

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

Кафедра общей хирургии

**Рабочая программа дисциплины
Хирургические болезни**

для обучающихся 4 курса,

направление подготовки (специальность)
37.05.01 Клиническая психология,

форма обучения
очная

Трудоемкость, зачетные единицы/часы	3 з.е. / 108 ч.
в том числе:	
контактная работа	36 ч.
самостоятельная работа	72 ч.
Промежуточная аттестация, форма/семестр	Зачет / 8 семестр

Тверь 2026

Разработчик: профессор кафедры общей хирургии, профессор, д.м.н. Сергеев Н.А.

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

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

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании профильного методического совета «21» мая 2026 г. (протокол № 5)

Рабочая программа утверждена на заседании центрального координационно-методического совета «» августа 2026 г. (протокол №)

I. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 37.05.01 Клиническая психология, утверждённым приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 мая 2020 г. № 683, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является формирование у обучающихся обще-профессиональных 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	Индикатор достижения	Планируемые результаты обучения
ОПК–3. Способен применять надежные и валидные способы количественной и качественной психологической оценки при решении научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем человека, в том числе с учетом принципов персонализированной медицины	ИОПК-3.1 Может использовать теоретические основы и правила практического применения адекватных, надежных и валидных способов качественной и количественной психологической оценки при решении научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем и психологическим благополучием человека, а также применять современные методы психофизиологии и специализированные психодиагностические методы, используемые в психиатрии, неврологии, наркологии, суицидологии, сексологии, геронтологии, в соматической медицине, при экстремальных и кризисных состояниях, при работе с детьми и подростками с ограниченными возможностями здоровья, здоровыми людьми, обратившимися за консультативной психологической помощью и	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.

	др.; применять навыки патопсихологической, а также нейропсихологической диагностики с целью получения данных для клинической, в том числе дифференциальной, диагностики психических и неврологических расстройств, определения синдрома и локализации высших психических функций ИОПК–3.2 Выявляет факторы риска и причины развития ряда заболеваний; проводит дифференциальную диагностику заболеваний у пациентов; выявляет клинические признаки внезапно возникших острых заболеваний и состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания экстренной медицинской помощи	
ОПК-5. Способен назначать медикаментозное и немедикаментозное лечение больным, а также проводить контроль его эффективности и безопасности при решении ряда профессиональных задач	ИОПК-5.1 Применяет ряд методов медикаментозного и немедикаментозного лечения с целью коррекции патологических состояний и заболеваний ИОПК-5.2 Использует современные алгоритмы лечения ряда заболеваний в соответствии с клиническими рекомендациями и с учетом стандартов оказания медицинской помощи ИОПК-5.3 Владеет методами контроля эффективности проводимого лечения с позиций доказательной медицины ИОПК-5.4 Умеет своевременно оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального	Знать: - Наиболее часто встречающиеся хирургические заболевания человека, частоту их в популяции, степень опасности для здоровья, этиологию и патогенез, клинику, осложнения, прогноз, различные варианты течения. - Методы диагностики хирургических заболеваний, их диагностическую ценность, показания и противопоказания к применению, возможные осложнения. - Методы определения и оценки состояния жизненно важных органов и систем. - Клинику, диагностику экстренных состояний при хирургических заболеваниях и неотложную помощь при них. Уметь: - Проводить общее и местное обследование хирургических больных, устанавливать диагноз и обосновывать его. - Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов обследования. - Разрабаты-

	состояния организма	вать план лечения хирургических больных. Владеть навыками: - Методикой общего клинического обследования, техникой определения основных симптомов. - Оформлением медицинской документации – карты стационарного больного. - Алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза.
--	---------------------	---

3. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы

Дисциплина «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 «Хирургические болезни» непосредственно связана со следующими дисциплинами и модулями: биология с основами медицинской генетики, анатомия, нормальная физиология, внутренние болезни, биоэтика. Данные разделы должны сформировать у обучающегося совокупность компетенций (знаний и умений), необходимых для понимания вопросов этиопатогенеза и принципов лечения заболеваний хирургического профиля, а также оказания первой медицинской помощи.

Преподавание данной дисциплины связано с другими дисциплинами и модулями базовой части цикла дисциплин ОПОП и основано на современных клас-

сификациях, представлениях об этиологии, методах диагностики, профилактики и лечения, соответствующих принципам доказательной медицины. В процессе изучения дисциплины «Хирургические болезни» расширяются знания, навыки и компетенции для успешной профессиональной деятельности врача по специальности «Клиническая психология».

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 «Хирургические болезни»:

- Биология с основами медицинской генетики
Разделы: паразитология, биология развития, регенерация, наследственность.
- Анатомия
Разделы: анатомия органов и систем, анатомия клетчаточных пространств.
- Нормальная физиология
Разделы: физиология систем органов, обмен веществ и энергии, терморегуляция, физиология крови, парабиоз.
- Внутренние болезни
Разделы: методы обследования больных; клиническая, лабораторная, рентгенологическая, инструментальная и аппаратная диагностика наиболее часто встречающихся заболеваний; дифференциальная диагностика; общие принципы лечения больных.
- Биоэтика
Разделы: биомедицинская и медицинская этика, деонтология.

Учебная практика, прохождение которой необходимо для изучения хирургии:

- «Уход за больными»

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

4. Объем дисциплины составляет 3 зачетные единицы, 108 академических часов, в том числе 36 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и 72 часа самостоятельной работы обучающихся.

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, занятия с использованием тренажеров и имитаторов, участие в научно-практических конференциях.

При выполнении самостоятельной работы используются подготовка к клиническим практическим занятиям, работа в библиотеке, учебно-исследовательская работа, 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.

Изучение практических навыков, в том числе, проводится на базе Учебного центра практических навыков ТГМУ с использованием манекенов и тренажеров.

6. Формы промежуточной аттестации

По итогам освоения дисциплины «Хирургические болезни» в VIII семестре проводится зачет.

II. Учебная программа дисциплины

Содержание лекций

Тема 1. Острый аппендицит (2 часа)

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

Тема 2. 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 пилородуоденальной зоны язвенной этиологии. Классификация. Рентгенологические и эндоскопические признаки стеноза. Особенности предоперационной подготовки больных с этим осложнением язвенной болезни. Варианты хирургического лечения.

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

Тема 4. Перитонит (2 часа)

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

Тема 5. Нагноительные заболевания лёгких и плевры (2 часа)

Абсцесс легкого (одиночный абсцесс, множественные абсцессы). Этиология и патогенез. Патологоанатомическая картина. Клиника заболевания. Диагностика (рентгенография грудной клетки, компьютерная томография). Дифференциальная диагностика. Осложнения. Консервативное лечение. Хирургическое лечение (пневмокапсулотомия, троакарная пункция и дренирование полости абсцесса, дренирование полости абсцесса через бронхи, резекция легкого при легочном кровотечении).

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

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

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

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

Тема 6. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (2 часа)

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

Тема 7. 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. Флебодиагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Эластическая компрессия (эластические бинты, медицинский трикотаж). Фармакотерапия (системные и топические средства). Флебосклерозирующее лечение (склеротерапия). 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 ущемлённой грыжи. Особые виды ущемлений (пристеночное, ретроградное). Хирургическая тактика при ущемлённых грыжах. Особенности оперативного лечения ущемлённых 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 панкре-

атита. 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 свободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Выбор метода лечения больного с данной патологией. Особенности техники ушивания перфоративной язвы. Первичная резекция желудка.

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

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

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

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

Тема 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 про-

цесса. 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 перитонита. 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. Эндovasкулярные 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. Флебодиагностика (ретроградная, дистальная–восходящая). Допплерография. Дуплексное флебоангиосканирование. Лечение. Компрессионное лечение. Лекарственная терапия. Склеротерапия. Разновидности оперативного лечения. Эндоскопическая подфасциальная диссекция перфорантных вен. Малоинвазивные технологии. Профилактика заболевания и его осложнений.

Тромбозы 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. Ве-

нозные трофические язвы (посттромботические). Клиника. Принципы консервативного и комплексного лечения. Лазеротерапия. Особенности лечения посттромботических язв нижних конечностей у пациентов пожилого и старческого возраста.

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

Коды дисциплины	Контактная работа обучающихся с преподавателем		Всего часов на аудиторную работу (контактная работа)	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену	Итого часов	Формируемые компетенции		Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости
	Лекции	Клинические практические занятия				ОПК-3			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Л – 1	0,5		0,5	1,5	2			Л	
КПЗ – 1		4	4	9	13	Х		АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 2	0,5		0,5	1,5	2			Л	
КПЗ – 2		4	4	8	12	Х		АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 3, КПЗ – 4		4	4	8	12	Х		Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 3		4	4	8	12	Х		АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 4	0,5		0,5	1,5	2			Л	
КПЗ – 5		4	4	8	12	Х		АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 5, КПЗ – 6		4	4	8	12	Х		Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 6, КПЗ – 7		4	4	8	12	Х		Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 7	0,5		0,5	1,5	2			Л	
КПЗ – 8		4	4	8	12	Х		Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Зачет		2	2		2				
ИТОГО:	2	34	48	72	108				

Список сокращений:

Образовательные технологии, способы и методы обучения: клиническое практическое занятие (КПЗ), традиционная лекция (Л), активизация творческой деятельности (АТД), ролевая учебная игра (РИ), занятия с использованием тренажёров и имитаторов (Тр), 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 по дисциплине представлен в Комплексе оценочных материалов для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся

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

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, 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.

Критерии оценки при собеседовании

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

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

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

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

Примеры ситуационных задач

1

Больной 26 лет поступил в хирургическое отделение на 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 потребуется 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 положительны. Френикус-симптом и симптом Ортнера-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 потребуется 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 иммунокорригирующую 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 непринципиального характера.

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

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

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту

1. Сбор анамнеза.
2. Клиническое обследование пациента:
осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.
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 использованы современные литературные источники (не менее пяти, в том числе монографии и периодические издания).

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

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

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

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

После завершения изучения студентами дисциплины «Хирургические болезни», в VIII семестре проводится трехэтапный зачет.

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

Порядок проведения зачета:

Этап 1. Тестирование (предварительный этап).

Этап 2. Оценка практических навыков (предварительный этап).

Этап 3. Собеседование по ситуационной задаче (общей хирургии + контрольные вопросы).

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 препараты – 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 x 10⁹/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 раз-

дражения 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 потребуется 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 нависание 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.

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», распола-

гающаяся 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

Зачтено – студент правильно и полно отвечает на все вопросы ситуационной задачи, допускает при ответе ошибки непринципиального характера.

Не зачтено – студент НЕ решает задачу, даёт неправильные ответы на поставленные вопросы, отказывается от ответа.

Контрольные вопросы и задания

1

В чем заключается симптом Кохера-Волковича?

Эталон ответа:

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

2

В чем заключается симптом Курвуазье?

Эталон ответа:

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

3

Каковы особенности грыжи Рихтера?

Эталон ответа:

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

4

Каковы особенности грыжи Майдля?

Эталон ответа:

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

5

Какие стадии (степени тяжести) перитонита Вам известны?

Эталон ответа:

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

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

Критерии оценки при собеседовании

Зачтено – студент правильно и полно отвечает на контрольные вопросы, допускает при ответе ошибки непринципиального характера.

Не зачтено – студент неправильно отвечает на поставленные вопросы.

Фонды 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

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. 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 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:

Электронный справочник «Информио» для высших учебных заведений (www.informuo.ru);

Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;

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

База данных «Российская медицина» (<http://www.scsml.rssi.ru/>)

Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <https://minzdrav.gov.ru/>;

Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>;

Электронный образовательный ресурс Web-медицина (<http://webmed.irkutsk.ru/>).

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:

- Microsoft Office 2016.
- Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.
- Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOffice-Pro.

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru);
2. Справочно-информационная система MedBaseGeotar (mbasegeotar.ru)
3. Электронная библиотечная система «elibrary» (<https://www.elibrary.ru/>)

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

Задания, позволяющие осуществлять оценку компетенции ОПК - 3 (ИОПК-3.1; ИОПК-3.2), установленной рабочей программой дисциплины «Хирургические болезни» ОПОП по специальности 37.05.01 Клиническая психология

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 эндоскопические аппараты, применяемые для их исследования

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

Задание №2

Прочитайте текст и установите соответствие

В диагностике ряда заболеваний органов брюшной полости применяются 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	Спигарного
д	Острый аппендицит	5	Мейо-Робсона
е	Непроходимость кишечника	6	Мюсси-Георгиевского

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами

а	б	в	г	д	е

Задания закрытого типа на установление последовательности

Задание №3

Прочитайте текст и установите последовательность

В диагностике хронического холецистита применялись 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

--	--	--

Задание №4

Прочитайте текст и установите последовательность

Во время эндоскопического исследования верхних отделов пищеварительного тракта полые органы осматриваются один за другим по мере продвижения эндоскопического аппарата

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

--	--	--

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

Задание №5

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:

- а. острого холецистита
- б. острого аппендицита
- в. перфоративной язвы желудка
- г. острого панкреатита

Задание №6

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:

- а. пищевода
- б. прямой и сигмовидной кишок
- в. желудка и двенадцатиперстной кишки
- г. прямой и ободочной кишок

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

Задание №7

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:

- а. рентгенография желудка с применением контрастного препарата
- б. эзофагогастродуоденоскопия
- в. клиническое обследование
- г. рентгенография грудной клетки и верхних отделов брюшной полости
- д. ультразвуковое исследование желудка

Задание №8

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:

- а. инфузионная холецистохолангиография
- б. лапароскопическая холецистохолангиография
- в. пероральная холецистография
- г. струйная холецистохолангиография
- д. эндоскопическая ретроградная холецистохолангиография

Задания открытого типа с кратким ответом

Задание №9

Прочитайте текст и запишите обоснованный ответ

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

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

Задание №10

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.

Задания открытого типа с развернутым ответом

Задание №11

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.

Задание №12

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.

*

Распределение тестовых заданий по компетенциям

Код компетенции	Наименование компетенции	Наименование индикатора сформированности компетенции	Семестр	Номер тестового задания
ОПК-3	Диагностика	ИОПК-3.1	VIII	7, 8, 10
ОПК-3	Диагностика	ИОПК-3.2	VIII	9, 30, 39

ОПК-3

ИОПК-3.1

007. Острый холецистит обычно начинается
- 1) с повышения температуры
 - 2) с появления рвоты
 - 3) **с болей в правом подреберье**
 - 4) с расстройства стула
 - 5) с тяжести в эпигастральной области
008. Внутривенная холецистография показана и информативна
- 1) при наличии пальпируемого желчного пузыря
 - 2) при желтухе
 - 3) при перитоните
 - 4) **при стихшем приступе острого холецистита**
 - 5) при холангите
010. Эзофагогастродуоденоскопия у больных острым панкреатитом позволяет произвести
- 1) **оценку состояния большого дуоденального сосочка**
 - 2) подтверждение факта наличия острого панкреатита
 - 3) уточнение локализации процесса в поджелудочной железе
 - 4) определение распространенности поражения железы
 - 5) установление формы острого панкреатита

ИОПК-3.2

009. В развитии острого панкреатита главенствующая роль принадлежит
- 1) микробной флоре
 - 2) плазмоцитарной инфильтрации
 - 3) микроциркуляторным нарушениям
 - 4) **аутоферментной агрессии**
 - 5) венозному застою
030. Наиболее информативным методом диагностики перфоративных язв является
- 1) эзофагогастродуоденоскопия
 - 2) УЗИ
 - 3) лапароцентез
 - 4) **лапароскопия**
 - 5) обзорная рентгеноскопия
039. В обосновании патогенеза варикозного расширения поверхностных вен нижних конечностей наибольшее признание получила теория
- 1) механическая
 - 2) гормональная
 - 3) ангиодисплазий
 - 4) **наследственная**
 - 5) коллагенозов

Ключи к заданиям по дисциплине «Хирургические болезни»

ОПК-3

Задание № 1

Ответ:

а	б	в	г	д	е
5	4	6	1	3	2

Задание № 2

Ответ:

а	б	в	г	д	е
5	4	6	1	3	2

Задание № 3

Ответ:

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

Задание № 4

Ответ:

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

Задание № 5

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 № 6

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.

Задание № 7

Ответ: рентгенография грудной клетки и верхних отделов брюшной полости (1) 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 № 8

Ответ: лапароскопическая холецистохолангиография (1) и эндоскопическая ретроградная холецистохолангиография (2).

Обоснование: Лапароскопическая холецистохолангиография и эндоскопическая ретроградная холецистохолангиография отличаются тем, что при этих методах рентгенконтрастный препарат вводится непосредственно во внепеченочную желчевыводительную 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.

Задание № 9

Ответ: Холедохоскоп.

Задание № 10

Ответ: Альфа(α)-амилаза (мочи).

Задание № 11

Ответ:

Клинико-морфологические формы острого аппендицита:

- катаральный,
- флегмонозный,
- гангренозный.

Клинико-морфологические формы острого холецистита:

- катаральный,
- флегмонозный,
- гангренозный.

Задание № 12

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».

**Задания, позволяющие осуществлять оценку компетенции
ОПК - 5 (ИОПК- 5.1; ИОПК-5.2; ИОПК-5.3; ИОПК-5.4),
установленной рабочей программой дисциплины
«Хирургические болезни» ОПОП
по специальности 37.05.01 Клиническая психология**

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

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

Задания закрытого типа на установление последовательности

Задание №3

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

--	--	--	--	--	--

Задание №4

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

--	--	--

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

Задание №5

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

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

- а. упрощения последующего удаления магистральной вены на бедре
- б. устранения вертикального вено-венозного «сброса» крови
- в. упрощения последующей «обработки» перфорантных вен на бедре

Задание №6

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

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

- а. предотвращение вертикального вено-венозного «сброса» крови
- б. удаление измененных подкожных вен нижних конечностей
- в. предотвращение горизонтального вено-венозного «сброса» крови

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

Задание №7

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:

- а. Жирара-Спасокукоцкого
- б. Постемпского
- в. Жирара-Спасокукоцкого швом Кимбаровского
- г. Лихтенштейна
- д. Мартынова

Задание №8

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:

- а. по Бильрот – II в модификации Гофмейстера-Финстерера
- б. по Бильрот – II в модификации Бальфура
- в. по Бильрот – I
- г. по Бильрот – II в модификации Райхель-Полиа

д. по Бильрот – II в модификации Ру

Задания открытого типа с кратким ответом

Задание №9

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.

Задание №10

Прочитайте текст и запишите обоснованный ответ

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

Назовите иначе «пристеночное» и «ретроградное» ущемление.

Задания открытого типа с развернутым ответом

Задание №11

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.

Задание №12

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.

*

Распределение тестовых заданий по компетенциям

Код компетенции	Наименование компетенции	Наименование индикатора сформированности компетенции	Семестр	Номер тестового задания
ОПК-5	Лечение	ИОПК-5.1	VIII	22, 48, 51
ОПК-5	Лечение	ИОПК-5.2	VIII	3, 15, 25
ОПК-5	Лечение	ИОПК-5.3	VIII	57, 58, 121
ОПК-5	Лечение	ИОПК-5.4	VIII	123, 124,

ОПК-5

ИОПК-5.1

022. Лечение абсцесса дугласова пространства проводится путем

- 1) пункции через брюшную стенку
- 2) применения лечебных клизм
- 3) вскрытия через брюшную стенку
- 4) **пункции, вскрытия и дренирования через прямую кишку**
- 5) консервативной терапии

048. После аппендэктомии при остром катаральном аппендиците назначают

- 1) антибиотики
- 2) **анальгетики**
- 3) сульфаниламиды
- 4) слабительные препараты
- 5) все перечисленное

051. При остром и хроническом холецистите противопоказано применение

- 1) омнопона
- 2) **морфина гидрохлорида**
- 3) но-шпы
- 4) атропина сульфата
- 5) спазмалгона и баралгина

ИОПК-5.2

003. При диффузном гнойном перитоните аппендикулярного происхождения показана

- 1) аппендэктомия и санация брюшной полости
- 2) коррекция водно-электролитных нарушений
- 3) антибактериальная терапия
- 4) организация парэнтерального питания в течение 1–2 суток после операции
- 5) **перечисленная выше комбинация методов**

015. При жировом панкреонекрозе показана

- 1) лапаротомия, дренирование брюшной полости
- 2) лапаротомия с иссечением капсулы железы
- 3) **инфузионная терапия, антиферментные и цитостатические препараты**
- 4) дистальная резекция поджелудочной железы
- 5) проксимальная резекция поджелудочной железы

025. При сочетании доброкачественной гиперплазии предстательной железы и паховой грыжи показано

- 1) наблюдение
- 2) **решение проблемы с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, затем грыжесечение**
- 3) консервативное лечение

- 4) грыжесечение, затем решение проблемы с доброкачественной гиперплазией предстательной железы
- 5) применение бандажа

ИОПК-5.3

057. Выявление при лапароскопии серозного выпота и бляшек стеатонекроза соответствует
- 1) отечному панкреатиту
 - 2) **жировому панкреонекрозу**
 - 3) геморрагическому панкреонекрозу
 - 4) гнойному панкреатиту
 - 5) холецистопанкреатиту
058. Наиболее информативным методом исследования при остром панкреатите является
- 1) диагностический пневмоперитонеум
 - 2) обзорная рентгеноскопия брюшной полости
 - 3) **лапароскопия**
 - 4) гастродуоденоскопия
 - 5) определение амилазы крови и мочи, УЗИ
121. Установить источник гастродуоденального кровотечения позволяет
- 1) рентгенологическое исследование желудка
 - 2) лапароскопия
 - 3) назогастральный зонд
 - 4) повторное определение гемоглобина и гематокрита
 - 5) ЭГДС (эзофагогастродуоденоскопия)

ИОПК-5.4

123. Через час после прободения каллезной язвы желудка показана
- 1) истинная антрумэктомия
 - 2) **классическая резекция 2/3 желудка**
 - 3) ушивание прободной язвы
 - 4) стволовая ваготомия с пилоропластикой
 - 5) любая из перечисленных операций
124. Операцией выбора при прободной язве желудка в условиях гнойного перитонита является
- 1) **ушивание перфоративного отверстия**
 - 2) иссечение язвы со стволовой ваготомией и пилоропластикой
 - 3) резекция желудка
 - 4) СПВ (селективная проксимальная ваготомия) с ушиванием перфоративного отверстия
 - 5) истинная антрумэктомия
126. При острой правосторонней толстокишечной непроходимости и тяжелом состоянии больного следует делать
- 1) правостороннюю гемиколонэктомию
 - 2) обходной илеотрансверзоанастомоз

- 3) подвесную илеостомию
- 4) **цекостомию**
- 5) резекцию пораженного фрагмента ободочной кишки

*

Ключи к заданиям по дисциплине «Хирургические болезни»

ОПК-5

Задание № 1

Ответ:

а	б	в
2	3	1

Задание № 2

Ответ:

а	б	в
3	1	2

Задание № 3

Ответ:

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

Задание № 4

Ответ:

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

Задание № 5

Ответ: для устранения вертикального вено-венозного «сброса» крови

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 № 6

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

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.

Задание № 7

Ответ: Постемпского (1) и Лихтенштейна (2)

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 № 8

Ответ: резекция желудка по Бильрот – I (1)

и резекция желудка по Бильрот – II в модификации Ру (2).

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-эзофagита, 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.

Задание № 9

Ответ: Грыжесечение по Бассини (бедренный метод лечения бедренных грыж).

Задание № 10

Ответ: Пристеночное ущемление иначе называется грыжей Рихтера.

Ретроградное ущемление иначе называется грыжей Майдля.

Задание № 11

Ответ: наиболее щадящий метод заключается в выполнении пункции и дренировании 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 № 12

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 элевфантиазу.

Приложение № 1

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*

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.

Задание 2

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.

Задания закрытого типа на установление соответствия

Задание 1

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

Задание 2

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

Задания закрытого типа на установление последовательности

Задание 1

Прочитайте текст и установите последовательность

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

- Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

Задание 2

В диагностике хронического холецистита применяются различные методы обследования больных.

Расположите методы обследования в порядке возрастания точности диагностики хронического холецистита.

- Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

Задания открытой формы

Дополните.

При подозрении на кишечную непроходимость в первую очередь выполняют

обзорную рентгенографию брюшной полости.

Для хронического парапроктита наиболее характерным является

наличие свищевого отверстия на коже промежности.

3

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

Контрольные вопросы и задания

1

В чем заключается симптом Ортнера?

Эталон ответа:

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

2

Симптомы, наиболее часто выявляемые при остром аппендиците.

Эталон ответа:

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

3

Для какой грыжи характерным является наличие яичка в грыжевом мешке?

Эталон ответа: для врожденной паховой грыжи.

4

Какой эндоскопический метод исследования используется во время лапаротомии с целью диагностики заболеваний внепеченочной желчевыделительной системы?

Эталон ответа: холедохоскопия.

5

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

Эталон ответа: ректороманоскопия.

Практико-ориентированные задания

1

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.

2

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 желчевыделительной 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.

3

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.

Ситуационные задачи

1

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).

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.

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.

*

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

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 «об-

работка» коммуникантных или перфорантных вен голени 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

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.

Задания закрытого типа на установление соответствия

Задание 1

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

Задание 2

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

Задания закрытого типа на установление последовательности

Задание 1

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

Запишите соответствующую последовательность цифр, определяющих порядок их появления слева направо

3 1 2

Задание 2

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

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.

Контрольные вопросы и задания

1

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

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.

3

В чем заключается операция Линтона?

Эталон ответа:

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

4

Какие операции входят в группу операций «разобщения»?

Эталон ответа:

В группу операций «разобщения» входят:

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

5

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.

Практико-ориентированные задания

1

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.

2

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.

3

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 размерами 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).

Ситуационные задачи

1

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.

2

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.

3

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.

Справка

о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины
Хирургические болезни

№ п/п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
1	Специальные помещения: • 9 учебных аудиторий на разных базах кафедры; • аудитории для занятий лекционного типа в корпусах вуза; • компьютерные классы для промежуточной аттестации	Офисная мебель Экраны для проекторов Негатоскопы Наборы для определения группы крови и резус фактора Набор травматологического инструментария Набор инструментария для наркоза Наборы транспортных шин Наборы для наложения мягких повязок Комплекты рентгеновских снимков Наборы зондов, катетеров Инструментарий для ухода за больными Фантомы для отработки инъекций, катетеризаций, зондирования, ректального исследования. Оснащение базового отделения
2	Учебная аудитория № 59 (компьютерный класс) для самостоятельной работы	Посадочных мест, оснащённых учебной мебелью – 40, Компьютеров - 40 Персональные компьютеры объединены в локальную сеть с выходом в Интернет и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду университета.

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

**Лист регистрации изменений и дополнений на _____ учебный год
в рабочую программу дисциплины (модуля, практики)**

(название дисциплины, модуля, практики)

для студентов _____ курса,

специальность: _____
(название специальности)

форма обучения: очная/заочная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на
заседании кафедры «_____» _____ 202__ г. (протокол № _____)

Зав. кафедрой _____ (ФИО)
подпись

Содержание изменений и дополнений

№ п/п	Раздел, пункт, номер страницы, абзац	Старый текст	Новый текст	Комментарий
1				
2				
3				