часа самостоятельной работы и 36 часов самостоятельной работы обучающихся для подготовки к экзамену.

5. Образовательные технологии

В процессе преподавания дисциплины используются различные образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций.

При проведении аудиторной работы используются традиционная лекция, разбор клинических случаев, ролевая учебная игра, активизация творческой деятельности, участие в научно-практических конференциях.

При выполнении самостоятельной работы используются следующие варианты: подготовка к клиническим практическим занятиям; работа в компьютерном классе университета и библиотеке (в том числе электронной). Наряду с этим, предусматривается учебно-исследовательская работа и подготовка рефератов.

Клинические практические занятия проводятся на базе хирургических отделений (№1 и №2) ГБУЗ «КБ СМП» г. Твери и хирургического отделения ГБУЗ «Калининская ЦРКБ» Тверской области.

6. Формы промежуточной аттестации

По итогам освоения дисциплины «Общая хирургия, хирургические болезни» в VII семестре проводится трехэтапный курсовой экзамен.

II. Учебная программа дисциплины

Модуль 1. Общая хирургия

Содержание лекций

Тема 1. Асептика и антисептика (2 часа)

Исторический экскурс. Определение антисептики. Виды антисептики (механическая, физическая, химическая, биологическая, смешанная; местная – поверхностная и глубокая, регионарная, общая). Антисептические средства (13 классов химических соединений). Определение асептики. Составные части асептики, их характеристика (стерилизация инструментов, материалов и приборов; специальная обработка рук хирурга; соблюдение особых правил и приемов работы при производстве операций и исследований; осуществление санитарно-гигиенических и организационных мероприятий в лечебных учреждениях). Источники хирургической инфекции. Профилактика воздушной, капельной, контактной и имплантационной инфекции.

Тема 2. Раны (2 часа)

Определение. Классификация. Течение раневого процесса. Способы заживления ран (заживление по типу первичного натяжения, заживление по типу вторичного натяжения, заживление под струпом). Стадийность раневого процесса (И.Г. Руфанов, 1954). Лечение ран. Принципы оказания первой помощи при ранениях. Первичная хирургическая обработка ран. Гнойные раны. Лечение гнойных ран.

Тема 3. Кровотечение. Переливание крови и кровезаменителей. (2 часа)

Определение. Классификация. Клиническая картина. Методы временной и окончательной остановки кровотечения. Врачебная тактика при кровотечении. Профилактика вторичных кровотечений.

Место трансфузионной терапии в современной хирургии и медицине. Организация службы крови и донорства в России. Переливание крови. Группа крови по системе АВ0, резус-фактор, способы определения группы крови и резус-фактора. Современные правила переливания крови. Пробы на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента. Биологическая проба. Основные компоненты крови. Методы переливания крови, ее компонентов и препаратов (показания, техника). Классификация растворов для инфузионной терапии. Осложнения при переливании крови и кровезаменителей.

Тема 4. Общие вопросы анестезиологии (2 часа)

Операционный стресс (понятие). Теории наркоза. Виды наркоза. Ингаляционный наркоз. Основные вещества, применяемые для наркоза. Аппаратура для наркоза. Стадии наркоза. Комбинированный интубационный наркоз. Осложнения наркоза. Местная анестезия (показания и противопоказания). Медикаменты для местной анестезии. Способы местной анестезии. Инфильтрационная анестезия по А.В. Вишневскому. Новокаиновые блокады. Осложнения местной анестезии, их профилактика.

Тема 5. Общие вопросы травматологии. Переломы и вывихи. (2 часа)

Понятие о травме. Классификация травм. Организация травматологической помощи. Переломы. Определение. Классификация. Заживление переломов. Клиническая картина (абсолютные признаки). Рентгенологическая диагностика. Принципы лечения переломов (первая медицинская помощь, репозиция, иммобилизация, скелетное вытяжение, оперативное лечение). Вывихи. Определение. Классификация. Клиническая картина. Рентгенологическая диагностика. Лечение вывихов.

Содержание клинических практических занятий

Тема 1. Методика обследования хирургического больного

Стерилизация инструментов, шовного и перевязочного материала (5 часов)

Общеклинические методы обследования. Выявление жалоб. Сбор анамнеза. Осмотр. Пальпация. Перкуссия. Аускультация. Изучение местного статуса. Лабораторные, рентгенологические, инструментальные, ультразвуковые, эндоскопические и прочие методы исследования. Построение диагноза.

Физические методы стерилизации. Термические способы стерилизации. Устройство и принцип работы парового (автоклав) и сухожарового стерилизаторов. Лучевая стерилизация. Химические методы стерилизации (газовая стерилизация, стерилизация растворами

антисептиков). Контроль эффективности стерилизации. Стерилизация хирургических инструментов (предстерилизационная подготовка и собственно стерилизация). Стерилизация шовного материала (лучевая стерилизация). Стерилизация перевязочного материала (укладка в биксы, автоклавирувание).

Тема 2. Обработка рук хирурга. Подготовка операционного поля.

Пред- и послеоперационный периоды. Операция. (5 часов)

Обработка (мытьё) рук хирурга перед операцией. Классический способ обработки рук по Спасокукоцкому-Кочергину. Современные методы обработки рук хирурга (предварительное гигиеническое мытьё рук с мылом или с помощью жидких моющих средств, воздействие антисептических средств: первомуром, хлоргексидином, дегмином /дегмицидом/, церигелем, АХД, евросептом).

Облачение операционной сестры и хирургов в стерильную одежду. Правила работы в условиях строгой асептики.

Подготовка и обработка операционного поля. Предварительная подготовка (гигиеническое мытьё, смена белья, сбривание волосяного покрова). Обработка операционного поля на операционном столе химическими антисептиками (органические йодсодержащие препараты, хлоргексидин, первомур).

Обследование больного перед операцией. Показания к операции (абсолютные, относительные). Противопоказания. Определение срочности операции. Оценка операционного риска. Предоперационная подготовка.

Понятие о хирургической операции. Определение. Виды операций. Распределение обязанностей между участниками операции. Основные этапы операции. Хирургический прием. Контроль за состоянием больного во время операции.

Послеоперационный период. Особенности течения и осложнения раннего послеоперационного периода. Лечение больного в палате интенсивной терапии. Наблюдение за общим состоянием пациента и областью хирургического вмешательства. Лабораторный, рентгенологический и инструментальный контроль. Реабилитация больных после хирургического лечения.

Тема 3. Местное и общее обезболивание (5 часов)

Виды местного обезболивания. Показания и противопоказания. Местные анестетики. Терминальная, инфильтрационная, проводниковая, эпидуральная и спинномозговая анестезия. Новокаиновые блокады. Осложнения местной анестезии.

Теории наркоза. Стадии наркоза. Показания и противопоказания. Ингаляционный наркоз. Препараты и аппаратура для ингаляционного наркоза. Дыхательные контуры. Комбинированный интубационный наркоз. Внутривенный наркоз и нейролептаналгезия (основные препараты). Осложнения наркоза. Аппаратура и средства для реанимации.

Тема 4. Мягкие повязки. Транспортная иммобилизация. Жесткие повязки. (5 часов) (поликлиника)

Десмургия. Перевязочный материал. Виды повязок. Мягкие повязки (бинтовые, косыночные). Техника наложения мягких повязок на различные части тела. Перевязки.

Транспортная иммобилизация. Показания и правила применения. Средства транспортной иммобилизации (табельные шины, подручные средства). Техника наложения стандартных (табельных) шин.

Гипсовые (жесткие) повязки, их разновидности. Подготовка и замачивание гипсовых бинтов и лонгет. Техника наложения и снятия гипсовых повязок. Инструменты для снятия циркулярных гипсовых повязок.

Тема 5. Кровотечение. Определение групп крови и резус-фактора.

Переливание крови и кровезаменителей (5 часов)

Определение. Классификация кровотечений. Изменения в организме при острой кровопотере. Геморрагический шок. Оценка объема кровопотери. Клиническая картина и диагностика. Методы временной остановки кровотечения (техника). Окончательная остановка кровотечения.

Группы крови по системе АВ0 и система резус-фактора. Оснащение, предназначенное для определения группы крови и резус-фактора. Техника определения группы крови и резус-фактора. Возможные ошибки и их предупреждение. Пробы на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента.

Показания и противопоказания к переливанию крови. Механизм действия перелитой крови. Компоненты и препараты крови. Техника переливания крови, ее компонентов и препаратов. Документация. Кровезамещающие жидкости. Осложнения при переливании крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей, их профилактика и лечение.

Тема 6. Раны (5 часов)

Определение. Классификация ран. Фазы течения раневого процесса. Типы заживления ран. Морфология и биохимия раневого процесса. Клиническая картина. Лечение ран. Первая помощь. Общие принципы лечения свежих ран. Первичная хирургическая обработка ран (обоснование, этапы, техника). Первичные, первично-отсроченные (в том числе провизорные) и вторичные хирургические швы. Лечение гнойных ран (местное, общее). Вторичная хирургическая обработка ран. Особенности лечения огнестрельных ран.

Тема 7. Переломы. Вывихи. Закрытые повреждения тканей и органов.

(5 часов) (поликлиника)

Классификация переломов костей. Понятие о заживлении переломов. Клиническая картина. Абсолютные и относительные признаки переломов. Рентгенологическая диагностика. Первая медицинская помощь. Основные принципы лечения переломов (репозиция, иммобилизация). Лечение переломов с помощью гипсовых повязок. Скелетное вытяжение. Оперативное лечение переломов (интра- и экстрamedулярный металлоостеосинтез, внеочаговый компрессионно-дистракционный металлоостеосинтез). Аппарат Г.А. Илизарова.

Вывихи. Определение. Классификация. Механизм травмы. Клиническая картина. Рентгенологическая диагностика. Лечение (первая помощь, обезболивание, вправление, иммобилизация, реабилитация). Оперативное лечение вывихов.

Закрытые повреждения тканей и органов (ушибы, растяжения и разрывы, сотрясения и сдавления, синдром длительного раздавливания). Закрытые повреждения головы, груди и живота. Первая помощь. Лечение (консервативное, оперативное).

Тема 8. Острая гнойная инфекция (фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, рожа, панариций, мастит, гидраденит, лимфангит, лимфаденит, гнойный артрит, остеомиелит)

(5 часов) (поликлиника)

Общие вопросы хирургической инфекции (классификация, причины развития, особенности течения гнойной хирургической инфекции). Принципы лечения.

Острая гнойная инфекция. Возбудители. Местная реакция тканей и общая реакция макроорганизма. Профилактика. Отдельные острые гнойные заболевания (фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, рожа, панариций, мастит, гидраденит, лимфангит, лимфаденит, гнойный артрит, остеомиелит). Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.

Тема 9. Острая гнойная инфекция (заболевания серозных полостей, сепсис). Анаэробная инфекция. (5 часов)

Острая гнойная инфекция. Отдельные острые гнойные заболевания (гнойный плеврит, гнойный перитонит, сепсис). Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.

Анаэробная инфекция (классификация, этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика).

Тема 10. Язвы. Некрозы. Гангрены. Свищи. Пролежни.

Термические поражения (5 часов)

Виды омертвений. Причины развития. Общие проявления. Язвы, некрозы, гангрены, свищи, пролежни (классификация, эпидемиология, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, консервативное и оперативное лечение, профилактика).

Классификация ожогов и отморожений. Клиническая картина и диагностика. Лечение ожогов и отморожений. Ожоговая болезнь.

Модуль 2. Хирургические болезни

Содержание модуля

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. 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 3. 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 пилорoduоденальной 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 4. 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 (склеро-

терапия). 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 облитерация магистральных подкожных вен. Пластические вмешательства, направленные на восстановление нормальных функций клапанного аппарата вен. Рецидив варикозной болезни (истинный, ложный). Осложнения (кровотечение, трофические язвы).

Содержание клинических практических занятий

Тема 1. Острый аппендицит. Осложнения острого аппендицита (5 часов)

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.

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

Тема 2. Брюшные грыжи. Осложнения брюшных грыж (5 часов)

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.

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

Тема 3. Желчнокаменная болезнь. Холецистит. Острый панкреатит (5 часов)

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).

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 4. 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 пилорoduоденальной 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 5. Непроходимость кишечника. Перитонит (5 часов)

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.

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 6. Нагноительные заболевания легких и плевры (5 часов)

(поликлиника)

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 7. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (5 часов) (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 8. Варикозное расширение вен нижних конечностей.

Острый тромбоз поверхностных вен нижних конечностей.

Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

Посттромбофлебитический синдром (5 часов)

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. Флебография (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.

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

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

Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем			Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену (зачету)	Итого часов	Формируемые компетенции		Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости
	лекции	клинические практические занятия	экзамен/зачет				ОПК – 5	ОПК – 6		
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10
Модуль 1										
Л – 1, КПЗ – 1	2	5		7	2	9	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 2, КПЗ – 6	2	5		7	3	10	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 3, КПЗ – 5	2	5		7	3	9	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 4, КПЗ – 3	2	5		7	2	10	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 5, КПЗ – 4	2	5		7	3	10	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 2		5		5	3	8	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 7		5		5	3	8	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 8		5		5	4	9	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 9		5		5	4	9	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 10		5		5	3	8	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Модуль 2										
Л – 1, КПЗ – 1	2	5		7	6	13	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С

Л – 2 КПЗ – 3	2	5		7	6	13	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 2		5		5	5	10	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 3, КПЗ – 4	2	5		7	5	12	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 4, КПЗ – 8	2	5		7	5	12	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 5		5		5	5	10	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 6		5		5	5	10	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 7		5		5	5	10	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Экзамен					36	36				
ИТОГО:	18	90		108	108	216				

Список сокращений:

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

Формы текущего, в т. ч. рубежного контроля успеваемости: Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, С – собеседование по контрольным вопросам.

**III. Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций
(Приложение № 1)**

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

Модуль «Общая хирургия»

Примеры заданий в тестовой форме

(один ответ правильный)

1. Минимальная температура, вызывающая гибель спорозоносных бактерий
- 1) 60°
 - 2) 80°
 - 3) 100°
 - 4) 120°
 - 5) 140°

Эталон ответа: 4

2. Возбудителем гнойного артрита наиболее часто является
- 1) стафилококк
 - 2) стрептококк
 - 3) пневмококк
 - 4) энтеробактерии
 - 5) гонококк

Эталон ответа: 1

3. Осложнение, являющееся наиболее вероятным для острого остеомиелита, – это
- 1) патологический перелом
 - 2) гангрена конечности
 - 3) сепсис
 - 4) поднадкостничный абсцесс
 - 5) межмышечная флегмона

Эталон ответа: 3

4. Главным звеном комплексного лечения хронического остеомиелита является
- 1) лечение, направленное на подавление микрофлоры в очаге поражения
 - 2) переливание крови, белковых кровезаменителей, растворов электролитов
 - 3) хирургическое вмешательство – секвестрэктомия
 - 4) хирургическое вмешательство – вскрытие параоссальной флегмоны с последующим рассечением надкостницы
 - 5) лечебная физкультура

Эталон ответа: 3

5. Для ранней диагностики костной деструкции при остром гематогенном остеомиелите следует применить
- 1) обзорную рентгенографию
 - 2) ангиографию
 - 3) лимфографию

4) магнитно-резонансную томографию

5) артроскопию

Эталон ответа: 4

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

До какой температуры нагревается пар в автоклаве при давлении в 2 атм?

Эталон ответа:

В автоклаве при давлении в 2 атм пар нагревается до температуры 132,9°C.

2

При какой температуре и в течение какого времени проводится стерилизация нережущих металлических инструментов горячим воздухом в сухожаровом шкафу-стерилизаторе?

Эталон ответа:

В сухожаровом шкафу-стерилизаторе стерилизация нережущих металлических инструментов проводится при температуре 180°C в течение 1 часа.

3

Как проводится обработка рук хирурга хлоргексидином?

Эталон ответа:

Руки дважды обрабатывают тампоном, смоченным 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина в течение 2–3 минут.

4

Как проводится обработка рук хирурга дегмином и дегмицидом?

Эталон ответа:

Обработку рук этими поверхностно-активными веществами (детергентами) проводят в тазках в течение 5–7 минут, после этого руки высушивают стерильной салфеткой.

5

В чем заключается правило (метод) Гроссиха-Филончикова?

Эталон ответа:

В соответствии с правилом (методом) Гроссиха-Филончикова кожу в области операционного поля обрабатывают 4 раза: перед отграничением зоны разреза стерильным операционным бельем, перед разрезом, перед наложением кожных швов и после наложения кожных швов.

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

Больная, страдающая в течение пяти лет варикозной болезнью нижних конечностей, отметила появление в нижней трети правой голени дефекта кожных покровов. При осмотре отмечается

дефект кожных покровов размерами 5 x 4 см с подрытыми краями грязно-серого цвета и гнойным отделяемым. Подкожные вены правой нижней конечности расширены, ближайшие к дефекту ткани индуративно изменены и гиперпигментированы.

Задание:

Каков Ваш диагноз?

В чем заключается консервативное лечение этой патологии?

В чем заключается оперативное лечение этой патологии?

Эталон ответа:

Варикозное расширение вен правой нижней конечности, осложненное трофической язвой правой голени (варикозная язва).

Эластическое бинтование и флеботропные препараты. Местно: удаление некротизированных тканей, применение протеолитических ферментов и антисептиков, при появлении грануляционной ткани – мазовые повязки и физиопроцедуры (например, лазеротерапия).

Хирургическое лечение – комбинированная флебэктомия (после полной эпителизации язвенного дефекта).

2

В реанимационном отделении находится больной 60 лет, оперированный неделю назад по поводу разлитого перитонита. Общее состояние больного тяжелое, вялый, адинамичный, не может без посторонней помощи менять положение в постели. На третий день после операции в области крестца у больного появилось покраснение кожи и болезненность. На следующий день в зоне поражения возникли пузыри с мутным содержимым и затем на месте пузырей образовался дефект кожи. При осмотре в области крестца определяется дефект мягких тканей размерами 5,0 x 3,0 x 0,5 см, дно его выполнено тканью серого цвета, имеется гнойное отделяемое в небольшом количестве. Кожа в окружности дефекта гиперемирована и отечна.

Задание:

Какое осложнение возникло у больного в послеоперационном периоде?

Какие меры профилактики данного осложнения Вам известны?

Какое лечение следует проводить больному?

Эталон ответа:

У больного развился пролежень в области крестца.

К мерам профилактики пролежней относятся квалифицированный уход за больными, тщательное разглаживание простыней, частое перестилание постели (при этом постельное белье должно быть сухим), частое изменение положения тела пациентов, обработка кожи камфорным спиртом, применение прокладок, поглощающих избыток влаги.

Лечение больного должно включать активизацию пациента, хирургическую обработку пролежня (некрэктомия) и последующее местное лечение с учетом фазы раневого процесса, переворачивание пациента каждые два часа, контроль за недержанием кала и мочи, соблюдение чистоты и сухости кожи, использование противопролежневых матрасов и специальных кроватей.

3

Больной 67 лет осмотрен хирургом на дому. Жалуется на чувство жара, онемение, зябкость и постоянные боли в области голени и стопы слева, усиливающиеся при ходьбе и ночью. Болен в течение двух лет. Вначале боли в левой нижней конечности появлялись при прохождении больным 1000 м, затем они стали беспокоить при прохождении 100 и 50 м. В последний месяц пациент из-за болей не выходит из квартиры. Дважды за последние 2 года лечился в дневном стационаре. Применялась лекарственная терапия, однако улучшение было временным. На момент осмотра состояние тяжелое. Больной вялый, неохотно отвечает на вопросы, температура тела – 38,2°C, пульс – 92 в минуту, АД – 110/60 мм рт.

ст., одышка – 28 в минуту. Левая стопа холодная на ощупь, отечная, пульс на артерии тыла стопы и задней большеберцовой артерии слева не определяется. На подколенной артерии слева пульсация резко ослаблена. На левой стопе определяются пятна темно-коричневой окраски и пузыри, наполненные сукровичным содержимым.

Задание:

Поставьте основной диагноз.

Какое осложнение основного заболевания имеется у больного?

Каким должно быть хирургическое лечение пациента?

Эталон ответа:

Облитерирующий атеросклероз сосудов левой нижней конечности (четвертая стадия).

Влажная гангрена левой стопы.

Показана ампутация левой нижней конечности на уровне бедра.

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 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.

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить обучающемуся

1. Сбор анамнеза.
2. Клиническое обследование пациента:
осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.
3. Формулировка предварительного диагноза.
4. Оценка результатов клинических анализов.
5. Оценка результатов рентгенологических исследований.
6. Формулировка клинического диагноза.
7. Обоснование плана лечения.
8. Выбор хирургического инструмента для медицинских манипуляций
(название и назначение инструмента).
9. Ведение 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 реферата

Оценка «Отлично» – материал изложен логически правильно, в доступной форме, хорошо иллюстрирован (презентация, таблицы, рисунки). При написании работы использо-

ваны современные литературные источники (не менее пяти, в том числе монографии и периодические издания).

Оценка «Хорошо» – материал в целом изложен правильно, но не-достаточно 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 не-качественный или полностью отсутствует.

Модуль «Хирургические болезни»

Примеры заданий в тестовой форме

(один ответ правильный)

1. Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается
 - а) с серозного покрова червеобразного отростка
 - б) со слизистой червеобразного отростка
 - в) с мышечного слоя червеобразного отростка
 - г) с купола слепой кишки
 - д) с терминального отдела тонкой кишки

Эталон ответа: **б**

2. Первично-гангренозный аппендицит чаще всего встречается
 - а) у детей
 - б) у лиц с тяжелой травмой
 - в) у мужчин
 - г) у женщин
 - д) у лиц пожилого и старческого возраста

Эталон ответа: **д**

3. Дивертикул меккеля локализуется
 - а) на тощей кишке
 - б) на подвздошной кишке
 - в) на восходящем отделе ободочной кишки
 - г) на слепой кишке
 - д) на сигмовидной кишке

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, Барто-
мье–Михельсона, Образцова, Щеткина–Блюмберга.

2

Определение аппендикулярного инфильтрата.

Эталон ответа:

Аппендикулярный инфильтрат представляет собой конгломерат органов брюшной по-
лости, 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
тканей 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, од-
нако 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.

Примеры ситуационных задач

1

Больной 26 лет поступил в хирургическое отделение на четвертый день заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у больного острый аппендицит.

Общее состояние больного удовлетворительное. При пальпации в правой подвздошной области отчетливо определяется неподвижное плотное болезненное образование размерами 12 x 10 см. Перитонеальные симптомы не выражены.

Задание:

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. Какие варианты течения этого заболевания Вам известны?
3. Какова лечебная тактика?
4. Какие методы консервативного лечения применимы в данной ситуации?
5. Если потребуются оперативное вмешательство, в какие сроки оно должно быть выполнено и в каком объеме?

2

Больная 56 лет обратилась с жалобами на сильные боли в правой половине живота, иррадиирующие в правое плечо, лопатку и поясничную область. Была однократная рвота. Заболела 10 часов назад. Боли постепенно нарастали. Повысилась температура тела до 38°C. Пульс – 92 в минуту. Стул был накануне, нормальный. Мочеиспускание не нарушено. В анамнезе подобных болей нет. При осмотре язык сухой, обложен белым налетом. Иктеричности нет. Больная при дыхании щадит живот в правой половине. При пальпации определяется болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области и в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Щеткина-Блюмберга в правой половине живота и симптом Ровзинга резко положительные. Френикус-симптом и симптом Орнтера-Грекова отрицательны. Лейкоцитов в крови – $14,0 \times 10^9/\text{л}$.

Задание:

1. Каков Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какова лечебная тактика?
4. Если потребуются хирургическое вмешательство, какой оперативный доступ предпочтительнее?
5. Какие способы оперативного лечения данного заболевания Вам известны?

3

У больного 44 лет после переохлаждения повысилась температура тела до 39°C, появились кашель и боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. Мокрота почти не выделялась. Повышенная температура тела сохранялась на протяжении 8 дней, несмотря на интенсивное противовоспалительное лечение. Затем в большом количестве стала отделяться гнойная мокрота с неприятным запахом до 200 мл в сутки. Температура тела снизилась до нормы. Больной стал чувствовать себя значительно лучше. Под правой лопаткой сзади – укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

Задание:

1. Какое заболевание можно заподозрить у больного?
2. Какие периоды заболевания наблюдались у данного пациента?
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Какие методы консервативного лечения целесообразны в данной ситуации?

5. Какие методы хирургического лечения могут найти применение у данного больного?

Эталоны ответов к ситуационным задачам

1

1. У больного острый аппендицит, осложненный аппендикулярным инфильтратом.
2. В последующем инфильтрат может исчезнуть («рассосаться»), или абсцедироваться (трансформироваться в аппендикулярный абсцесс).
3. При этой форме острого аппендицита (если она протекает без осложнений) больного вначале следует лечить консервативно.
4. Назначается постельный режим, антибиотики, холод на живот, диета (пища с незначительным количеством клетчатки). После стихания воспалительных явлений (нормализация температуры тела, исчезновение лейкоцитоза) целесообразна рассасывающая терапия, в частности, физиолечение.
5. Через 2–4 месяца после рассасывания инфильтрата больному рекомендуется обязательно выполнить аппендэктомию в плановом порядке.

При абсцедировании аппендикулярного инфильтрата в экстренном порядке показано «вскрытие» и дренирование аппендикулярного абсцесса (предпочтительнее внебрюшинный доступ).

2

1. У больной можно предположить острый аппендицит и острый холецистит (необходима дифференциальная диагностика между этими заболеваниями). Следует помнить, что червеобразный отросток может располагаться высоко под печенью, симулируя при воспалении острый холецистит.
2. Необходимо исследование крови на общий билирубин и его фракции, анализ мочи на желчные пигменты, ультразвуковое исследование внепеченочной желчевыделительной системы, при невозможности проведения дифференциального диагноза показана лапароскопия.
3. Можно назначить больной лечение антибиотиками и спазмолитиками. Анальгетики не следует вводить в течение 1–2 часов. Если боли не уменьшатся, лейкоцитоз останется на том же уровне или будет нарастать, локализация болей не изменится, а напряжение мышц в правой подвздошной области не исчезнет, то исключить острый аппендицит будет невозможно. В этом случае больную следует оперировать.
4. Учитывая неясность диагноза, можно избрать правосторонний параректальный доступ, который при необходимости может быть продлен вверх или вниз, что позволяет манипулировать как на желчном пузыре, так и на червеобразном отростке.
5. Существуют антеградный и ретроградный способы удаления червеобразного отростка. Ретроградное удаление используется тогда, когда антеградное удаление по тем или иным причинам невозможно.

3

1. У больного острый абсцесс правого легкого.
2. Наблюдались два периода заболевания: до прорыва абсцесса в бронх и после.
3. Необходимо исследовать кровь (высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ) и мокроту (зловонный запах, фрагментация на три слоя, наличие большого количества лейкоцитов, эритроцитов, эластических волокон). Решающее значение имеет рентгенологическое исследование, включающее томографию. При рентгенографии легких отмечается неомогенное затемнение без четких границ чаще в периферических отделах легких. Во вторую фазу течения абсцесса обычно видна полость или полости с перифокальной зоной инфильтрации, часто с горизонтальным уровнем жидкости. Нередко выражена плевральная реакция в виде небольшого выпота в синусе.

4. Консервативное лечение данного больного должно включать: диетотерапию, отхаркивающие средства, постуральный дренаж, антибиотикотерапию, дезинтоксикационную и иммунокорректирующую терапию.

5. Возможно лечение данного заболевания посредством пункций абсцесса через грудную стенку или путем дренирования полости абсцесса, которое может быть выполнено с помощью троакара. Дренирование абсцесса может быть организовано через бронхиальное дерево с помощью бронхоскопа, что выгодно отличает этот метод от его аналогов.

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 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.

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить обучающемуся

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

Оценка «Отлично» – материал изложен логически правильно, в доступной форме, хорошо иллюстрирован (презентация, таблицы, рисунки). При написании работы использо-

ваны 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 «Общая хирургия, хирургические болезни», состоящей из модулей «Общая хирургия» и «Хирургические болезни», в VII семестре проводится трехэтапный курсовой экзамен.

При формировании итоговой оценки учитываются данные тестирования, результаты оценки практических навыков и собеседования (обсуждение ситуационных задач 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 двум ситуационным задачам (общей хирургии и хирургическим болезням) + контрольные вопросы.

Модуль «Общая хирургия»

Примеры заданий в тестовой форме

(один ответ правильный)

1. Рецидивирующая рожа нижних конечностей часто осложняется
 - 1) остеомиелитом
 - 2) лимфостазом
 - 3) сепсисом
 - 4) тромбофлебитом
 - 5) периоститом

Эталон ответа: **2**

2. При определении группы крови капля крови должна быть меньше капли цоликлона
 - 1) в три раза
 - 2) в пять раз
 - 3) в десять раз
 - 4) в двадцать раз
 - 5) в пять-десять раз

Эталон ответа: **5**

3. Определение группы крови с помощью цоликлонов следует проводить при температуре
- 1) 10-15°C
 - 2) 15-20°C
 - 3) 15-25°C
 - 4) 20-30°C
 - 5) 37-38°C

Эталон ответа: **3**

4. Цоликлоны – это
- 1) антигены
 - 2) сыворотки
 - 3) клоны эритроцитов
 - 4) моноклональные антитела
 - 5) лабораторные агглютиногены

Эталон ответа: **4**

5. К противошоковым препаратам относится
- 1) гемодез
 - 2) гидролизат казеина
 - 3) полиамин
 - 4) раствор Рингера
 - 5) полиглюкин

Эталон ответа: **5**

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

В хирургическое отделение поступила больная с жалобами на боли в области шеи. Состояние тяжелое. За 3 дня до госпитализации появилась болезненная, постепенно увеличивающаяся припухлость на задней поверхности шеи. Температура тела колебалась в пределах 38–39°C. Отмечала ознобы. Понижился аппетит. Пульс – 104 в минуту. Анализ крови: лейкоциты – $12,5 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, СОЭ – 38 мм/час. На задней поверхности шеи имеется сине-багрового цвета припухлость диаметром до 8 см с нечеткими контурами и возвышающимися гнойными точками в центре. При пальпации зона поражения плотная, болезненная. Шейные лимфатические узлы увеличены.

Задание:

Каков Ваш диагноз?

Каковы предполагаемые причины заболевания?

Какое общее лечение показано больной?

Имеются ли у больной показания к хирургическому лечению?

Какое лечение должно проводиться после операции?

Эталон ответа:

Карбункул шеи на задней поверхности.

Понижение реактивности организма, несоблюдение правил гигиены, трение одежды.

Общее лечение состоит в проведении антибактериальной, дезинтоксикационной и симптоматической терапии.

В данном случае имеются показания к хирургическому лечению в связи с выраженными явлениями интоксикации и некрозом тканей. Выполняются разрезы с иссечением некротизированных тканей.

В послеоперационном периоде следует продолжить антибактериальное, дезинтоксикационное и симптоматическое лечение. Применяются повязки с протеолитическими ферментами и антисептиками. После отторжения некротических тканей используются индифферентные мази.

Больной 52 лет обратился в поликлинику с жалобами на наличие плотного, болезненного инфильтрата в области верхней губы, головные боли, недомогание, повышение температуры до 37,4°C. При осмотре – инфильтрат на верхней губе размерами 1,5 x 1,0 см с гиперемией кожи и отеком вокруг. Больному наложена повязка с мазью Вишневского, назначены антибиотики. После этого больной был отпущен домой. Через 2 суток температура тела повысилась до 40°C, инфильтрат увеличился в размерах, появились гнойный стержень в центре, резко выраженные головные боли и озноб. В связи с этим больной в экстренном порядке был госпитализирован.

Задание:

Каков Ваш диагноз?

Верна ли тактика врача поликлиники?

В какое отделение следует госпитализировать больного?

Какими осложнениями чревата данная патология?

Опишите лечение данного больного.

Эталон ответа:

У больного фурункул верхней губы.

Врач поликлиники допустил серьезную ошибку. Больного с такой локализацией фурункула необходимо срочно госпитализировать.

Больного следовало госпитализировать в отделение гнойной хирургии.

Возможные осложнения фурункула верхней губы: карбункул лица, флегмона, тромбофлебит, лимфаденит и лимфангит, менингит, сепсис.

Необходимы постельный режим, местное применение антисептиков и протеолитических ферментов, антибиотико- и физиотерапия. Показанием к хирургическому вмешательству является абсцедирование фурункула.

3

Больная 50 лет предъявляет жалобы на боли в левой ягодице, озноб. Три дня назад медсестрой в домашних условиях была сделана инъекция лекарственного препарата в верхненаружный квадрант левой ягодицы. На другой день самочувствие больной ухудшилось, температура тела повысилась до 39°C, появились боли и болезненное уплотнение в области инъекции. В верхненаружном квадранте левой ягодицы определяется припухлость с нечеткими контурами и гиперемизированной кожей. При пальпации отмечается локальная болезненность и уплотнение тканей с размягчением в центре. Температура измененных тканей повышена. Анализ крови: лейкоциты – $12,2 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 9%, СОЭ – 26 мм/час.

Задание:

Какое осложнение возникло у больной после инъекции?

Каковы причины развития этого осложнения?

Каковы меры профилактики этого осложнения?

Какой диагностический прием следует применить для уточнения диагноза?

Какое общее и местное лечение следует проводить больной?

Эталон ответа:

Постинъекционный абсцесс левой ягодицы.

Недостаточно соблюдались правила асептики при выполнении инъекции.

Тщательная обработка рук перед выполнением процедуры, обязательная дезинфекция кожи в месте инъекции, использование стерильных игл и шприцев, четкое соблюдение правил набора в шприц лекарственных препаратов и выполнения инъекции.

Для уточнения диагноза в ряде случаев целесообразна пункция патологического очага.

Общее лечение состоит в проведении антибактериальной, дезинтоксикационной и симптоматической терапии. Местное лечение: вскрытие абсцесса, промывание и дренирование гнойной полости, перевязки, физиотерапевтические процедуры.

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

Какие абсолютные признаки закрытых переломов Вам известны?

Эталон ответа:

К абсолютным признакам закрытых переломов относят патологическую подвижность в месте повреждения и крепитацию костных отломков.

2

Какие разновидности металлоостеосинтеза Вам известны?

Эталон ответа:

Интрамедуллярный металлоостеосинтез.

Экстрamedулярный металлоостеосинтез.
Внеочаговый компрессионно-дистракционный металлоостеосинтез.

3

Чем принципиально отличается шина Дитерихса от шины Крамера?

Эталон ответа:

Шина Дитерихса в отличие от шины Крамера позволяет в процессе транспортировки пациента осуществлять вытяжение по оси поврежденной конечности.

4

В каком суставе наиболее часто возникает вывих?

Эталон ответа:

Наиболее часто возникает вывих плеча (до 50–60% всех вывихов).

5

Какие основные методы вправления вывиха плеча Вам известны?

Эталон ответа:

Методы Гиппократы, Кохера и Джанелидзе.

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.

Модуль «Хирургические болезни»

Примеры заданий в тестовой форме

(один ответ правильный)

1. Больным с неосложненным калькулезным холециститом чаще всего выполняют
 - 1) холецистостомию
 - 2) холецистэктомию от шейки
 - 3) холецистэктомию от дна
 - 4) лапароскопическую холецистостомию
 - 5) холецистэктомию с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому

Эталон ответа: 2

2. Перемежающаяся желтуха вызывается
 - 1) вклиненным камнем терминального отдела холедоха
 - 2) опухолью холедоха
 - 3) камнем пузырного протока
 - 4) вентильным камнем холедоха
 - 5) структурой холедоха

Эталон ответа: 4

3. Пятна цианоза на боковых стенках живота при остром панкреатите характерны для симптома
 - 1) Грюнвальда

- 2) Мондора
- 3) Грея-Тернера
- 4) Кера
- 5) Воскресенского

Эталон ответа: 3

4. Наличие яичка в грыжевом мешке характерно для грыжи
 - 1) скользящей
 - 2) ущемленной
 - 3) бедренной
 - 4) врожденной
 - 5) косой паховой

Эталон ответа: 4

5. Наиболее частым симптомом острого панкреатита является
 - 1) тошнота или рвота
 - 2) гипертермия
 - 3) желтуха
 - 4) вздутие живота
 - 5) боль в верхней половине живота

Эталон ответа: 5

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

У больной 59 лет 4 дня назад впервые появились умеренные по силе боли в эпигастральной области, которые в последующем постепенно переместились в правую подвздошную область. Дважды была рвота съеденной пищей, температура тела повышалась до 37,5°C. Больная по совету родственников в домашних условиях принимала таблетированные пре-

параты – тетрациклин и анальгин, однако ее состояние при этом не улучшилось. В связи с сохранением постоянных болей в нижних отделах живота только на 4-е сутки от начала заболевания больная обратилась к хирургу районной поликлиники.

Во время осмотра состояние больной удовлетворительное. Температура тела – 37,4°C. Пульс – 88 в 1 мин. Язык влажный, обложен белым налетом. В правой подвздошной области пальпируется неподвижное, плотноэластической консистенции образование с четкими границами размерами 12 x 8 см. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Лейкоцитов в крови – $11,0 \times 10^9/\text{л}$.

Задание:

1. Каков Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
3. Где следует лечить больную?
4. Какова лечебная тактика?
5. Предполагается ли оперативное лечение больной и, если да, то какое?

Эталон ответа:

1. У больной клиника острого аппендицита, осложненного аппендикулярным инфильтратом.

2. Дифференциальный диагноз следует проводить с опухолью слепой кишки, реже с туберкулезом и актиномикозом.

3. Больную следует лечить в условиях хирургического стационара.

4. В связи с отсутствием признаков абсцедирования показано консервативное лечение до полного рассасывания аппендикулярного инфильтрата (постельный режим, щадящая диета, локальная гипотермия тканей, антибиотикотерапия, предусматривающая использование антибиотиков широкого спектра действия) и активное динамическое наблюдение за больной.

5. При абсцедировании аппендикулярного инфильтрата необходимо вскрытие и дренирование гнойника, причем предпочтителен внебрюшинный доступ к зоне расположения абсцесса.

Через 3–4 месяца после рассасывания аппендикулярного инфильтрата и выписки больной из стационара показана плановая аппендэктомия для предотвращения рецидива заболевания.

2

У больного, оперированного по поводу острого флегмонозного аппендицита 7 дней назад, повысилась температура тела. Она носит гектический характер. Болей в области операционной раны больной не отмечает. Жалуется на болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Язык суховат. Пульс – 110 в минуту. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий при пальпации, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитов в крови – $18,0 \times 10^9/\text{л}$. В области раны воспалительной реакции нет. В легких при аускультации и рентгенологическом исследовании патологии не выявлено.

Задание:

1. О каком осложнении острого аппендицита можно думать?
2. Какие дополнительные исследования следует применить для уточнения диагноза?
3. Какова лечебная тактика?
4. Как будете лечить больного?
5. Если потребуются хирургическая операция, каким оперативным доступом воспользуетесь?

Эталон ответа:

1. Ранний послеоперационный период осложнился абсцессом дугласова пространства.

2. Необходимо пальцевое ректальное исследование, при котором можно выявить наивисание передней стенки прямой кишки (и/или флюктуацию).
3. Необходимо предпринять экстренную хирургическую операцию.
4. Показано «вскрытие» и дренирование абсцесса.
5. Абсцесс пунктируют через переднюю стенку прямой кишки. Получив гной, его вскрывают по игле остроконечным скальпелем и дренируют резиновой трубкой на 24–48 часов. После операции головному концу кровати следует придать возвышенное положение.

3

Больной 42 лет страдает язвенной болезнью желудка в течение 10 лет. После лечения в стационаре наступали ремиссии, длящиеся 1–3 года. Три месяца назад у больного появились боли в поясничной области, иногда носящие опоясывающий характер. В остальном течение заболевания не изменилось. При рентгенологическом исследовании определяется глубокая «ниша», располагающаяся на задней стенке ближе к малой кривизне антрального отдела желудка.

Задание:

1. Чем осложнилось течение заболевания?
2. Почему изменился характер болей?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для подтверждения диагноза?
4. Как будете лечить больного?
5. Каковы особенности оперативного лечения больных с данным осложнением?

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь желудка осложнилась пенетрацией.
2. Характер болей изменился в связи с тем, что язва пенетрировала в поджелудочную железу (поэтому боли стали иррадиировать в поясницу и приобрели опоясывающий характер).
3. Целесообразно определение альфа-амилазы мочи. Показана эзофагогастродуоденоскопия с биопсией тканей, образующих края язвенного дефекта.
4. Больному показана дистальная резекция желудка.
5. Язва желудка может войти в состав макропрепарата, в противном случае при выполнении дистальной резекции желудка дно язвы может быть оставлено на органе, в который она пенетрировала.

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 эпигастриальной 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 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.

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.

Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций по итогам освоения дисциплины для каждой формируемой компетенции создается в соответствии с образцом, приведенным в Приложении № 1.

IV. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

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

Модуль «Общая хирургия»

а). Основная литература:

1. Гостищев, Виктор Кузьмич. Общая хирургия : учебник / Виктор Кузьмич Гостищев. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 727 с. - ISBN 978-5-9704-3878-7. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/62678/default>. – Текст : непосредственный.
2. Петров, Сергей Викторович. Общая хирургия : учебник / Сергей Викторович Петров. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 767 с. - ISBN 978-5-9704-1572-6. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/43531/default>. – Текст : непосредственный.

б). Дополнительная литература:

1. Клиническая хирургия : национальное руководство : в 3 томах / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008 - 2013. – Текст : непосредственный.
Т. 1. – 2008. – 858 с. - ISBN 978-5-9704-0674-8. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/52127/default>.
Т. 2. – 2013. – 825 с. - ISBN 978-5-9704-2572-5. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/52128/default>.
Т. 3. – 2010. – 1002 с. - ISBN 978-5-9704-1544-3. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/52129/default>.
2. Ковалёв, Александр Иванович. Общая хирургия. Курс лекций : учебное пособие / Александр Иванович Ковалёв. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2013 . – 754 с. - Библиогр.: с. 752-754. - ISBN 978-5-9986-0120-0. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/56698/default>. – Текст : непосредственный.

в). Электронный ресурс:

1. Гостищев, В. К. Общая хирургия : учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР Медиа, 2020. - 736 с. - ISBN 978-5-9704-5612-5. - URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970456125.html> – Текст : электронный.
2. Петров, С. В. Общая хирургия : учебник / С. В. Петров [и др.]. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 832 с. - ISBN 978-5-9704-5605-7. - URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970456057.html> – Текст : электронный.
3. Кузнецов, Н. А. Клиническая хирургия : обследование пациента / Н. А. Кузнецов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-5488-6. - URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970454886.html> – Текст : электронный.
4. Методика обследования хирургического больного. Подготовка академической истории болезни : учебно-методическое пособие для подготовки студентов к занятиям по общей хирургии, обучающихся по специальностям "Лечебное дело" и "Педиатрия" / Э. М. Аскеров, А. Н. Сергеев, Е. М. Мохов [и др.] ; Тверской государственный медицинский университет. – 208 Кб. – Тверь : [б. и.], 2020. – 45 с. – URL : http://192.168.16.5/SoftUnicode/Modules/Notices/FSAffNotice.php?IdNotice=108101&Format=ISBD&IdSession=SSN_5 (дата обращения: 26.02.2021).

– Текст : электронный.

Модуль «Хирургические болезни»

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. Клиническая хирургия : национальное руководство : в 3 томах / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008 - 2013.

– Текст : непосредственный.

Т. 1. – 2008. – 858 с. - ISBN 978-5-9704-0674-8. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/52127/default>.

Т. 2. – 2013. – 825 с. - ISBN 978-5-9704-2572-5. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/52128/default>.

Т. 3. – 2010. – 1002 с. - ISBN 978-5-9704-1544-3. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/52129/default>.

2. 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>.

3. Черноусов, А. Ф. Хирургические болезни. Руководство по обследованию больного : учебное пособие / А. Ф. Черноусов, Т. В. Хоробрых, Н. А. Кузнецов. – Москва : Практическая медицина, 2016. – 283 с. - Библиогр.: с. 281-283. - ISBN 978-5-98811-274-7. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/76920/default>. – Текст : непосредственный.

4. Кузнецов, Н. А. Клиническая хирургия : обследование пациента / Н. А. Кузнецов. – Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2020. – 150 с. - Библиогр.: с. 144-145. - ISBN 978-5-9704-5488-6. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/106829/default>.

– Текст : непосредственный.

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>

–Текст : электронный.

2. Кузнецов, Н. А. Клиническая хирургия : обследование пациента / Н. А. Кузнецов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-5488-6. - URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970454886.html>

– Текст : электронный.

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

Типовые тестовые задания и типовые ситуационные задачи по общей хирургии и хирургическим болезням, а также 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:

- **eLIBRARY.RU** - Российский информационный портал в области науки, технологии, медицины и образования, содержащий рефераты и полные тексты более 13 млн. научных статей и публикаций. На платформе eLIBRARY.RU доступны электронные версии более 2000 российских научно-технических журналов, в том числе более 1000 журналов в открытом доступе - <http://elibrary.ru/defaultx.asp>

- **Всемирная организация здравоохранения** - сайт содержит новости, статистические данные по странам, входящим во всемирную организацию здравоохранения, информационные бюллетени, доклады, публикации ВОЗ и многое другое - <http://www.who.int/ru/>

- **Министерство образования и науки Российской Федерации** - официальный ресурс Министерства образования и науки Российской Федерации. Сайт содержит новости, информационные бюллетени, доклады, публикации и многое другое - <https://минобрнауки.рф/>

- **Федеральный портал «Российское образование»** - единое окно доступа к образовательным ресурсам. На данном портале предоставляется доступ к учебникам по всем отраслям медицины и здравоохранения - <http://www.edu.ru/>

- **БД «Российская медицина»** - создается в ЦНМБ, охватывает весь фонд, начиная с 1988 года. База содержит библиографические описания статей из отечественных журналов и сборников, диссертаций и их авторефератов, а также отечественных и иностранных книг, сборников трудов институтов, материалы конференций и т.д. Тематически база данных охватывает все области медицины и связанные с ней области биологии, биофизики, биохимии, психологии - <http://www.scsml.rssi.ru/>

- **Портал Электронная библиотека диссертаций** - в настоящее время Электронная библиотека диссертаций РГБ содержит более 919 000 полных текстов диссертаций и авторефератов - <http://diss.rsl.ru/?menu=disscatalog/>

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. Программное обеспечение «Среда электронного обучения 3KL»
5. Платформа Microsoft Teams

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

- Электронная библиотечная система «Консультант студента» - <https://www.studentlibrary.ru/>
- Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (до 01.08.2024 г.) - <https://www.rosmedlib.ru/> - с 01.09.2024 г. – «MedBaseGeotar» - справочно-информационная система – mbasegeotar.ru
- Электронная библиотечная система «elibrary» - <https://www.elibrary.ru/defaultx.asp>
- PubMed - бесплатная система поиска в крупнейшей медицинской библиографической

базе данных MedLine - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины размещены в ЭИОС университета.

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

Приложение № 2

VI. 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.

VII. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины

Приложение № 3

Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

ОПК – 5

Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач

**Задания комбинированного типа с выбором верного ответа
и обоснованием выбора из предложенных**

Задание 1

Прочитайте текст, укажите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

Наиболее точным методом определения площади ожоговой поверхности является:

- а. метод Уоллеса (правило девяток)
- б. метод Постникова
- в. метод Глумова (правило ладони)
- г. метод Вилявина

Ответ: метод Постникова

Обоснование: Точность метода Постникова объясняется тем, что контуры ожоговой раны переносятся на миллиметровую сетку, что позволяет вычислять площадь поражения с точностью до 1 мм².

Прочие методы определения площади ожоговой раны менее точные, причем они, как правило, предусматривают выражение ответа в относительных величинах (%).

Задание 2

Прочитайте текст, укажите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

Сочетание покраснения кожи с наличием пузырей на ее поверхности свидетельствует о форме рожистого воспаления, именуемой:

- а. эритематозной
- б. буллезной
- в. флегмонозной
- г. некротической

Ответ: буллезной

Обоснование: Наличие покраснения кожи без пузырей говорит об эритематозной форме рожи. При флегмонозной роже изменения на коже менее выражены в пользу общих симптомов заболевания. Для некротической формы характерными являются ограниченные участки некрозов кожи.

Задания закрытого типа на установление соответствия

Задание 1

Прочитайте текст и установите соответствие

Глубина поражения кожи при ожогах подразделяется на четыре степени, которые обозначаются римскими цифрами, причем третья степень дополнительно подразделяется на две подстепени («а» и «б»).

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

Степень глубины поражения тканей		Изменения тканей
I	а	некроз поверхностных слоев дермы
II	б	некроз всей толщи кожи
IIIа	в	некроз всей дермы
IIIб	г	поражение верхних слоев эпидермиса
IV	д	поражение всего эпидермиса с образованием пузырей

Запишите выбранные буквы под соответствующими цифрами

I	II	III-а	III-б	IV
г	д	а	в	б

Задание 2

Прочитайте текст и установите соответствие

Глубина поражения кожи при отморожениях подразделяется на четыре степени, которые обозначаются римскими цифрами.

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

Степень глубины поражения тканей		Изменения тканей
I	а	некроз всей толщи кожи
II	б	некроз кожи и подлежащих

		тканей
III	в	признаков некроза кожи нет
IV	г	некроз всех слоев эпидермиса

Запишите выбранные буквы под соответствующими цифрами

I	II	III	IV
в	г	а	б

Задания закрытого типа на установление последовательности

Задание 1

Прочитайте текст и установите последовательность

В диагностике перфоративных гастродуоденальных язв применяются различные методы обследования больных.

Расположите методы обследования пациентов в порядке их очередности при проведении диагностики перфоративных гастродуоденальных язв.

1	Эзофагогастродуоденоскопия (по показаниям)
2	Клиническое обследование
3	Обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости в вертикальном положении больного

Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

2	3	1
---	---	---

Примечание: применение эзофагогастродуоденоскопии особенно актуально при прикрытой перфоративной язве.

Задание 2

Прочитайте текст и установите последовательность

При проведении диагностики переломов костей врач-травматолог последовательно выполняет ряд необходимых действий.

Расположите выполняемые действия врача-травматолога в порядке их очередности при проведении диагностического этапа работы

1	Клиническое обследование
2	Тщательный сбор анамнеза с целью

Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

2

1

3

Задания открытой формы

Дополните.

1

Основным симптомом сотрясения головного мозга является _____
ретроградная амнезия.

2

При паронихии наблюдается воспаление _____
околоногтевого ложа.

3

Гидраденит обычно локализуется _____
в подмышечной впадине.

Контрольные вопросы и задания

1

Какую повязку целесообразно накладывать для обеспечения транспортировки пострадавшего при переломе ключицы?

Эталон ответа: Повязку Дезо.

2

В каком суставе наиболее часто наблюдаются вывихи?

Эталон ответа: В плечевом суставе (вывих плеча).

3

Как называется метод диагностики, который позволяет во время одного исследования осматривать пищевод, желудок и двенадцатиперстную кишку?

Эталон ответа: Эзофагогастродуоденоскопия.

4

Как называется метод диагностики, который позволяет во время одного исследования осматривать прямую кишку и частично сигмовидную кишку?

Эталон ответа: Ректороманоскопия.

5

Как называется метод эндоскопической диагностики, который позволяет осматривать париетальную и висцеральную брюшину?

Эталон ответа: Лапароскопия.

Практико-ориентированные задания

1

Задание

Как отличить закрытый перелом бедра от вывиха бедра на месте происшествия?

После падения с высоты пострадавший предъявляет жалобы на интенсивные боли в области правого бедра.

При осмотре травмированной правой нижней конечности обнаружено изменение ее длины по сравнению со здоровой конечностью.

Эталон ответа:

На месте происшествия необходимо провести измерение абсолютной и относительной длины нижних конечностей.

Полученные на пострадавшей конечности значения необходимо сравнивать с аналогичными величинами на здоровой, контралатеральной конечности.

При закрытом переломе бедра изменятся две величины: абсолютная длина и относительная длина конечности.

При вывихе бедра изменится только относительная длина конечности.

2

Задание

Какие дополнительные методы исследования следует применить для уточнения диагноза при наличии визуальных изменений на коже голени?

У больной несколько часов назад на значительном протяжении левой голени появилась яркая гиперемия кожи с четкими контурами, сопровождающаяся болью и кожным зудом. В пределах гиперемизированного участка имеются эпидермальные пузыри, заполненные серозной жидкостью. Беспокоит озноб.

Эталон ответа:

Для уточнения диагноза необходимо провести измерение температуры тела и выполнить клинический анализ крови.

При наличии высокой температуры тела ($39 - 40 - 41^{\circ}\text{C}$), выраженного лейкоцитоза и нейтрофилии, эозинопении и умеренной анемии можно сделать вывод о том, что у больной «Рожа голени».

3

Задание

Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза при повреждении коленного сустава?

В поликлинику обратился пациент 32 лет с жалобами на сильные боли и ограничение движений в области правого коленного сустава, напряжение, инфильтрацию и гиперемию кожных покровов в области пораженного сустава, а также слабость, недомогание, озноб и потливость. Из анамнеза известно, что около трех недель назад была травма коленного сустава. За медицинской помощью пострадавший не обращался.

При осмотре хирургом констатируется вынужденное положение конечности, ограничение движений в правом коленном суставе, изменение его конфигурации и гиперемия кожных покровов в проекции сустава. Наряду с этим выявлен симптом баллотирования надколенника. Температура тела – 39°C .

Эталон ответа:

Необходимо выполнить

2. клинический анализ крови,
3. пункцию правого коленного сустава,
4. рентгенографию правого коленного сустава в двух проекциях.

Характерные изменения в анализе крови: лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ, диспротеинемия.

При пункции оценивают характер выпота (серозный, гнойный, геморрагический), проводят бактериологическое исследование выпота для определения видовой принадлежности микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам.

При рентгенологическом исследовании выявляют расширение суставной щели и остеопороз в эпифизарных концах костей пораженного сустава.

Ситуационные задачи

1

Задача

Женщина 65 лет два часа назад упала и ударилась левым плечом. При этом она почувствовала сильную боль в области левого плеча. При осмотре левая верхняя конечность находится в вынужденном положении. Область левого плечевого сустава деформирована. При пальпации в левой подмышечной области определяется плотное образование. Активные и пассивные движения пострадавшей конечности резко болезненны и ограничены.

Задание:

Поставьте предварительный диагноз.

Какие дополнительные исследования позволят подтвердить предварительный диагноз?

Перечислите основные симптомы данной травмы.

Эталон ответа:

Можно предположить вывих левого плеча.

Для уточнения диагноза необходимо выполнить рентгенографию области левого плечевого сустава.

Для данной травмы характерны сильные боли в области поврежденного сустава, резко усиливающиеся при активных и пассивных движениях; вынужденное положение пораженной конечности; деформация в области плечевого сустава; в проекции головки плечевой кости, как правило, определяется «западение». Типичным является симптом пружинящей фиксации конечности.

2

Задача

В больницу машиной скорой помощи доставлен пострадавший 35 лет, который получил ожоги горячей водой. При осмотре состояние больного сред-

ней тяжести. Пациент бледный, вялый, адинамичный. Жалуется на слабость и жажду. Пульс – 100 в 1 минуту. АД – 110/60 мм рт. ст. Передняя поверхность туловища и кисти рук резко гиперемированы. На этом фоне имеются пузыри, заполненные серозной жидкостью.

Задание:

Поставьте диагноз с учетом определения площади и глубины поражения тканей.

В чем заключается «правило девяток» и как его можно использовать у данного пациента?

Как с помощью «правила ладони» определяется площадь поражения кожи, в том числе, у данного пациента?

Эталон ответа:

Термический ожог I-II степени передней поверхности туловища и кистей (площадь – не более 22%).

Правило «девяток» заключается в том, что площадь покровов отдельных частей тела человека равна или кратна 9 % от площади поверхности всего тела, а именно, площадь кожи головы и шеи составляет 9%, верхней конечности – 9%, нижней конечности – 18%, передней поверхности туловища – 18%, задней поверхности туловища – 18% и промежности – 1%. В общей сложности площадь всей кожи составляет 100%.

Правило «ладони» заключается в том, что площадь ладонной поверхности кисти со сложенными пальцами составляет 1% от всей площади кожи.

Таким образом, у данного пациента площадь передней поверхности туловища составляет 18% (используем «правило девяток»), а площадь ладонных и тыльных поверхностей кистей составляет 4% (используем «правило ладони»). В общей сложности площадь поражения кожи у данного пациента составляет не более 22% (при условии поражения всей кожи кистей рук).

3

Задача

Больная 42 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, кашель с мокротой, ощущение тяжести в левой половине грудной клетки, особенно при наклоне в противоположную сторону. Заболела остро, после переохлаждения.

Состояние при поступлении средней тяжести. Частота дыхательных движений – 24 в минуту. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Слева под лопаткой и в подмышечной области определяется притупление и ослабленное дыхание. Выше этой зоны выслушивается крепитация. Правая граница сердца смещена вправо. Пульс – 98 в минуту. АД – 130/80 мм рт. ст. Температура тела – 38°C.

Задание:

Поставьте предварительный диагноз.

Какой инструментальный метод может помочь в диагностике заболевания?

Какой рентгенологический метод целесообразно использовать в данном случае?

Эталон ответа:

Острый гнойный левосторонний плеврит.

С целью уточнения диагноза целесообразно выполнить пункцию левой плевральной полости с последующим лабораторным изучением полученного экссудата.

Необходимо выполнить рентгенографию грудной клетки (интенсивное гомогенное затемнение с линией Демуазо и смещение средостения в противоположную сторону).

*

ОПК – 6

Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения при решении профессиональных задач

Задания комбинированного типа с выбором верного ответа и обоснованием выбора из предложенных

Задание 1

Прочитайте текст, укажите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

В современной травматологии используются различные методы лечения переломов костей предплечья, однако в амбулаторных условиях применяется только один из них:

- а. экстрамедуллярный металлоостеосинтез
- б. метод лечения с помощью гипсовой повязки
- в. накостный металлоостеосинтез
- г. интрамедуллярный металлоостеосинтез

Ответ: метод лечения с помощью гипсовой повязки.

Обоснование: Наложение гипсовой повязки можно выполнить в специально оборудованной гипсовальной комнате хирургического кабинета поликлиники. Остальные перечисленные выше методы относятся к числу оперативных методов лечения переломов, которые могут быть реализованы только в условиях операционного блока хирургического стационара.

Задание 2

Прочитайте текст, укажите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

По окончании первичной хирургической обработки (ПХО) ран мягких тканей применяют различные хирургические швы, однако наиболее часто используют:

- а. провизорный шов
- б. вторичный шов
- в. первичный отсроченный шов
- г. первичный шов

Ответ: первичный отсроченный шов.

Обоснование: при наложении первичного хирургического шва сохраняется риск развития раневой инфекции. Вторичные хирургические швы после окончания ПХО ран не накладываются, их используют при наличии в ране чистых грануляций. Провизорные швы, которые являются разновидностью первичных отсроченных швов, целесообразно применять на этапах медицинской эвакуации. Применение первичного отсроченного шва после ПХО является оптимальным вариантом. При этом швы накладывают через 3–5 суток после операции, когда угроза развития раневой инфекции полностью отсутствует.

Задания закрытого типа на установление соответствия

Задание 1

Прочитайте текст и установите соответствие

Определение группы крови по стандартным изогемагглютинирующим сывороткам I(0) II(A) III(B) IV(AB)/ проводят путем добавления капли исследуемой крови в каждую из четырех капель сывороток и наблюдения за реакцией изогемагглютинации.

Соотнесите результаты опытов и номера групп крови

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Группа крови	Результат опыта
1	I(0)	а Реакция агглютинации отрицательная с сывороткой II(A) и положительная с сыворотками I(0) и III(B)
2	II(A)	б Сыворотки I(0), II(A) и III(B) групп дают положительную реакцию
3	III(B)	в Все три сыворотки не дают агглютинации
4	IV(AB)	г Реакция агглютинации отрицательная с сывороткой III(B) и положи-

тельная с сыворотками I(0) и II(A)

Запишите выбранные буквы под соответствующими цифрами

1	2	3	4
в	а	г	б

Задание 2

Прочитайте текст и установите соответствие

Определение группы крови с помощью моноклональных антител (целиклонов: анти-А и анти-В) проводят путем добавления капли исследуемой крови в капли целиклонов и наблюдения за реакцией агглютинации.

Соотнесите результаты опытов и номера групп крови

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Группа крови		Результат опыта
1	I(0)	а	анти-А (+) анти-В (+)
2	II(A)	б	анти-А (-) анти-В (-)
3	III(B)	в	анти-А (+) анти-В (-)
4	IV(AB)	г	анти-А (-) анти-В (+)

Запишите выбранные буквы под соответствующими цифрами

1	2	3	4
б	в	г	а

Задания закрытого типа на установление последовательности

Задание 1

Прочитайте текст и установите последовательность

При оказании первой помощи пострадавшим с термическими ожогами выполняются необходимые действия в определенной последовательности

Расположите отдельные манипуляции, выполняемые при оказании первой помощи пострадавшим с термическими ожогами, в порядке их очередности.

1	Наложение асептической повязки
2	Проведение противошоковых мероприятий (в/в введения растворов)
3	Прекращение действия термического агента

- | | |
|---|--------------------------------|
| 4 | Обезболивание |
| 5 | Охлаждение обожженных участков |

Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

3 5 1 4 2

Задание 2

Прочитайте текст и установите последовательность

При оказании первой помощи пострадавшим с отморожениями выполняются необходимые действия в определенной последовательности

Расположите отдельные манипуляции, выполняемые при оказании первой помощи пострадавшим с отморожениями, в порядке их очередности.

- | | |
|---|--|
| 1 | Переодевание пострадавшего в сухую теплую одежду |
| 2 | Устранение действия холода |
| 3 | Обезболивание (по показаниям) |
| 4 | Согревание пострадавшей части тела |

Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

2 4 1 3

Задания открытой формы

Дополните.

1

Под хирургической обработкой отморожений следует понимать _____

некротомию и некрэктомию.

2

У больного с открытым переломом и кровотечением из поврежденной крупной артерии в первую очередь следует _____

наложить жгут на конечность.

3

Основное лечебное мероприятие при развитии симптомов сдавления мозга _____

трепанация черепа.

Контрольные вопросы и задания

1

К какому виду анестезии относится анестезия по Оберсту-Лукашевичу?

Эталон ответа: Этот метод относится к проводниковой анестезии.

2

В какой концентрации и в какой дозировке вводится внутривенно хлористый кальций с целью остановки кровотечения?

Эталон ответа: 10% – 10 мл.

3

Какую манипуляцию следует выполнить в первую очередь при оказании неотложной помощи по поводу клапанного пневмоторакса?

Эталон ответа: при этом следует выполнить пункцию плевральной полости.

4

Какие методы предназначены для вправления вывиха плеча?

Эталон ответа: Кохера, Джанелидзе и Гиппократы.

5

Какие методы предназначены для вправления вывиха бедра?

Эталон ответа: Кохера и Джанелидзе.

Практико-ориентированные задания

1

Задание

Как и с помощью каких медицинских изделий выполняется транспортная иммобилизация при закрытом переломе бедра на месте происшествия?

Пострадавший получил закрытый перелом бедра в средней трети. Имеются смещения костных отломков по длине и ширине. Отмечается некоторое укорочение конечности на стороне поражения. При пальпации бедра определяется выраженная болезненность в месте перелома и крепитация отломков.

Эталон ответа:

На месте происшествия с целью транспортной иммобилизации целесообразно наложить шину Дитерихса.

Не снимая одежды на область лодыжек и боковые поверхности конечности накладывают ватно-марлевые прокладки. На внутреннюю (до промежности) и наружную (до подмышечной впадины) поверхности бедра накладывают основные «пластины» шины и фиксируют их к конечности и туловищу бинтом. Предварительно подошвенную «пластину» шины также фиксируют бинтом к подошве обуви пострадавшего и таким образом обеспечивают не только иммобилизацию конечности, но и ее вытяжение в процессе транспортировки.

2

Задание

Какие этапы первичной хирургической обработки следует выполнять при слепом огнестрельном пулевом ранении мягких тканей?

При ошибочном выстреле на охоте напарник получил огнестрельное пулевое ранение левого бедра. На передней поверхности бедра в средней трети имеется входное отверстие округлой формы размерами до 1 см. Выходного отверстия нет. Бедренная кость не повреждена.

Эталон ответа:

- рассечение тканей в области раны,
- иссечение девитализированных тканей,
- удаление инородных тел, в том числе пули (снаряда),
- окончательная остановка кровотечения одним из методов,
- обильное промывание раны растворами антисептиков,
- инъекция в ткани, образующие края и дно раны, растворов антибиотиков широкого спектра действия.

3

Задание

Каким образом и с какой целью используется провизорный шов раны?

При случайном ножевом ранении были повреждены мягкие ткани правой ягодицы. На месте повреждения имелась рана линейной формы размерами 5,0 x 0,5 x 1,0 см с двумя ровными краями и острыми углами. Примечательно, что рана была загрязнена мельчайшими инородными телами. Дежурным хирургом районной больницы своевременно выполнена первичная хирургическая обработка раны, по окончании которой он наложил провизорный шов.

Эталон ответа:

При наложении провизорного шва края раны на всем ее протяжении прошивают хирургическими нитями, которые умышленно не завязывают, а оставляют на кожных краях раны. Затем накладывают асептическую повязку на рану. По прошествии 3 – 5 суток, при отсутствии в ране видимых признаков воспаления, швы завязывают и таким образом полостью адаптируют противоположные края раны.

Провизорный шов является частным вариантом первичного отсроченного шва. Он используется с целью сокращения длительности манипуляций при положительном решении вопроса о закрытии раны.

Ситуационные задачи

1

Задача

В районную больницу в экстренном порядке доставлен мужчина 45 лет, который на производстве получил ожоги горячим паром. При осмотре состояние больного тяжелое. Пациент бледный, вялый, адинамичный. Жалуется на слабость и жажду. Пульс – 110 в 1 минуту. АД – 115/60 мм рт. ст. Обе верхние конечности на всем протяжении резко гиперемированы. На этом фоне имеются пузыри, заполненные серозной жидкостью.

Задание:

Поставьте диагноз.

В чем должна заключаться первая помощь пострадавшему?

Какое лечение необходимо назначить пациенту?

Эталон ответа:

Термический ожог I-II степени верхних конечностей (площадь – 18%).

Первая помощь пострадавшему заключается во введении обезболивающих препаратов и наложении асептических повязок на все ожоговые раны.

При поступлении в стационар проводится «туалет» ожоговой поверхности. При этом удаляют отслоившийся эпидермис, а более крупные пузыри надсекают у основания и опорожняют. В последующем на фоне антибиотикотерапии проводят местное лечение с помощью мазевых повязок.

2

Задача

В реанимационном отделении находится больной 60 лет, оперированный неделю назад по поводу разлитого перитонита. Общее состояние больного тяжелое, вялый, адинамичный, не может без посторонней помощи менять положение в постели. Пульс 96 в минуту. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. На третий день после операции в области крестца появилось покраснение кожи и боль при пальпации в этой области. На следующий день в зоне поражения возникли пузыри с мутным содержимым, а затем – дефект кожи. При осмотре в области крестца определяется дефект мягких тканей размерами 5,0 x 3,0 x 0,5 см серого цвета со скудным гнойным отделяемым. Кожа вокруг дефекта гиперемирована и отечна.

Задание:

Какое осложнение возникло у больного в послеоперационном периоде?

Каковы меры профилактики данного осложнения?

Какое лечение следует проводить больному?

Эталон ответа:

Послеоперационный период осложнился развитием пролежня в области крестца.

Профилактика этого осложнения заключается в квалифицированном уходе за больными, тщательном разглаживании простыней, частом перестилании постели (при этом постельное белье должно быть сухим), частом изменении положения тела оперированных больных, обработке кожи камфорным спиртом, применении прокладок, поглощающих избыток влаги. У таких больных целесообразно использовать специальные кровати, противопролежневые матрасы и подкладные резиновые круги.

Лечение больных с пролежнями должно включать их физическую активизацию в виде применения пассивных и активных движений, хирургическую обработку пролежня, в частности некрэктомию, и последующее местное лечение с учетом фазы раневого процесса.

Задача

Больная 50 лет предъявляет жалобы на боли в левой ягодице и озноб. Три дня назад медсестрой в домашних условиях была сделана инъекция лекарственного препарата в верхненаружный квадрант левой ягодицы. На следующий день самочувствие больной ухудшилось, температура тела повысилась до 39°C, появилось болезненное уплотнение в области инъекции.

В верхненаружном квадранте левой ягодицы определяется припухлость с нечеткими контурами и гиперемированной кожей. При пальпации отмечается локальная болезненность и уплотнение тканей с размягчением в центре. Температура измененных тканей повышена. Анализ крови: лейкоциты – $12,2 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 11%, СОЭ – 26 мм/час.

Задание:

Какое осложнение возникло у больной после инъекции?

Какой лечебно-диагностический прием целесообразно использовать для уточнения диагноза ?

Какое общее и местное лечение следует проводить больной?

Эталон ответа:

Постинъекционный абсцесс левой ягодицы.

Для уточнения диагноза в ряде случаев целесообразна пункция патологического очага.

Общее лечение состоит в проведении антибактериальной, дезинтоксикационной и симптоматической терапии. Местное лечение: «вскрытие» абсцесса, промывание и дренирование гнойной полости, последующие перевязки и физиотерапевтические процедуры.

Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

ОПК – 5

Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач

**Задания комбинированного типа с выбором верного ответа
и обоснованием выбора из предложенных**

Задание 1

Прочитайте текст, укажите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

Рентгенография грудной клетки и верхних отделов брюшной полости в положении больного стоя применяется для диагностики:

1. острого холецистита
2. острого аппендицита
3. перфоративной язвы желудка
4. острого панкреатита

Ответ: перфоративной язвы желудка

Обоснование: Предложенный метод позволяет обнаружить свободный газ в брюшной полости, что в свою очередь является патогномичным признаком «синдрома перфорации полого органа» желудочно-кишечного тракта.

Для острого холецистита, острого аппендицита и острого панкреатита не характерно скопление газа в брюшной полости.

Задание 2

Прочитайте текст, укажите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

Ректороманоскопия, один из наиболее распространенных методов эндоскопического исследования пищеварительного тракта, применяется для диагностики заболеваний:

1. пищевода
2. прямой и сигмовидной кишок
3. желудка и двенадцатиперстной кишки
4. прямой и ободочной кишок

Ответ: прямой и сигмовидной кишок

Обоснование: Жесткие эндоскопы применяются только для осмотра начальных и конечных отделов пищеварительного тракта. Для осмотра желудка, двенадцатиперстной кишки и ободочной кишки на всем ее протяжении применимы только гибкие эндоскопы.

Ректороманоскоп, будучи жестким аппаратом, имеет максимальный по длине тубус в 30 см. Длина прямой кишки взрослого человека составляет приблизительно 16-18 см. Очевидно, с помощью тубуса, длина которого 30 см, можно осматривать не только прямую кишку на всем ее протяжении, но и значительную часть сигмовидной кишки.

Задания комбинированного типа с выбором нескольких вариантов ответа из предложенных с развернутым обоснованием выбора

Задание 1

Прочитайте текст, укажите два правильных ответа и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

В диагностике прикрытой перфоративной язвы желудка два метода, выполняемые в определенной последовательности, имеют наибольшее значение:

1. рентгенография желудка с применением контрастного препарата
2. эзофагогастродуоденоскопия
3. клиническое обследование
4. рентгенография грудной клетки и верхних отделов брюшной полости
5. ультразвуковое исследование желудка

Ответ: рентгенография грудной клетки и верхних отделов брюшной полости (4) и эзофагогастродуоденоскопия (2) с повторной рентгенографией грудной клетки и верхних отделов брюшной полости

Обоснование: если при выполнении рентгенографии грудной клетки и верхних отделов брюшной полости нет признаков газа в брюшной полости, целесообразна эзофагогастродуоденоскопия, во время которой можно выявить язву желудка с признаками перфорации и опосредованно «ввести» умеренное количество газа в брюшную полость, который можно выявить при повторной рентгенографии грудной клетки и верхних отделов брюшной полости.

Задание 2

Прочитайте текст, укажите два правильных ответа и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

В рентгенологической диагностике заболеваний желчного пузыря и внепеченочной желчевыводительной системы два метода отличаются максимально высоким качеством изображения:

1. инфузионная холецистохолангиография

2. лапароскопическая холецистохолангиография
3. пероральная холецистография
4. струйная холецистохолангиография
5. эндоскопическая ретроградная холецистохолангиография

Ответ: лапароскопическая холецистохолангиография (2) и эндоскопическая ретроградная холецистохолангиография (5).

Обоснование: Лапароскопическая холецистохолангиография и эндоскопическая ретроградная холецистохолангиография отличаются тем, что при этих методах рентгенконтрастный препарат вводится непосредственно во внепеченочную желчевыделительную систему (в желчный пузырь или в холедох). При этом качество рентгеновского изображения становится идеальным.

При внутривенных способах холецистохолангиографии (струйной или инфузионной) и тем более при пероральной холецистографии введение рентгенконтрастного препарата является опосредованным (через пищеварительную систему, кровеносную систему и паренхиму печени), что сопровождается снижением качества рентгеновского изображения.

Задания закрытого типа на установление соответствия

Задание 1

Прочитайте текст и установите соответствие

В диагностике заболеваний пищеварительного тракта широко применяются различные эндоскопические методы исследования.

Соотнесите фрагменты пищеварительного тракта и соответствующие методы эндоскопических исследований

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

Фрагмент пищеварительного тракта	Метод эндоскопического исследования
а пищевод	1 интестиноскопия
б желудок	2 ректороманоскопия
в двенадцатиперстная кишка	3 колоноскопия
г тонкая кишка	4 гастроскопия
д ободочная кишка	5 эзофагоскопия
е прямая кишка	6 дуоденоскопия

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами

а	б	в	г	д	е
5	4	6	1	3	2

Задание 2

Прочитайте текст и установите соответствие

В процессе диагностики ряда заболеваний органов брюшной полости проверяются различные симптомы, определяемые врачом во время осмотра.

Соотнесите заболевания органов брюшной полости и определяемый в процессе их диагностики соответствующий симптом

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

Название заболевания		Симптом	
а	Острый панкреатит	1	Щеткина-Блюмберга
б	Прободная язва желудка	2	Валя
в	Острый холецистит	3	Бартомье-Михельсона
г	Перитонит	4	Спижарного
д	Острый аппендицит	5	Мейо-Робсона
е	Непроходимость кишечника	6	Мюсси-Георгиевского

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами

а	б	в	г	д	е
5	4	6	1	3	2

Задания закрытого типа на установление последовательности

Задание 1

Прочитайте текст и установите последовательность

В диагностике хронического холецистита применяются различные методы обследования больных.

Расположите методы обследования в порядке возрастания точности диагностики хронического холецистита.

1	Ультразвуковое исследование
2	Клиническое обследование
3	Пероральная холецистография

Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

2	3	1
---	---	---

Прочитайте текст и установите последовательность

Расположите органы верхних отделов пищеварительного тракта в порядке очередности их эндоскопического осмотра.

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Желудок |
| 2 | Пищевод |
| 3 | Двенадцатиперстная кишка |

Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

- 2 1 3

Дополните.

- 1
Для хронического парапроктита наиболее характерным является _____
наличие свищевого отверстия на коже промежности.

- 2
- При подозрении на кишечную непроходимость в первую очередь выполняют
-
- обзорную рентгенографию брюшной полости.*

- 3
Тимпанический звук при перкуссии грыжевого выпячивания говорит _____
о наличии в нем петли кишки.

Задания открытой формы с кратким ответом

Прочитайте текст и запишите обоснованный ответ

С целью интраоперационного обнаружения желчных камней в гепатикохоледохе применяются различные, в том числе эндоскопические, методы исследования.

Укажите название эндоскопического аппарата, применяемого во время лапаротомии для осмотра гепатикохоледаха.

ОТВЕТ:

Холедохоскоп.

Задание 2

Прочитайте текст и запишите обоснованный ответ

У пациентов с подозрением на острый панкреатит с целью подтверждения диагноза применяются различные лабораторные, в том числе биохимические, методы исследования.

Назовите один из биохимических показателей, который целесообразно определять у пациентов с подозрением на острый панкреатит в моче.

Ответ:

Альфа(α)-амилаза (мочи).

Задания открытой формы с развернутым ответом

Задание 1

Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ

При остром аппендиците и остром холецистите сходными являются клинико-морфологические формы.

Для сравнения представьте клинико-морфологические формы острого аппендицита и острого холецистита.

Ответ:

Клинико-морфологические формы острого аппендицита:

5. катаральный,
6. флегмонозный,
7. гангренозный.

Клинико-морфологические формы острого холецистита:

- катаральный,
- флегмонозный,
- гангренозный.

Задание 2

Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ

Хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей, например при облитерирующем атеросклерозе, развивается постепенно и имеет несколько стадий своего развития.

В этой связи представьте классификацию Фонтейна-Покровского.

Ответ:

Классификация Фонтейна-Покровского:

- Первая стадия – дистанция перемежающейся хромоты более 1000 м.
- Вторая стадия – дистанция лимитирующей перемежающейся хромоты:

- А – от 200 до 1000 м,
- Б – от 25 до 200 м.
- Третья стадия – пациент может пройти несколько шагов + боли в покое.
- Четвертая стадия – трофические нарушения (язвы, некрозы, гангрена).

Третью и четвертую стадии процесса объединяют под общим названием «критическая ишемия».

Контрольные вопросы и задания

1

Симптомы, наиболее часто выявляемые при остром аппендиците.

Эталон ответа:

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

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 тканей между ножками правой кивательной мышцы.

Практико-ориентированные задания

1

Задание

Какой оперативный доступ целесообразно выполнить на передней брюшной стенке при условии, что в дооперационном периоде не удалось провести

дифференциальную диагностику между острым аппендицитом и острым холециститом?

В хирургическое отделение по экстренным показаниям поступил больной 55 лет с жалобами на боли в правой половине живота и тошноту. При осмотре язык суховат, пульс – 88 в 1 минуту. Правая половина живота отстает в акте дыхания. При пальпации в правой половине живота определяется болезненность, причем максимально она выражена на уровне пупка. Симптомы раздражения брюшины справа слабо выражены или сомнительны.

Эталон ответа:

При невозможности в дооперационном периоде у больных с экстренной хирургической патологией окончательно провести дифференциальную диагностику между острым аппендицитом и острым холециститом целесообразно выполнить лапаротомию разрезом Леннандера (параректально или трансректально) на уровне пупка. Этот разрез можно без труда продлить вниз до зоны расположения червеобразного отростка в случае его воспаления, или вверх до зоны расположения желчного пузыря в случае его воспаления.

2

Задание

Какой метод позволяет в трудной ситуации с большой точностью диагностировать прикрытую перфоративную язву желудка или двенадцатиперстной кишки?

В хирургическую клинику в экстренном порядке госпитализирован больной 43 лет с жалобами на боли в эпигастральной области и правом подреберье. Заболел 2 часа назад, когда появились боли в животе, сухость во рту, слабость и недомогание. Из анамнеза известно, что пациент в течение 5 лет страдает язвенной болезнью желудка с редкими рецидивами.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Язык сухой. Пульс – 72 в 1 минуту. АД – 110 и 65 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричен, при пальпации плотный, болезненный преимущественно в верхних отделах. Симптомы раздражения брюшины слабо выражены.

Заподозрена перфорация, возможно прикрытая перфорация, язвы желудка.

При поступлении выполнена рентгенография грудной клетки и верхних отделов брюшной полости в вертикальном положении больного. Свободный газ в брюшной полости не обнаружен.

Эталон ответа:

При подозрении на прикрытую перфорацию язвы желудка при отсутствии рентгенологических признаков скопления свободного газа в брюшной полости допускается выполнение неотложной эзофагогастродуоденоскопии опытным эндоскопистом. Во время исследования в желудок умышленно вводится небольшое количество газа. После обнаружения язвенного дефекта, имеющего признаки перфорации, эндоскоп извлекается без предварительного удаления газа из желудка. Сразу после эзофагогастродуоденоскопии вновь выполняется рентгенография грудной клетки и верхних отделов брюшной полости в вертикальном положении больного. При наличии перфорации, в том числе

прикрытой, как правило, выявляется скопление свободного газа под правым куполом диафрагмы в виде серповидной полоски.

3

Задание

Какие методы исследования, за исключением инструментальных, позволяют диагностировать камни в гепатикохоledохе во время холецистэктомии?

Больному 52 лет по поводу острого калькулезного холецистита выполнена лапаротомия, во время которой обнаружен острый флегмонозный холецистит и признаки гипертензии внепеченочной желчевыведительной системы (диаметр холедоха – 12 мм). Пальпаторно, а также с помощью инструментальных методов подтвердить наличие камней в гепатикохоledохе не удалось. Решено продолжить интраоперационную диагностику желчнокаменной болезни применительно к гепатикохоledоху.

Эталон ответа:

С целью обнаружения во время операции желчных камней в гепатикохоledохе целесообразно выполнить интраоперационную холангиографию через пузырный проток, что в большинстве случаев позволяет подтвердить предполагаемый диагноз (наличие камней в гепатикохоledохе). При отрицательном результате этого рентгенологического исследования и сохранении подозрения на данное заболевание целесообразно выполнить холедохоскопию, которая позволяет не только обнаружить камни в протоковой системе, но и удалить их.

Ситуационные задачи

1

Задача

Больной поступил в клинику с жалобами на сильные боли в животе, которые появились за 2 часа до госпитализации. Заболевание началось внезапно, когда появились резкие боли в эпигастральной области. В последующем они усиливались. В течение 17 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом. Температура тела – 37,5°C. Пульс – 100 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 160/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. При пальпации живота отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки во всех отделах и резкая болезненность. Выражены симптомы раздражения брюшины. Печеночная тупость отсутствует. При аускультации кишечные шумы резко ослаблены. Стула не было. Мочеиспускание свободное. Лейкоциты крови – $19,0 \times 10^9/\text{л}$.

Задание:

Сформулируйте предварительный диагноз.

Какое рентгенологическое исследование необходимо для подтверждения диагноза?

Какие эндоскопические исследования, возможно, потребуются для подтверждения диагноза?

Эталон ответа:

По-видимому, у больного основное заболевание осложнилось развитием перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

При поступлении в клинику необходимо выполнить рентгенографию грудной клетки и брюшной полости (зона расположения поддиафрагмальных пространств) в вертикальном положении больного.

При необходимости следует выполнить неотложную эзофагогастродуоденоскопию. Это особенно актуально при наличии прикрытой перфорации. В ряде случаев для уточнения диагноза производится экстренная лапароскопия.

2

Задача

Больная 74 лет поступила в клинику с диагнозом «острый живот» через 6 часов от начала заболевания. У больной констатированы схваткообразные боли по всему животу и застойная рвота. После появления болей в животе несколько раз был стул, в последующем беспокоили частые тенезмы, газы перестали отходить. Больная беспокойна, мечется. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации отмечается защитное напряжение мышц, определяется «шум плеска», положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика кишечника вялая, прослушивается редко.

Задание:

Сформулируйте предварительный диагноз.

Какое дополнительное клиническое исследование целесообразно выполнить с целью уточнения диагноза?

Какое рентгенологическое исследование целесообразно выполнить с целью уточнения диагноза?

Эталон ответа:

Острая кишечная непроходимость с явлениями перитонита.

Клиническое обследование больной целесообразно дополнить пальцевым ректальным исследованием прямой кишки (при этом можно выявить пустую и увеличенную в размерах ампулу прямой кишки – признак непроходимости на уровне сигмовидной кишки /симптом Обуховской больницы/).

Наряду с этим, необходимо выполнить обзорную рентгенографию брюшной полости в вертикальном положении больного (горизонтальные уровни жидкости в кишечных петлях, «чаши Клойбера» – патогномоничный признак кишечной непроходимости).

3

Задача

У больного 36 лет через 12 часов после ущемления паховой грыжи сделана операция. В грыжевом мешке оказались две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца цвет кишечных петель стал нормальным, они перистальтировали, пульсация сосудов брыжейки была хорошей. Обе петли погружены в брюшную полость, произведена пластика пахового канала. Через сутки после операции больной повторно оперирован по поводу разлитого перитонита. При этом обнаружена перфорация некротизированной петли тонкого кишечника.

Задание.

Какой вид ущемления был у больного?

Какие существуют методы оценки жизнеспособности кишки во время операции?

Что необходимо предпринимать в подобных случаях с целью постановки правильного диагноза?

Эталон ответа:

У больного было ретроградное ущемление (грыжа Майдля).

Во время операции хирург оценивает жизнеспособность кишки по трем признакам: цвету кишечной стенки, наличию перистальтики кишечника и пульсации сосудов брыжейки после снятия ущемления (кишка признается жизнеспособной при наличии всех указанных признаков).

При наличии в грыжевом мешке у больного с ущемленной грыжей двух кишечных петель после устранения ущемления необходимо тщательно осмотреть (с учетом вышеназванных признаков) фрагмент кишечника, находящийся между первой и второй петлями и расположенный в брюшной полости.

*

ОПК – 6

Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения при решении профессиональных задач

Задания комбинированного типа с выбором верного ответа и обоснованием выбора из предложенных

Задание 1

Прочитайте текст, укажите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

Операция Троянова-Тренделенбурга (кроссэктомия) при варикозном расширении подкожных вен в основном применяется для:

1. упрощения последующего удаления магистральной вены на бедре
2. устранения вертикального вено-венозного «сброса» крови
3. упрощения последующей «обработки» перфорантных вен на бедре

Ответ: для устранения вертикального вено-венозного «сброса» крови (2).

Обоснование: Операция Троянова-Тренделенбурга надежно предотвращает так называемый «вертикальный рефлюкс» венозной крови из глубоких вен в систему большой подкожной вены, а, следовательно, и дальнейшее развитие варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей.

Это связано с тем, что давление в глубокой венозной системе заведомо выше, чем в подкожной венозной сети. Перевязка и пересечение большой подкожной вены в непосредственной близости от места ее впадения в бедренную вену препятствует перемещению венозной крови из зоны большего давления в зону меньшего давления.

Задание 2

Прочитайте текст, укажите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

Операции Коккета, Линтона, Фельдера и эндоскопический вариант операции Линтона направлены на:

1. предотвращение вертикального вено-венозного «сброса» крови
2. удаление измененных подкожных вен нижних конечностей
3. предотвращение горизонтального вено-венозного «сброса» крови

Ответ: на предотвращение горизонтального вено-венозного «сброса» крови (3)

Обоснование: Операции «разобщения», такие, как операции Коккета, Линтона, Фельдера и эндоскопический вариант операции Линтона, препятствуют перемещению венозной крови из глубоких вен голени в поверхностные вены, а, следовательно, и дальнейшему развитию варикозного расширения поверхностных вен нижних конечностей.

Это связано с тем, что давление в глубокой венозной системе голени заведомо выше, чем в подкожной венозной сети. Над- или подфасциальная «обработка» коммуникантных или перфорантных вен голени препятствует перемещению венозной крови из зоны большего давления в зону меньшего давления.

Задания комбинированного типа с выбором нескольких вариантов ответа из предложенных с развернутым обоснованием выбора

Задание 1

Прочитайте текст, укажите два правильных ответа и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

В оперативном лечении больных с паховыми грыжами у мужчин два метода укрепления передней брюшной стенки в настоящее время имеют наибольшее значение:

1. Жирара-Спасокукоцкого
2. Постемпского
3. Жирара-Спасокукоцкого швом Кимбаровского
4. Лихтенштейна
5. Мартынова

Ответ: Постемпского (2) и Лихтенштейна (4)

Обоснование: в настоящее время существует устойчивое мнение о том, что при косых и прямых паховых грыжах у мужчин преимущественно страдает задняя стенка пахового канала, следовательно, независимо от вида паховой грыжи, основное внимание нужно уделять укреплению именно задней стенки пахового канала.

Перечисленные выше методы Мартынова, Жирара-Спасокукоцкого и Жирара-Спасокукоцкого швом Кимбаровского направлены на укрепление передней стенки пахового канала, что не отвечает современным взглядам на данную проблему.

В отличие от этого, методы Постемпского (аутопластика) и Лихтенштейна (аллопластика) направлены преимущественно на укрепление задней стенки пахового канала.

Задание 2

Прочитайте текст, укажите два правильных ответа и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

В настоящее время среди различных методов резекции желудка, производимых по поводу язвенной болезни желудка, два метода наиболее предпочтительны:

1. по Бильрот – II в модификации Гофмейстера-Финстерера
2. по Бильрот – II в модификации Бальфура
3. по Бильрот – I
4. по Бильрот – II в модификации Райхель-Полиа
5. по Бильрот – II в модификации Ру

Ответ: резекция желудка по Бильрот – I (3)
и резекция желудка по Бильрот – II в модификации Ру (5).

Обоснование:

Операция «резекция желудка по Бильрот – I» считается наиболее физиологичной. Это, в первую очередь, связано с тем, что пища, как и у здорового человека, переходит из культи желудка в двенадцатиперстную кишку.

Операция «резекция желудка по Бильрот – II в модификации Ру», прежде всего, отличается от других вариантов резекций желудка тем, что при этом реже возникают симптомы рефлюкса (рефлюкс-эзофагита, рефлюкс-гастрита). Наряду с этим, у пациентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот – II в модификации Ру, лучше качество жизни как в ближайшем, так и в отдаленном периоде после операции.

Задания закрытого типа на установление соответствия

Задание 1

Прочитайте текст и установите соответствие

При варикозном расширении вен нижних конечностей наблюдаются патологические изменения отдельных структур венозной системы, которые можно устранить с помощью хирургических операций.

Условные обозначения: БПВ – большая подкожная вена, ПВ – перфорантные вены, ОК – остиальный клапан.

Соотнесите патологические изменения венозной системы и хирургические операции, направленные на их устранение

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

Патологические изменения		Хирургические операции	
а	несостоятельность ПВ голени	1	Троянова-Тренделенбурга
б	расширение БПВ на бедре	2	Коккета и/или Линтона
в	несостоятельность ОК БПВ	3	Бэбкока

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами

а	б	в
2	3	1

Задание 2

Прочитайте текст и установите соответствие

При осложнениях язвенной болезни желудка с лечебной целью применяются различные оперативные вмешательства.

Условные обозначения: ПО – перфоративное отверстие.

Соотнесите некоторые осложнения язвенной болезни желудка и наиболее часто применяемые методы оперативного лечения этих осложнений

К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

Осложнения язвенной болезни		Хирургические операции	
а	пенетрация	1	прошивание «дна язвы»
б	кровотечение	2	ушивание ПО
в	прободение	3	резекция желудка

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами

а	б	в
3	1	2

Задания закрытого типа на установление последовательности

Задание 1

Прочитайте текст и установите последовательность

При выполнении оперативного вмешательства по поводу перитонита выполняются вполне определенные этапы

Расположите отдельные этапы операции, выполняемой по поводу перитонита, в порядке их строгой очередности.

1	Дренирование брюшной полости
2	Ревизия брюшной полости
3	Ушивание лапаротомной раны
4	Устранение источника перитонита
5	Лапаротомия
6	Санация брюшной полости

Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

5	2	4	6	1	3
---	---	---	---	---	---

Задание 2

Прочитайте текст и установите последовательность

При удалении желчного пузыря «от шейки» во время лапаротомии выполняются отдельные этапы этой операции

Расположите отдельные этапы удаления желчного пузыря «от шейки» в порядке их очередности.

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1 | «Обработка» пузырной артерии |
| 2 | Выделение желчного пузыря |
| 3 | «Обработка» пузырного протока |

Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

3 1 2

Задания открытой формы

Дополните.

1

У пациентов с пупочными грыжами используются следующие оперативные методы _____

Мейо и Сапежко.

2

Консервативное лечение копростазы, как осложнения наружной брюшной грыжи, заключается _____

в применении сифонной клизмы.

3

После холецистэктомии чаще всего применяется дренаж _____
по Спасокукоцкому.

Задания открытой формы с кратким ответом

Задание 1

Прочитайте текст и запишите обоснованный ответ

По поводу бедренных грыж применяются два метода оперативного лечения этой патологии.

Укажите метод хирургического лечения бедренных грыж, который применяется значительно чаще.

Ответ:

Грыжесечение по Бассини (бедренный метод лечения бедренных грыж).

При этом методе нет необходимости рассекать переднюю стенку пахового канала, что значительно упрощает операцию.

Задание 2

Прочитайте текст и запишите обоснованный ответ

Среди ущемленных наружных брюшных грыж выделяют так называемые особые виды ущемлений.

Назовите иначе «пристеночное» и «ретроградное» ущемление.

Ответ:

Пристеночное ущемление иначе называется грыжей Рихтера.

Ретроградное ущемление иначе называется грыжей Майдля.

Данные названия связаны с именами хирургов, которые впервые обратили внимание на особые виды ущемлений.

Задания открытой формы с развернутым ответом

Задание 1

Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ

При остром деструктивном холецистите в настоящее время применимы три метода холецистостомии: «лапаротомическая» холецистостомия, лапароскопическая микрохолецистостомия и микрохолецистостомия, проводимая под УЗИ-контролем.

Путем сравнения трех методов холецистостомии определите наиболее щадящий из них.

Ответ: наиболее щадящий метод заключается в выполнении пункции и дренирования желчного пузыря, которые проводятся чрескожно и транспеченочно, под УЗИ-контролем.

«Лапаротомическая» холецистостомия наиболее травматична, так как она предусматривает, как минимум, выполнение небольшой лапаротомии в проекции дна желчного пузыря.

Лапароскопическая микрохолецистостомия выполняется под контролем лапароскопической оптики, причем предварительно в брюшную полость вводится адекватное количество газа, что нежелательно для пожилых пациентов.

Микрохолецистостомия, проводимая под УЗИ-контролем, лишена перечисленных выше недостатков.

Задание 2

Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ

В хирургическом лечении варикозного расширения поверхностных вен нижних конечностей используется не менее трех методов подфасциальной «обработки» коммуникантных и перфорантных вен голени.

В этой связи назовите и обоснуйте наиболее щадящий и не менее эффективный метод оперативного лечения.

Ответ: наиболее щадящим и достаточно эффективным методом подфасциальной «обработки» коммуникантных и перфорантных вен голени является малотравматичная «эндоскопическая подфасциальная диссекция соединительных вен голени».

Методы Линтона и Фельдера весьма травматичны. Кроме того, метод Линтона предусматривает предварительное выполнение линейного разреза на медиальной поверхности голени по Маделунгу, что может привести в послеоперационном периоде к лимфостазу, а в ряде случаев и к элевантиазу.

Контрольные вопросы и задания

В чем заключается операция Троянова-Тренделенбурга (кроссэктомия)?
Эталон ответа:

В основном операция Троянова-Тренделенбурга сводится к перевязке и пересечению большой подкожной вены вблизи места ее впадения в бедренную вену (в области сафено-бедренного соустья).

2

Какую операцию целесообразно делать при восходящем тромбофлебите в системе большой подкожной вены?

Эталон ответа:

При восходящем тромбофлебите в системе большой подкожной вены в ряде случаев целесообразно делать операцию Троянова-Тренделенбурга.

3

В чем заключается операция Коккета?

Эталон ответа:

Операция Коккета заключается в надфасциальной (подкожной) перевязке и пересечении коммуникантных и перфорантных вен, расположенных, как правило, в проекции магистральных подкожных вен.

4

В чем заключается операция Линтона?

Эталон ответа:

Операция Линтона заключается в подфасциальной перевязке и пересечении коммуникантных и перфорантных вен голени.

5

Какие операции входят в группу операций «разобщения»?

Эталон ответа:

В группу операций «разобщения» входят:

- операция Троянова-Тренделенбурга (кроссэктомия, выполняемая на уровне сафено-бедренного соустья);
- кроссэктомия, выполняемая на уровне сафено-подколенного соустья;
- операция Коккета;
- операция Линтона или Фельдера;
- эндоскопическая подфасциальная диссекция коммуникантных и перфорантных вен голени.

Практико-ориентированные задания

1

Задание

Какое лечение следует назначить больному, у которого острый аппендицит осложнился развитием аппендикулярного инфильтрата?

Больной 26 лет поступил в хирургическое отделение на четвертые сутки от начала заболевания с диагнозом «Острый аппендицит». При осмотре в правой подвздошной области определяется плотное неподвижное образование разме-

рами 10 x 8 см болезненное при пальпации. Общее состояние больного удовлетворительное, перитонеальные симптомы не выражены.

Эталон ответа:

Назначается: ограничение физической активности, антибиотикотерапия, щадящая диета и, возможно, физиолечение (локальная гипотермия, затем УВЧ).

2

Задание

Что следует предпринять у больной с варикозным расширением вен нижней конечности в системе большой подкожной вены?

В клинику поступила больная 35 лет с варикозным расширением подкожных вен левой нижней конечности, причем максимальные изменения выявлены в пределах левой голени. Трофических нарушений на голени и стопе нет. При ультразвуковом исследовании выявлены: недостаточность остиального клапана слева и две перфорантные вены левой голени в проекции большой подкожной вены с недостаточными клапанами.

Эталон ответа:

По поводу данного заболевания целесообразно предпринять комбинированную флебэктомию слева, которая должна включать операцию Троянова-Тренделенбурга (кроссэктомию), Бэбкока (короткий стриппинг на бедре) и Нарата на голени с перевязкой и пересечением перфорантных вен с несостоятельными клапанами по Коккету.

3

Задание

Как следует поступить при восходящем тромбофлебите варикозно расширенных подкожных вен в системе большой подкожной вены?

В хирургический стационар госпитализирован пациент 46 лет с варикозным расширением вен в системе большой подкожной вены, которое осложнилось развитием острого тромбофлебита этой вены в пределах правой голени. Больному назначено типичное консервативное лечение тромбофлебита, однако спустя сутки после госпитализации процесс распространился на область нижней трети правого бедра. Лечащий врач усилил проводимое лечение в расчете на то, что такой подход позволит купировать воспалительный процесс. Несмотря на это, на следующий день явления выраженного тромбофлебита отмечены на уровне средней трети правого бедра по ходу большой подкожной вены.

Эталон ответа:

В связи с отсутствием должного эффекта от проводимого консервативного лечения, а также в связи с реальной угрозой перехода явлений тромбофлебита на глубокую систему вен в области сафено-фemorального соустья, больному показано экстренное хирургическое вмешательство.

В данном случае операцией выбора является классическая операция Троянова-Тренделенбурга (кроссэктомия), которая предупредит распространение тромботического процесса на бедренную вену.

После окончательного купирования явлений тромбофлебита под влиянием консервативного лечения в плановом порядке необходимо выполнить комбинированную флебэктомию.

Ситуационные задачи

1

Задача

Больной 30 лет обратился к врачу спустя 8 часов от начала заболевания с жалобами на боли в нижних отделах живота, больше справа. Сначала боли возникли в эпигастральной области, однако спустя 3 часа они переместились в правую подвздошную область. Была однократная рвота, после которой состояние не улучшилось. Стула не было. Мочеиспускание не нарушено. Температура тела повысилась до 37,4°C.

При осмотре: язык влажный, обложен белым налетом. Живот обычной формы. При дыхании больной щадит правую половину живота. При поверхностной пальпации отмечается болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области. Уровень лейкоцитов в крови: $13,0 \times 10^9/\text{л}$.

Задание.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Какое лечение показано больному?

Перечислите возможные осложнения.

Эталон ответа:

Острый аппендицит.

Экстренная хирургическая операция – аппендэктомия одним из методов.

Аппендикулярный инфильтрат, перфорация червеобразного отростка, абсцесс брюшной полости, разлитой гнойный перитонит, пилефлебит.

2

Задача

У больного 44 лет после переохлаждения повысилась температура тела до 39°C, появились кашель и боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. Мокрота почти не выделялась. Повышенная температура тела сохранялась на протяжении 8 дней, несмотря на интенсивное противовоспалительное лечение. Затем в большом количестве стала отделяться гнойная мокрота с неприятным запахом до 200 мл в сутки. Температура тела снизилась до нормы. Больной стал чувствовать себя значительно лучше. Под правой лопаткой сзади – укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

Задание:

Какое заболевание можно заподозрить у больного?

Какие методы консервативного лечения целесообразны в данной ситуации?

Какие методы хирургического лечения могут найти применение у данного больного?

Эталон ответа:

У больного острый абсцесс правого легкого.

Консервативное лечение данного больного должно включать: диетотерапию, отхаркивающие средства, постуральный дренаж, антибиотикотерапию, дезинтоксикационную и иммунокорригирующую терапию.

Возможно лечение данного заболевания посредством пункций абсцесса через грудную стенку или путем дренирования полости абсцесса, которое может быть выполнено с помощью троакара. Дренирование абсцесса может быть организовано через бронхиальное дерево с помощью бронхоскопа, что выгодно отличает этот метод от его аналогов.

3

Задача

У больной 68 лет 3 дня назад был приступ резких болей в правом подреберье, которые вскоре самостоятельно исчезли. Через 10 часов боли в правом подреберье появились вновь. Они носили постоянный характер и постепенно нарастали. Была повторная рвота желчью. Температура тела повысилась до 38°C. Ранее больная не обследовалась.

Состояние больной при поступлении в стационар средней тяжести, пульс – 98 в минуту. Язык суховат, обложен бело-желтым налетом. Живот умеренно напряжен, болезненный в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Симптомы Ортнера и Мюсси-Георгиевского положительны, симптом Щеткина-Блюмберга положителен только в правом подреберье.

Задание.

Каков Ваш диагноз?

Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

Какова лечебная тактика?

Эталон ответа:

Острый холецистит.

Лабораторная диагностика (клинический анализ крови, общий анализ мочи, билирубин и его фракции). Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (утолщение стенки желчного пузыря, конкременты в его просвете, экссудат в подпеченочном пространстве). Лапароскопия, в том числе контрольно-динамическая.

Госпитализация в хирургический стационар. Вначале проводится консервативное лечение. После купирования острого холецистита целесообразна холецистэктомия в плановом порядке. Если на фоне консервативного лечения в течение 48 – 72 часов состояние не улучшается, показана срочная операция. У пациентов с высоким операционным риском применяется наружное дренирование желчного пузыря (малоинвазивная микрохолецистостомия), которая выполняется под контролем лапароскопа или УЗИ.

Справка

о материально – техническом обеспечении рабочей программы дисциплины
«Общая хирургия, хирургические болезни»

№ п/п	Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
1	Учебная комната	Стол и стулья ученические; магнитно - маркерная доска; негатоскоп, комплект рентгенограмм по темам занятий; комплект хирургического инструментария. Жидкокристаллический телевизор для де- монстрации презентаций и учебных мате- риалов.
2	Помещения для самостоятельной работы	Компьютерный класс и библиотека универ- ситета.

*Специальные помещения - учебные аудитории для проведения занятий лекционного ти-
па, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ),
групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной атте-
стации, а также помещения для самостоятельной работы

**Лист регистрации изменений и дополнений на 2026-2027 учебный год
в рабочую программу дисциплины
«Общая хирургия, хирургические болезни»**

для обучающихся 3,4 курсов

специальность: 31.05.03 Стоматология
форма обучения очная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на
заседании кафедры « » _____ 2026 г. (протокол №)

Зав. кафедрой

Сергеев А.Н.

Содержание изменений и дополнений

№ п/п	Раздел, пункт, номер страни- цы, абзац	Старый текст	Новый текст	Комментарии