

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 15.03.2018
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

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

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
«Актуальные вопросы лапароскопической хирургии»

Специальность **31.08.67 «Хирургия»**

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 2 года

Кафедра госпитальной хирургии

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии:

1. ФГОС ВО по специальности 31.08.67 Хирургия, утвержденным приказом Минобрнауки России от 26.08.2014г. года № 1110.
2. Учебным планом по специальности 31.08.67 Хирургия, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России 27. 06. 2018 года (протокол № 5).
3. Профессионального стандарта «Врач-хирург», утвержденного Министерством труда и социальной защиты РФ «26» ноября 2018г., приказ № 743н.

Рабочая программа дисциплины одобрена:

кафедрой госпитальной хирургии 27.06.2018 г. (протокол № 12)

Заведующий кафедрой В.А. Бахтин

методической комиссией по программам подготовки кадров высшей квалификации
27.06.2018 г. (протокол № 1)

Председатель комиссии И.А. Коковихина

Центральным методическим советом Кировского ГМУ 27.06.2018 г. (протокол № 1)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

Зав. кафедрой госпитальной хирургии
д.м.н., профессор В.А. Бахтин

к.м.н., доцент кафедры
госпитальной хирургии П.Г. Онучин

Рецензенты:

Главный внештатный хирург Министерства здравоохранения
Кировской области, к.м.н. И.А. Попырин

Заведующий кафедрой факультетской хирургии
ФГБОУ ВО Кировского ГМУ Минздрава РФ,
к.м.н., доцент Е.С. Прокопьев

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)	4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)	4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП	4
1.4. Объекты профессиональной деятельности	4
1.5. Виды профессиональной деятельности	4
1.6. Формируемые компетенции выпускника	5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	7
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	8
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	8
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	9
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	9
3.4. Тематический план лекций	9
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	10
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	17
3.7. Лабораторный практикум	17
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ	17
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	17
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)	17
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	17
4.2.1. Основная литература	18
4.2.2. Дополнительная литература	18
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	19
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	19
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	20
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	21
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	23
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	24

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

1.1. Цель изучения дисциплины (модуля) подготовка квалифицированного врача-хирурга, обладающего системой профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи.

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)

Выпускник освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

диагностическая деятельность;

сформировать навыки диагностики заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными и иными методами исследования; способствовать приобретению знаний по диагностике неотложных состояний; способствовать формированию навыков проведения медицинской экспертизы;

лечебная деятельность;

сформировать навыки оказания специализированной медицинской помощи; способствовать формированию навыков участия в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Актуальные вопросы лапароскопической хирургии» относится к блоку Б1.В Дисциплины вариативной части, дисциплины по выбору.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Общественное здоровье и здравоохранение. Педагогика. Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций. Микробиология. Основы травматологии, ортопедии и артрологии. Основы онкологии. Неотложная помощь в урологии и гинекологии. Клиническая фармакология.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Государственная итоговая аттестация.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

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

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее взрослые);

- население;

- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

1.5. Виды профессиональной деятельности

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

- диагностическая;

- лечебная

1.6. Формируемые компетенции выпускника

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

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства	
			Знать	Уметь	Владеть	Для текущего контроля	Для промежуточной аттестации
1	2	3	4	5	6	7	8
1	ПК-5	готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем связанных со здоровьем	классификацию заболеваний внутренних органов в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; Критерии диагноза различных заболеваний; Клиническую картину (симптомы и синдромы), осложнения, критерии диагноза инфекционных заболеваний	установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевнобольных пациентов; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата; подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация; сформулировать клинический диагноз; наметить объем	Методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза; алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач	Тест, собеседование, практические навыки

				дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.			
2	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	принципы профилактики и терапии шока и кровопотери; принципы диагностики, хирургической коррекции и медикаментозного лечения синдрома системного воспалительного ответа; закономерности течения раневого процесса и принципы его лечения; важнейшие разновидности предраковых состояний и заболеваний, их клиническая симптоматика и способы диагностики; общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии	применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования; оказать срочную помощь при неотложных состояниях; определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции	сформированными владениями, позволяющими установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: острый аппендицит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, язвенные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; неосложненные и ущемленные грыжи живота, кишечная непроходимость различной этиологии; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит холедохолитиаз и холангит; механическая желтуха; острый и хронический панкреатит;	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач	Тест, собеседование, практические навыки

					<p>желудочные, кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи; открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей; варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбофлебит и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

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

Общая трудоемкость дисциплины составляет **2** зачетные единицы, **72** час.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры
		№ 4
1	2	3
Контактная работа (всего)	48	48
в том числе:		
Лекции (Л)	4	4

Практические занятия (ПЗ)	24	24
Семинары (С)	20	20
Самостоятельная работа (всего)	24	24
В том числе:		
- Подготовка к занятиям	6	6
- Отработка практических навыков	10	10
- Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	8	8
Вид промежуточной аттестации	зачет	+
Общая трудоемкость (часы)	72	72
Зачетные единицы	2	2

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

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела
1	2	3	4
1.	ПК-5 ПК-6	История лапароскопической хирургии	Начальный этап развития видеолaparоскопической хирургии Лапароскопическая хирургия в 90-2000 годы Современные достижения лапароскопической хирургии
2.	ПК-5 ПК-6	Техническое обеспечение видеолaparоскопических операций.	Оборудование лапароскопической операционной. Аппаратура и инструменты для видеолaparоскопических операций. Техника безопасности при проведении видеолaparоскопических вмешательств. Понятие электротравмы. Типичные ошибки и осложнения лапароскопий. Понятие конверсии. Показания и противопоказания для лапароскопических операций.
3.	ПК-5 ПК-6	Частные вопросы видеолaparоскопической хирургии	Технические особенности диагностической лапароскопии. Оценка результатов. Ошибки при проведении. Противопоказания. Техника видеолaparоскопической биопсии паренхиматозных органов, брюшины и сальника. Методика гемостаза. Видеолaparоскопическая симеотика ургентных заболеваний органов брюшной полости: острого аппендицита, воспалительных заболеваний органов малого таза, деструктивного холецистита и панкреатита. Показания для проведения санационной лапароскопии брюшной полости. Технические особенности, правила санации и постановки дренажей.
4.	ПК-5 ПК-6	Техника отдельных видеолaparоскопических вмешательств. Роботизированная хирургия	Техника проведения типичной видеолaparоскопической холецистэктомии, аппендэктомии, ушивания перфоративной язвы. Понятие лапароскопически ассистированных вмешательствах на органах брюшной полости

			(видеофильм по лапароскопически ассистированных резекциях желудка, ободочной кишки, ПДР) Роботизированные операции на органах брюшной полости: техническое обеспечение, возможности.
--	--	--	---

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

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

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов
1	2	3	4	5	6	7	8
1	История лапароскопической хирургии	1	4		4	6	15
2	Техническое обеспечение видеолапароскопических операций.	1	5		5	6	17
3	Частные вопросы видеолапароскопической хирургии	1	8		6	6	21
4	Техника отдельных видеолапароскопических вмешательств. Роботизированная хирургия	1	7		5	6	19
	Вид промежуточной аттестации:	зачет					+
	Итого:	4	24		20	24	72

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)
				№ сем.4
1	2	3	4	5
1	1	История лапароскопической хирургии	Начальный этап развития видеолапароскопической хирургии Лапароскопическая хирургия в 90-2000 годы Современные достижения лапароскопической хирургии	1
2	2	Техническое обеспечение видеолапароскопических операций.	Оборудование лапароскопической операционной. Аппаратура и инструменты для видеолапароскопических операций. Техника безопасности при проведении видеолапароскопических вмешательств. Понятие электротравмы. Типичные ошибки и осложнения лапароскопий. Понятие конверсии. Показания и противопоказания для	1

			лапароскопических операций.	
3	3	Частные вопросы видеолапароскопической хирургии	Технические особенности диагностической лапароскопии. Оценка результатов. Ошибки при проведении. Противопоказания. Техника видеолапароскопической биопсии паренхиматозных органов, брюшины и сальника. Методика гемостаза. Видеолапароскопическая симеотика urgentных заболеваний органов брюшной полости: острого аппендицита, воспалительных заболеваний органов малого таза, деструктивного холецистита и панкреатита. Показания для проведения санационной лапароскопии брюшной полости. Технические особенности, правила санации и постановки дренажей.	1
4.	4	Техника отдельных видеолапароскопических вмешательств. Роботизированная хирургия	Техника проведения типичной видеолапароскопической холецистэктомии, аппендэктомии, ушивания перфоративной язвы. Понятие лапароскопически ассистированных вмешательств на органах брюшной полости (видеофильм по лапароскопически ассистированных резекциях желудка, ободочной кишки, ПДР) Роботизированные операции на органах брюшной полости: техническое обеспечение, возможности.	1
Итого:				4

3.5. Тематический план практических (семинаров) занятий

Тематический план практических занятий

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)
				сем. №4
1	2	3	4	5
1	1	Начальный этап развития видеолапароскопической хирургии	История эндовидеохирургии. Анатомии и физиология органов брюшной полости применительно к эндовидеохирургии. Нормативные и методические документы, определяющие порядок и правила применения эндовидеохирургических технологий. Современные подходы.	2
2	1	Лапароскопическая хирургия в 90-2000 годы Современные достижения лапароскопической хирургии	История эндовидеохирургии. Анатомии и физиология органов брюшной полости применительно к эндовидеохирургии. Нормативные и методические документы, определяющие порядок и правила применения эндовидеохирургических технологий. Современные подходы.	2

3	2	<p>Оборудование лапароскопической операционной. Аппаратура и инструменты для видеолапароскопических операций.</p>	<p>Основные лапароскопические инструменты: Лапароскопические инструменты доступа: Стилеты атравматичные, пирамидальные, конусные, Троакары клапанные и бесклапанные, игла Вереща (Veress), Троакары для динамической лапароскопии, Фиксаторы троакаров, Торакопорты, Вставки переходные, адаптеры, Расширители; Лапароскопические инструменты для создания экспозиции: Инструменты щипцовой группы, Ретракторы, Вспомогательные инструменты; Лапароскопические инструменты для рассечения тканей: Ножницы; Лапароскопические инструменты для ВЧ коагуляции тканей: Монополярные электроды, Биполярные инструменты; Лапароскопические инструменты для санации полостей: Аспираторы-ирригаторы, Инструменты для удаления фрагментов тканей и органов; Лапароскопические инструменты для соединения тканей: Инструменты наложения лигатурного шва, Клипаторы, Эндоклиперы, Клипсаппликаторы, Герниостеплеры, Виды клипс.</p>	2
4	2	<p>Техника безопасности при проведении видеолапароскопических вмешательств. Понятие электротравмы.</p>	<p>Варианты укладки больного в зависимости от вида операции. Аппаратура для эндохирургии: осветительная лампа, камера. инсуфлятор, аспиратор-ирригатор, электрокоагулятор. Методика наложения пневмоперитонеума, основные ошибки и осложнения. Техника диагностической лапароскопии, этапы исследования, диагностические ошибки. Техника установки портов, варианты установки при повторных вмешательствах на органах брюшной полости. Основные манипуляции во время вмешательства: создание экспозиции и фиксация органа, варианты мобилизации органа, методы рассечения тканей, коагуляция тканей, использование для коагуляции и мобилизации аппарата LigaShure и УЗ-скальпеля. Эндоскопический шов и методы сшивания тканей. Использование эндоскопических сшивающих аппаратов, техника и особенности применения. Использование эндоскопических степлеров, техника и особенности</p>	2

			применения. Эндоскопический гемостаз, виды эндоскопического гемостаза, классификация состояния гемостаза по Форрест, возможности метода в лечении желудочно-кишечных кровотечений.	
5	2	Типичные ошибки и осложнения лапароскопий. Понятие конверсии. Показания и противопоказания для лапароскопических операций.	Особенности подготовки и предоперационного ведения хирургических больных. Оснащение и режим работы видеондехирургической операционной, виды и наборы эндохирургических приборов и инструментов, методы стерилизации. Овладение техникой эндовидеохирургического гемостаза. Применение различных источников энергии для диссекции и коагуляции тканей. Наложение интракорпорального шва. Наложение аппаратного шва. Методикой безопасного наложения пневмоперитонеума. Методикой лапароцентеза.	1
6	3	Технические особенности диагностической лапароскопии. Оценка результатов. Ошибки при проведении. Противопоказания.	Лапароскопическая резекция участка кишки, принципы мобилизации и варианты анастомозирования. Лапароскопическая резекция желудка, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Лапароскопическая гастрэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Лапароскопическая ПДР, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Лапароскопическая эзофагэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.	2
7	3	Техника видеолапароскопической биопсии паренхиматозных органов, брюшины и сальника. Методика гемостаза.	Этапы выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите. Техника выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической холецистэктомии.	2
8	3	Видеолапароскопическая симеотика urgentных заболеваний органов брюшной полости: острого аппендицита, воспалительных заболеваний органов малого таза,	Этапы выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Техника выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической аппендэктомии.	2

		деструктивного холецистита и панкреатита.		
9	3	Показания для проведения санационной лапароскопии брюшной полости. Технические особенности, правила санации и постановки дренажей.	Оснащение и режим работы видеоэндохирургической операционной, виды и наборы эндохирургических приборов и инструментов, методы стерилизации. Овладение техникой эндовидеохирургического гемостаза. Применение различных источников энергии для диссекции и коагуляции тканей. Наложение интракорпорального шва. Наложение аппаратного шва. Методикой безопасного наложения пневмоперитонеума. Методикой лапароцентеза.	2
10	4	Техника проведения типичной видеолапароскопической холецистэктомии, аппендэктомии, ушивания перфоративной язвы.	Лапароскопическое ушивание перфоративных язв, техника, противопоказания. Лапароскопическая холецистэктомия, показания, техника выполнения, ошибки и осложнения. Лапароскопическая аппендэктомия, показания, техника выполнения, ошибки и осложнения. Эндохирургия паховых и бедренных грыж, основные типы доступов (ТАРР и ТЕР), операционная техника, опасности и осложнения вмешательств.	2
11	4	Понятие лапароскопически ассистированных вмешательств на органах брюшной полости (видеофильм по лапароскопически ассистированных резекциях желудка, ободочной кишки, ПДР)	Эндобилиарные вмешательства. Анте - ретроградные доступы, метод рандеву, роль метода в лечении заболеваний опухолевого и неопухолевого генеза органов гепато-билиарной зоны. Варианты эндоскопических вмешательств при злокачественных и доброкачественных новообразованиях пищеварительной трубки: полипэктомия, стентирование при раке.	1
12	4	Роботизированные операции на органах брюшной полости: техническое обеспечение, возможности.	Эндоскопическое лечение подслизистых образований пищевода и желудка, показания, особенности оперативной техники. Эндоскопические вмешательства на большом сосочке двенадцатиперстной кишки, показания, возможности метода, осложнения.	2
13	4	Зачетное занятие	Тест, собеседование, практические навыки	2
Итого:				24

Тематический план семинаров

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика семинаров	Содержание семинарских занятий	Трудоемкость (час)
				сем. №4
1	2	3	4	5
1	1	Начальный этап развития видеолапароскопической хирургии	История эндовидеохирургии. Анатомии и физиология органов брюшной полости применительно к эндовидеохирургии. Нормативные и методические документы, определяющие порядок и правила применения эндовидеохирургических технологий. Современные подходы.	2
2	1	Лапароскопическая хирургия в 90-2000 годы Современные достижения лапароскопической хирургии	История эндовидеохирургии. Анатомии и физиология органов брюшной полости применительно к эндовидеохирургии. Нормативные и методические документы, определяющие порядок и правила применения эндовидеохирургических технологий. Современные подходы.	2
3	2	Оборудование лапароскопической операционной. Аппаратура и инструменты для видеолапароскопических операций.	Основные лапароскопические инструменты: Лапароскопические инструменты доступа: Стилеты атравматичные, пирамидальные, конусные, Троакары клапанные и бесклапанные, игла Вереща (Veress), Троакары для динамической лапароскопии, Фиксаторы троакаров, Торакопорты, Вставки переходные, адаптеры, Расширители; Лапароскопические инструменты для создания экспозиции: Инструменты щипцовой группы, Ретракторы, Вспомогательные инструменты; Лапароскопические инструменты для рассечения тканей: Ножницы; Лапароскопические инструменты для ВЧ коагуляции тканей: Монополярные электроды, Биполярные инструменты; Лапароскопические инструменты для санации полостей: Аспираторы-ирригаторы, Инструменты для удаления фрагментов тканей и органов; Лапароскопические инструменты для соединения тканей: Инструменты наложения лигатурного шва, Клипаторы, Эндоклиперы, Клипсапликаторы, Герниостеплеры, Виды клипс.	2
4	2	Техника безопасности при проведении видеолапароскопических вмешательств. Понятие электротравмы.	Варианты укладки больного в зависимости от вида операции. Аппаратура для эндохирургии: осветительная лампа, камера, инсуфлятор, аспиратор-ирригатор, электрокоагулятор. Методика наложения пневмоперитонеума, основные ошибки и	1

			<p>осложнения. Техника диагностической лапароскопии, этапы исследования, диагностические ошибки.</p> <p>Техника установки портов, варианты установки при повторных вмешательствах на органах брюшной полости.</p> <p>Основные манипуляции во время вмешательства: создание экспозиции и фиксация органа, варианты мобилизации органа, методы рассечения тканей, коагуляция тканей, использование для коагуляции и мобилизации аппарата LigaShure и УЗ-скальпеля.</p> <p>Эндоскопический шов и методы сшивания тканей. Использование эндоскопических сшивающих аппаратов, техника и особенности применения.</p> <p>Использование эндоскопических степлеров, техника и особенности применения.</p> <p>Эндоскопический гемостаз, виды эндоскопического гемостаза, классификация состояния гемостаза по Форрест, возможности метода в лечении желудочно-кишечных кровотечений.</p>	
5	2	<p>Типичные ошибки и осложнения лапароскопий. Понятие конверсии. Показания и противопоказания для лапароскопических операций.</p>	<p>Особенности подготовки и предоперационного ведения хирургических больных. Оснащение и режим работы видеоэндохирургической операционной, виды и наборы эндохирургических приборов и инструментов, методы стерилизации. Овладение техникой эндовидеохирургического гемостаза. Применение различных источников энергии для диссекции и коагуляции тканей. Наложение интракорпорального шва. Наложение аппаратного шва. Методикой безопасного наложения пневмоперитонеума. Методикой лапароцентеза.</p>	2
6	3	<p>Технические особенности диагностической лапароскопии. Оценка результатов. Ошибки при проведении. Противопоказания.</p>	<p>Лапароскопическая резекция участка кишки, принципы мобилизации и варианты анастомозирования.</p> <p>Лапароскопическая резекция желудка, показания и возможности метода, техника и этапы операции.</p> <p>Лапароскопическая гастрэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.</p> <p>Лапароскопическая ПДР, показания и возможности метода, техника и этапы операции.</p> <p>Лапароскопическая эзофагэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.</p>	1
7	3	Техника	Этапы выполнения операции при	2

		видеолапароскопическо й биопсии паренхиматозных органов, брюшины и сальника. Методика гемостаза.	желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите. Техника выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической холецистэктомии.	
8	3	Видеолапароскопическ ая симеотика ургентных заболеваний органов брюшной полости: острого аппендицита, воспалительных заболеваний органов малого таза, деструктивного холецистита и панкреатита.	Этапы выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Техника выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической аппендэктомии.	2
9	3	Показания для проведения санационной лапароскопии брюшной полости. Технические особенности, правила санации и постановки дренажей.	Оснащение и режим работы видеоэндохирургической операционной, виды и наборы эндохирургических приборов и инструментов, методы стерилизации. Овладение техникой эндовидеохирургического гемостаза. Применение различных источников энергии для диссекции и коагуляции тканей. Наложение интракорпорального шва. Наложение аппаратного шва. Методикой безопасного наложения пневмоперитонеума. Методикой лапароцентеза.	1
10	4	Техника проведения типичной видеолапароскопическо й холецистэктомии, аппендэктомии, ушивания перфоративной язвы.	Лапароскопическое ушивание перфоративных язв, техника, противопоказания. Лапароскопическая холецистэктомия, показания, техника выполнения, ошибки и осложнения. Лапароскопическая аппендэктомия, показания, техника выполнения, ошибки и осложнения. Эндохирургия паховых и бедренных грыж, основные типы доступов (ТАРР и ТЕР), операционная техника, опасности и осложнения вмешательств.	2
11	4	Понятие лапароскопически ассистированных вмешательствах на органах брюшной полости (видеофильм по лапароскопически ассистированных резекциях желудка, ободочной кишки,	Эндобилиарные вмешательства. Анте - ретроградные доступы, метод рандеву, роль метода в лечении заболеваний опухолевого и неопухолевого генеза органов гепато-билиарной зоны. Варианты эндоскопических вмешательств при злокачественных и доброкачественных новообразованиях пищеварительной трубки: полипэктомия, стентирование при раке.	2

		ПДР)		
12	4	Роботизированные операции на органах брюшной полости: техническое обеспечение, возможности.	Эндоскопическое лечение подслизистых образований пищевода и желудка, показания, особенности оперативной техники. Эндоскопические вмешательства на большом сосочке двенадцатиперстной кишки, показания, возможности метода, осложнения.	1
Итого:				20

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	4	История лапароскопической хирургии	- Подготовка к занятиям	2
			- Отработка практических навыков	2
			- Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	2
2		Техническое обеспечение видеолaparоскопических операций.	- Подготовка к занятиям	2
			- Отработка практических навыков	2
			- Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	2
3		Частные вопросы видеолaparоскопической хирургии	- Подготовка к занятиям	2
			- Отработка практических навыков	2
			- Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	2
4		Техника отдельных видеолaparоскопических вмешательств. Роботизированная хирургия	- Подготовка к занятиям	2
			- Отработка практических навыков	2
			- Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	2
Итого часов в семестре:				24
Всего часов на самостоятельную работу:				24

3.7. Лабораторный практикум

Лабораторный практикум учебным планом не предусмотрен

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

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

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

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

- Методические указания по изучению дисциплины.

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

4.2.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.	3	+

4.2.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Проблемы эндохирургии желчекаменной болезни	С.Л. Лобанов Ю.С. Ханина	Чита: «Поиск», 2010. – 560с	1	
2	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	
3	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	
4	Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме	М.Ш. Хубутия П.А. Ярцева	ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 240 с. :		+
5	Микрохирургические технологии в абдоминальной хирургии.	Под ред. И.И. Когана, А.А. Третьякова	ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 192 с. :		+

Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем дисциплины:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 декабря 2010 г. N 1182н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным хирургическими заболеваниями»
3. Письмо МЗ и СР РФ от 17 июня 2010 г. N 16-3/10/2-5048 «Об итоговой аттестации врачей-интернов».
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2006 N 315 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инвазией печени, вызванной *echinococcus granulosis* и инвазией печени, вызванной *echinococcus multilocularis*"
5. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1167н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях печени и внутривеночных желчных протоков I-III стадии (хирургическое лечение)"

(Зарегистрировано в Минюсте России 19.03.2013 N 27765)

6. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1161н
"Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях печени и внутрипеченочных желчных протоков I-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)"
(Зарегистрировано в Минюсте России 21.01.2013 N 26624)
7. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2006 N 313
8. "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с доброкачественным новообразованием печени, внутрипеченочных, внепеченочных желчных протоков"
9. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1527н
10. "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях поджелудочной железы II-IV стадии (нерезектабельный процесс, химиотерапевтическое лечение)"
11. Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 773н
"Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки"
12. Трудовой кодекс РФ 2012г.
13. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630 – 10
14. Приказ минздравсоцразвития № 397 от 16.05.2011 Об утверждении специальных требований к условиям хранения наркотических средств и психотропных веществ
15. Приказ № 170 от 16.08.1994 О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.
16. ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РФ ОТ 09.06.2003 N 233 ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ОТРАСЛЕВОГО СТАНДАРТА "ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ИНЫХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ"

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

<http://therapy.irkutsk.ru/my/meth/norm.pdf>

www.medscape.com

www.heptoassociation.ru

www.общество-хирургов.рф

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

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение

Договор Microsoft Office (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г.
(срок действия договора - бессрочный),

1. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г.
(срок действия договора - бессрочный),

2. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г.
(срок действия договора - бессрочный).

3. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)

4. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),

5. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),

6. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node 1 year Educational Renewal License от 12.07.2018, лицензии 685В-МУ\05\2018 (срок действия – 1 год),

7. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),

8. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),

9. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016 г.

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

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

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

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

Операционные отделения КОГБУЗ «КОКБ», КОГБУЗ «СГКБСП», КОГБУЗ «КГКБ №6»

аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально; анатомический зал и (или) помещения, предусмотренные для работы с биологическими моделями;

помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, гастродуоденоскоп, дуоденоскоп (с боковой оптикой), колоноскоп (педиатрический), фибробронхоскоп (педиатрический), источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, установка для мойки эндоскопов, ультразвуковой очиститель, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс, видеодуоденоскоп, видеогастроскоп, эндоскопический отсасыватель, энтероскоп, низкоэнергетическая лазерная

установка, электрохирургический блок, видеогастроскоп операционный, видеогастроскоп педиатрический, видеоколоноскоп операционный, видеоколоноскоп педиатрический, видеоколоноскоп диагностический, аргано-плазменный коагулятор, набор для эндоскопической резекции слизистой, баллонный дилататор) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

Перевязочная - КОГБУЗ «КОКБ», 7 корп., к.324

Перевязочная - КОГБУЗ «КОКБ», 7 корп., к.321

Перевязочная - КОГБУЗ «СГКБСП», 3 этаж

Перевязочная - КОГБУЗ «КОКБ», 7 корп.7 этаж

Перевязочная - КОГБУЗ «КОКБ», 7 корп., к.525

Перевязочная - КОГБУЗ «КОКБ», 7 корп., к.522

Помещения находятся на клинической базе кафедры по адресу: г. Киров, ул. Воровского 42, КОГБУЗ Кировская Областная клиническая больница, корпус №7. 3-4-5 этажи, КОГБУЗ «СГКБСП» г. Киров, ул. Свердлова 4, КОГБУЗ КГКБ №6 г. Киров, Октябрьский проспект 47.

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

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

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

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

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических и семинарских занятиях) и самостоятельную работу.

Основное учебное время выделяется на изучение вопросов видеолaparоскопической хирургии, технического обеспечения видеолaparоскопических операций, технике выполнения отдельных видеолaparоскопических вмешательств.

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

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по технике выполнения отдельных видеолaparоскопических вмешательств.

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплины (модуля) в форме курса, составленного на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей).

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении тем: История лапароскопической хирургии; Техническое обеспечение видеолaparоскопических операций; Частные вопросы видеолaparоскопической хирургии; Техника отдельных видеолaparоскопических вмешательств. Роботизированная хирургия.

На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины,

устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к зачету, а также для самостоятельной работы.

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

Лекция-дискуссия - обсуждение какого-либо вопроса, проблемы, рассматривается как метод, активизирующий процесс обучения, изучения сложной темы, теоретической проблемы. Рекомендуется использовать при изучении тем: Техническое обеспечение видеолaparоскопических операций; Частные вопросы видеолaparоскопической хирургии.

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

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области видеолaparоскопической хирургии, технического обеспечения видеолaparоскопических операций, технике выполнения отдельных видеолaparоскопических вмешательств.

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

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

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

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- семинар традиционный по темам

Начальный этап развития видеолaparоскопической хирургии

Лaparоскопическая хирургия в 90-2000 годы

Современные достижения лaparоскопической хирургии

Оборудование лaparоскопической операционной. Аппаратура и инструменты для видеолaparоскопических операций.

Техника безопасности при проведении видеолaparоскопических вмешательств. Понятие электротравмы.

Типичные ошибки и осложнения лaparоскопий. Понятие конверсии. Показания и противопоказания для лaparоскопических операций.

Технические особенности диагностической лaparоскопии. Оценка результатов. Ошибки при проведении. Противопоказания.

Техника видеолaparоскопической биопсии паренхиматозных органов, брюшины и сальника. Методика гемостаза.

Видеолaparоскопическая симеотика urgentных заболеваний органов брюшной полости: острого аппендицита, воспалительных заболеваний органов малого таза, деструктивного холецистита и панкреатита.

Показания для проведения санационной лaparоскопии брюшной полости. Технические особенности, правила санации и постановки дренажей.

Техника проведения типичной видеолaparоскопической холецистэктомии, аппендэктомии, ушивания перфоративной язвы.

Понятие лапароскопически ассистированных вмешательствах на органах брюшной полости (видеофильм по лапароскопически ассистированных резекциях желудка, ободочной кишки, ПДР)
Роботизированные операции на органах брюшной полости: техническое обеспечение, возможности.

- семинар-дискуссия по теме

Техника видеолапароскопической биопсии паренхиматозных органов, брюшины и сальника. Методика гемостаза.

Типичные ошибки и осложнения лапароскопий. Понятие конверсии. Показания и противопоказания для лапароскопических операций.

- практикум традиционный по темам: по всем темам.

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Актуальные вопросы лапароскопической хирургии» включает подготовку к занятиям, подготовку к текущему контролю и промежуточной аттестации, отработку практических навыков

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Актуальные вопросы лапароскопической хирургии» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят работу с большими, работа с большими способствуют формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме устного опроса в ходе занятий, решения типовых ситуационных задач, тестового контроля.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, проверки практических умений, решения ситуационных задач. Для текущего контроля освоения дисциплины используется рейтинговая система.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) (приложение А)

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

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

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

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесообразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень

успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

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

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

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

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

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

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

Приложение А к рабочей программе дисциплины (модуля)

**Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)
«Актуальные вопросы лапароскопической хирургии»**

Специальность 31.08.67 Хирургия
(очная форма обучения)

Раздел 1.История лапароскопической хирургии

Тема 1.1: Начальный этап развития видеолапароскопической хирургии. (семинар, практическое занятие)

Цель: изучение вопросов истории развития лапароскопической хирургии, её возможностей, формирования новых подходов в эндовидеохирургии.

Задачи: рассмотреть историю развития эндовидеохирургии, анатомию и физиологию органов брюшной полости применительно к эндовидеохирургии, нормативные и методические документы, определяющие порядок и правила применения эндовидеохирургических технологий, сформировать компетенции в этом разделе хирургии.

Обучающийся должен знать: основы топографической анатомии передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, ободочной и прямой кишки, желудка, гепато-панкреато-билиарной системы;

основные вопросы нормальной и патологической физиологии ободочной и прямой кишки, желудка, гепато-панкреато-билиарной системы;

основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики заболеваний прямой и ободочной кишки, желудка, гепато-панкреато-билиарной системы;

принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с неотложными заболеваниями прямой и ободочной кишки, желудка, гепато-панкреато-билиарной системы методы реабилитации;

основы патогенетического подхода при лечении в хирургии и смежных областях медицины;

Обучающийся должен уметь: получить информацию о развитии и течении заболевания брюшной полости; выявить факторы риска развития острого хирургического заболевания аноректальной области, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного с острыми заболеваниями брюшной полости, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного с неотложными заболеваниями брюшной полости, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования при заболеваниях брюшной полости (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить дифференцированный план обследования и лечения больного с заболеваниями брюшной полости, проводить его коррекцию в динамике;

Обучающийся должен владеть: методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с общехирургической патологией; методикой физикального осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клиничко-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного; методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Основы топографической анатомии передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, ободочной и прямой кишки, желудка, гепато-панкреато-билиарной системы.

2.Основные вопросы нормальной и патологической физиологии ободочной и прямой кишки, желудка, гепато-панкреато-билиарной системы.

3.Основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики заболеваний прямой и ободочной кишки, желудка, гепато-панкреато-билиарной системы.

4.Принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с неотложными заболеваниями прямой и ободочной кишки, желудка, гепато-панкреато-билиарной системы

методы реабилитации;

5. Основы патогенетического подхода при лечении в хирургии и смежных областях медицины.

2. Тестирование по теме занятия

1. Первую лапароскопию произвел:

- а) Д.О.Отт в 1901 г
- б) Келлинг в 1901 г
- в) Корбш в 1921 г
- г) Якобеус в 1910 г
- д) Штейнер в 1924 г

2. Впервые применил цветные рисунки для иллюстрации лапароскопической семиотики заболеваний:

- а) Корбш в 1922 г
- б) Якобсон в 1927 г
- в) Калыс в 1933 г
- г) Сережников в 1939 г
- д). Муратори в 1941 г

3. К преимуществам лапароскопической хирургии не относятся:

- а) малая травматичность
- б) короткие сроки пребывания в стационаре
- в) быстрое восстановление после операции
- г) меньшая продолжительность оперативного вмешательства

4. В клиническую практику метод лапароскопического исследования внедрил:

- а) Келлинг в 1901 г
- б) Якобеус в 1910 г
- в). Шмидт в 1927 г
- г) Кальк в 1929 г
- д) Раддок в 1929 г

5. Недостатками лапароскопической хирургии является

- а) оптическое приближение зоны оперативного вмешательства
- б) искажение восприятия глубины раны
- в) тяжесть и громоздкость лапароскопических инструментов Значительная травматичность оперативного вмешательства

6. Для создания карбоксиперитонеума используется

- а) аквапуратор
- б) пушер
- в) Игла Вериша
- г) троакар

7. Первым из отечественных ученых опубликовал монографию по лапароскопии:

- а) А.С.Орловский в 1937 г
- б) Г.К.Абаев в 1939 г
- в) А.М.Аминев в 1947 г
- г) А.С.Логинов в 1964 г
- д). Г.И.Лукомский,
- е) Ю.Е.Березов в 1967 г

8. При наложении карбоксиперитонеума необходимо создать в брюшной полости давление

- а) 3 атм.
- б) 5 мм.рт.ст.
- в) 20 мм.рт. ст.
- г) 13 мм.рт.ст.*

3. Практическая работа на семинаре:

Решение ситуационных задач

Задача 1.

Пациентка М., 48 лет госпитализирована в плановом порядке по поводу ЖКБ, выполнена лапароскопическая холецистэктомия под наркозом. На 3-е сутки после операции пациентка отмечает нарастающие боли в правом подреберье, с иррадиацией по правому фланку, усиливающиеся внизу живота при ходьбе. Лабораторные показатели в пределах нормы. По УЗИ: выявлены следы жидкости в подпеченочном пространстве, свободной жидкости в малом тазу нет.

1. Ваша хирургическая тактика?

2. Объем операции

Задача 2.

Больная А., 19 лет. Предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, с иррадиацией в правое бедро и задний проход. Заболела накануне, когда появились разлитые боли по всему животу, однократная рвота, дважды жидкий стул. Температура тела 37,8⁰С. Объективно: сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга, положительный симптом Воскресенского справа, Ровзинга, Бартомье-Михельсона. Лабораторно: лейкоциты 18,1*10⁹*/л, сдвиг формулы влево. Заключение гинеколога: правосторонний сальпингоофорит. Пельвиоперитонит.

1. Ваша хирургическая тактика?

2. Объем операции

Задача 3.

Больная К., 62 лет, поступила с жалобами на умеренные боли в правом подреберье без иррадиации, желтушность кожи. Больна в течение 7 дней, когда после приема жареной пищи появились интенсивные боли в правом подреберье, рвота желчью. После приема спазмолитиков боли уменьшились. На следующий день отметила мочу темного цвета, желтушность склер. При осмотре кожные покровы и склеры желтой окраски. Пульс 84 удара в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Температура тела 36,6 С. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Мейо-Ромбсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. В анализе крови – лейкоцитов 6,0x10⁹/л, билирубин общий 212 мкмоль/л, прямой 180 мкмоль/л, амилаза крови 16 ед/л, АСТ 16 ед/л, АЛТ 30 ед/л.

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите?

2. Какой генез желтухи Вы предполагаете?

3. Выберите дополнительные методы обследования, которые позволят подтвердить диагноз.

4. Выберите правильный вариант лечебной тактики у данного больного.

3. Практическая работа на практическом занятии:

- разбор клинических больных

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) **Ознакомиться с теоретическим материалом по теме:** анатомофизиологические особенности органов брюшной полости (гепато-панкреато-билиарная система)

2) Вопросы для самоконтроля

История эндовидеохирургии. Анатомии и физиология органов брюшной полости применительно к эндовидеохирургии. Нормативные и методические документы, определяющие порядок и правила применения эндовидеохирургических технологий. Современные подходы.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.	3	+

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Проблемы эндохирургии желчекаменной болезни	С.Л. Лобанов Ю.С. Ханина	Чита: «Поиск», 2010. – 560с	1	
2	Атлас хирургических	Р. М. Золлингер	М.: "ГЭОТАР-	4	

	операций	(ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	Медиа", 2009. - 480 с.		
3	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	
4	Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме	М.Ш. Хубутия П.А. Ярцева	ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 240 с. :		+
5	Микрохирургические технологии в абдоминальной хирургии.	Под ред. И.И. Когана, А.А. Третьякова	ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 192 с. :		+

Раздел 1.История лапароскопической хирургии

Тема 1.2: Лапароскопическая хирургия в 90-2000 годы. Современные достижения лапароскопической хирургии. (семинар, практическое занятие)

Цель: изучение вопросов истории развития лапароскопической хирургии, её возможностей, формирования новых подходов в эндовидеохирургии.

Задачи: рассмотреть историю развития эндовидеохирургии, анатомию и физиологию органов брюшной полости применительно к эндовидеохирургии, нормативные и методические документы, определяющие порядок и правила применения эндовидеохирургических технологий, сформировать компетенции в этом разделе хирургии.

Обучающийся должен знать: основы топографической анатомии передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, ободочной и прямой кишки, желудка, гепато-панкреато-билиарной системы;

основные вопросы нормальной и патологической физиологии ободочной и прямой кишки, желудка, гепато-панкреато-билиарной системы;

основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики заболеваний прямой и ободочной кишки, желудка, гепато-панкреато-билиарной системы;

принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с неотложными заболеваниями прямой и ободочной кишки, желудка, гепато-панкреато-билиарной системы методы реабилитации;

основы патогенетического подхода при лечении в хирургии и смежных областях медицины;

Обучающийся должен уметь: получить информацию о развитии и течении заболевания брюшной полости; выявить факторы риска развития острого хирургического заболевания аноректальной области, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного с острыми заболеваниями брюшной полости, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного с неотложными заболеваниями брюшной полости, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования при с заболеваниях брюшной полости (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить дифференцированный план обследования и лечения больного с заболеваниями брюшной полости, проводить его коррекцию в динамике;

Обучающийся должен владеть: методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с общехирургической патологией; методикой физикального осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клинико-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного; методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Основы топографической анатомии передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, ободочной и прямой кишки, желудка, гепато-панкреато-билиарной системы.

2.Основные вопросы нормальной и патологической физиологии ободочной и прямой кишки, желудка, гепато-панкреато-билиарной системы.

3.Основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики заболеваний прямой и ободочной кишки, желудка, гепато-панкреато-билиарной системы.

4.Принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с неотложными заболеваниями прямой и ободочной кишки, желудка, гепато-панкреато-билиарной системы методы реабилитации;

5.Основы патогенетического подхода при лечении в хирургии и смежных областях медицины.

2. Тестирование по теме занятия

2. Первую лапароскопию произвел:
- а) Д.О.Отт в 1901 г
 - б) Келлинг в 1901 г
 - в) Корбш в 1921 г
 - г) Якобеус в 1910 г
 - д) Штейнер в 1924 г
- 2.Впервые применил цветные рисунки для иллюстрации лапароскопической семиотики заболеваний:
- а) Корбш в 1922 г
 - б) Якобсон в 1927 г
 - в) Калыс в 1933 г
 - г) Сережников в 1939 г
 - д). Муратори в 1941 г
3. К преимуществам лапароскопической хирургии не относятся:
- а) малая травматичность
 - б) короткие сроки пребывания в стационаре
 - в) быстрое восстановление после операции
 - г) меньшая продолжительность оперативного вмешательства
4. В клиническую практику метод лапароскопического исследования внедрил:
- а) Келлинг в 1901 г
 - б) Якобеус в 1910 г
 - в). Шмидт в 1927 г
 - г) Кальк в 1929 г
 - д) Раддок в 1929 г
5. Недостатками лапароскопической хирургии является
- а) оптическое приближение зоны оперативного вмешательства
 - б) искажение восприятия глубины раны
 - в) тяжесть и громоздкость лапароскопических инструментов Значительная травматичность оперативного вмешательства
- 6.Для создания карбоксиперитонеума используется
- а) аквапуратор
 - б) пушер
 - в) Игла Вериша
 - г) троакар
- 7.Первым из отечественных ученых опубликовал монографию по лапароскопии:
- а) А.С.Орловский в 1937 г
 - б) Г.К.Абаев в 1939 г
 - в) А.М.Аминев в 1947 г
 - г) А.С.Логинов в 1964 г
 - д). Г.И.Лукомский,
 - е) Ю.Е.Березов в 1967 г
- 8.При наложении карбоксиперитонеума необходимо создать в брюшной полости давление
- а)3 атм.
 - б)5 мм.рт.ст.
 - в)20 мм.рт. ст.
 - г)13 мм.рт.ст.*

3. Практическая работа на семинаре:

Решение ситуационных задач

Задача 1.

Пациентка М., 48 лет госпитализирована в плановом порядке по поводу ЖКБ, выполнена лапароскопическая холецистэктомия под наркозом. На 3-е сутки после операции пациентка отмечает нарастающие боли в правом подреберье, с иррадиацией по правому фланку, усиливающиеся внизу живота при ходьбе. Лабораторные показатели в пределах нормы. По УЗИ: выявлены следы жидкости в подпеченочном пространстве, свободной жидкости в малом тазу нет.

1.Ваша хирургическая тактика?

2.Объем операции

Задача 2.

Больная А., 19 лет. Предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, с иррадиацией в правое бедро и задний проход. Заболела накануне, когда появились разлитые боли по всему животу, однократная рвота, дважды жидкий стул. Температура тела 37,8⁰С. Объективно: сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга, положительный симптом Воскресенского справа, Ровзинга, Бартомье-Михельсона. Лабораторно: лейкоциты 18,1*10⁹*/л, сдвиг формулы влево. Заключение гинеколога: правосторонний сальпингофорит. Пельвиоперитонит.

- 1.Ваша хирургическая тактика?
- 2.Объем операции

Задача 3.

Больная К., 62 лет, поступила с жалобами на умеренные боли в правом подреберье без иррадиации, желтушность кожи. Больна в течение 7 дней, когда после приема жареной пищи появились интенсивные боли в правом подреберье, рвота желчью. После приема спазмолитиков боли уменьшились. На следующий день отметила мочу темного цвета, желтушность склер. При осмотре кожные покровы и склеры желтой окраски. Пульс 84 удара в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Температура тела 36,6 С. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Мейо-Ромбсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. В анализе крови – лейкоцитов 6,0x10⁹/л, билирубин общий 212 мкмоль/л, прямой 180 мкмоль/л, амилаза крови 16 ед/л, АСТ 16 ед/л, АЛТ 30 ед/л.

5. Какой предварительный диагноз Вы поставите?
6. Какой генез желтухи Вы предполагаете?
7. Выберите дополнительные методы обследования, которые позволят подтвердить диагноз.
8. Выберите правильный вариант леченой тактики у данного больного.

3. Практическая работа на практическом занятии:

- разбор клинических больных

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме: анатоμοфизиологические особенности органов брюшной полости (гепато-панкреато-билиарная система)

2) Вопросы для самоконтроля

История эндовидеохирургии. Анатомии и физиология органов брюшной полости применительно к эндовидеохирургии. Нормативные и методические документы, определяющие порядок и правила применения эндовидеохирургических технологий.Современные подходы.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.	3	+

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Проблемы эндохирургии желчекаменной болезни	С.Л. Лобанов Ю.С. Ханина	Чита: «Поиск»,2010. – 560с	1	
2	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. -	4	

		под ред. Кубышкин В. А.	480 с.		
3	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	
4	Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме	М.Ш. Хубутия П.А. Ярцева	ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 240 с. :		+
5	Микрохирургические технологии в абдоминальной хирургии.	Под ред. И.И. Когана, А.А. Третьякова	ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 192 с. :		+

Раздел 2. Техническое обеспечение видеолaparоскопических операций.

Тема 2.1: Оборудование лапароскопической операционной. Аппаратура и инструменты для видеолaparоскопических операций. (семинар, практическое занятие)

Цель: Сформировать представление о оборудовании лапароскопической операционной. Узнать принципы работы оборудования: портов, инсуффлятора, моно- и биполярного электрода. Ознакомиться с основным лапароскопическим инструментарием: зажимами, иглодержателями, ретракторами, отсосом, инсуффлятором. Сформировать понятие о пневмоперитонеуме.

Задачи: сформировать знания по особенностям подготовки и предоперационного ведения хирургических больных. Понять оснащение и режим работы видеоэндохирургической операционной, виды и наборы эндохирургических приборов и инструментов, методы стерилизации. Овладение техникой эндовидеохирургического гемостаза. Сформировать следующие умения: применение различных источников энергии для диссекции и коагуляции тканей. Наложение интракорпорального шва. Наложение аппаратного шва. Методикой безопасного наложения пневмоперитонеума. Овладеть методикой лапароцентеза.

Обучающийся должен знать: Варианты укладки больного в зависимости от вида операции.

Аппаратура для эндохирургии: осветительная лампа, камера. инсуффлятор, аспиратор-ирригатор, электрокоагулятор.

Методика наложения пневмоперитонеума, основные ошибки и осложнения. Техника диагностической лапароскопии, этапы исследования, диагностические ошибки.

Техника установки портов, варианты установки при повторных вмешательствах на органах брюшной полости.

Основные манипуляции во время вмешательства: создание экспозиции и фиксация органа, варианты мобилизации органа, методы рассечения тканей, коагуляция тканей, использование для коагуляции и мобилизации аппарата LigaShure и УЗ-скальпеля. Эндоскопический шов и методы сшивания тканей. Использование эндоскопических сшивающих аппаратов, техника и особенности применения.

Использование эндоскопических степлеров, техника и особенности применения.

Эндоскопический гемостаз, виды эндоскопического гемостаза, классификация состояния гемостаза по Форрест, возможности метода в лечении желудочно-кишечных кровотечений.

Обучающийся должен уметь: получить информацию о развитии и течении заболевания брюшной полости; выявить факторы риска развития острого хирургического заболевания аноректальной области, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного с острыми заболеваниями брюшной полости, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного с неотложными заболеваниями брюшной полости, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования при с заболеваниях брюшной полости (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить дифференцированный план обследования и лечения больного с заболеваниями брюшной полости, проводить его коррекцию в динамике;

Обучающийся должен владеть: методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с общехирургической патологией; методикой физикального осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клиничко-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного; методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Варианты укладки больного в зависимости от вида операции.
2. Аппаратура для эндохирургии: осветительная лампа, камера. инсуффлятор, аспиратор-ирригатор,

электрокоагулятор.

3. Методика наложения пневмоперитонеума, основные ошибки и осложнения. Техника диагностической лапароскопии, этапы исследования, диагностические ошибки.

4. Техника установки портов, варианты установки при повторных вмешательствах на органах брюшной полости.

5. Основные манипуляции во время вмешательства: создание экспозиции и фиксация органа, варианты мобилизации органа, методы рассечения тканей, коагуляция тканей, использование для коагуляции и мобилизации аппарата LigaShure и УЗ-скальпеля.

6. Эндоскопический шов и методы сшивания тканей. Использование эндоскопических сшивающих аппаратов, техника и особенности применения.

7. Использование эндоскопических степлеров, техника и особенности применения.

8. Эндоскопический гемостаз, виды эндоскопического гемостаза, классификация состояния гемостаза по Форрест, возможности метода в лечении желудочно-кишечных кровотечений.

2. Тестирование по теме занятия

1. К ПРЕИМУЩЕСТВАМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ

- а) малая травматичность
- б) короткие сроки пребывания в стационаре
- в) быстрое восстановление после операции
- г) меньшая продолжительность оперативного вмешательства*

2. НЕДОСТАТКАМИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) оптическое приближение зоны оперативного вмешательства
- б) искажение восприятия глубины раны*
- в) тяжесть и громоздкость лапароскопических инструментов
- г) значительная травматичность оперативного вмешательства

3. ДЛЯ СОЗДАНИЯ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- а) аквапуратор
- б) пушер
- в) Игла Вериша*
- г) троакар

4. ПРИ НАЛОЖЕНИИ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА НЕОБХОДИМО СОЗДАТЬ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ДАВЛЕНИЕ

- а) 3 атм.
- б) 5 мм.рт.ст.
- в) 20 мм.рт.ст.
- г) 13 мм.рт.ст.*

5. ЛАМПА КАКОГО ИСТОЧНИКА МОЖЕТ ПЕРЕГОРЕТЬ ВНЕЗАПНО

- а) галогенового
- б) ксенонового
- в) светодиодного
- г) металогаллоидного

6. ДЛЯ АКВАПУРАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЖИДКОСТЬ

- а) водопроводная вода
- б) физиологический раствор*
- в) Спирт медицинский
- г) раствор глюкозы

7. В СТАНДАРТНЫЙ НАБОР ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СТОЙКИ НЕ ВХОДИТ

- а) монитор
- б) источник холодного света
- в) устройство для видеозаписи*
- г) инсуффлятор

8. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ В ИЗОБРАЖЕНИИ ИЗБЫТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА БЛИКОВ, МЕШАЮЩИХ ХИРУРГУ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

- а) настроить «баланс белого» в опциях камеры или видеоблока
- б) проверить правильность подключения световода
- в) вручную повысить интенсивность в источнике света
- г) вручную снизить яркость в источнике света*

9. ПРИ МОНОПОЛЯРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ

- а) резиновая пластина
- б) одноразовая самоклеющаяся пластина
- в) металлическая пластина со смоченной физраствором марлевой прокладкой
- г) металлическая пластина смазанная электропроводящим гелем

10. ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ МОЖНО ИСПРАВИТЬ НЕКОРРЕКТНУЮ СВЕТОПЕРЕДАЧУ

- а) поменять лампочку в источнике света
- б) протереть оптику стерильной марлей
- в) Настроить « баланс белого» в опциях видеокамеры или видеоблока*
- г) обратиться за технической поддержкой к производителю

3. Практическая работа на семинаре:

Решение ситуационных задач

Задача 1.

Больной К., 41 года, поступил в клинику хирургических болезней из центральной районной больницы с жалобами на постоянные интенсивные тупые боли в эпигастрии, периодически боли носят опоясывающий характер, вздутие живота после приема пищи, похудание. кожный зуд. Периодические повышения температуры до субфебрильных цифр. Четыре месяца назад получил сильный удар ногой в эпигастральную область. Был госпитализирован в ЦРБ, где лечился в течение трех недель с Дз.: Закрытая травма живота. Проводилось лечение обезболивающими препаратами, спазмолитиками, в/в инфузиями кристаллоидов. Боли уменьшились, пациент самостоятельно ушел из больницы.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, шелушение кожи, расчесы. Пульс 84 в мин., АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание в легких везикулярное. Язык влажный. Живот участвует в дыхании. В эпигастральной области и левом подреберье определяется на глаз выбухание. При пальпации в этой области определяется плотноэластическое опухолевидное образование 15x15 см, несмещаемое, слегка болезненное с притуплением перкуторного звука над ним.

Из выписки истории болезни из ЦРБ перед направлением в клинику: Эритроциты - 4,5 млн., гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - 7,8 тыс, СОЭ - 19 мм.ч., билирубин - 17 мкмоль/л, амилаза крови 450 ед.

На представленных из ЦРБ рентгенограммах исследования желудка с взвесью бария видно, что в прямой проекции желудок увеличен в размерах, контрастированы 12-перстная кишка и начальные отделы тощей кишки, а на боковой рентгенограмме желудок резко отгеснен кпереди и несколько вверх по окружности большого диаметра, расстояние между позвоночником и задней стенкой желудка 14 см (резко увеличено).

- Ваш диагноз.
- Какое и инструментальное обследование необходимо провести больному для уточнения диагноза.
- Хирургическая тактика. и возможные виды оперативных вмешательств.
- Возможные виды оперативных вмешательств

Задача 2.

Больная К., 62 лет, поступила с жалобами на умеренные боли в правом подреберье без иррадиации, желтушность кожи. Больна в течение 7 дней, когда после приема жареной пищи появились интенсивные боли в правом подреберье, рвота желчью. После приема спазмолитиков боли уменьшились. На следующий день отметила мочу темного цвета, желтушность склер. При осмотре кожные покровы и склеры желтой окраски. Пульс 84 удара в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Температура тела 36,6 С. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Мейо-Ромбсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. В анализе крови – лейкоцитов $6,0 \times 10^9$, билирубин общий 212 мкмоль/л, прямой 180 мкмоль/л, амилаза крови 16 ед/л, АСТ 16 ед/л, АЛТ 30 ед/л.

- Какой предварительный диагноз Вы поставите?
- Какой генез желтухи Вы предполагаете?
- Выберите дополнительные методы обследования, которые позволят подтвердить диагноз.
- Выберите правильный вариант леченой тактики у данного больного.

Задача 3.

Больная М., 65 лет. Поступила в хирургическое отделение с жалобами на постоянные, тупые неинтенсивные боли в эпигастрии и правом подреберье, повышенную утомляемость, слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела, субфебрильную температуру по вечерам.

Больна в течение 4 месяцев. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отмечает постепенное нарастание клинических проявлений. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, питание несколько снижено, склеры субиктеричны. Со стороны органов грудной полости патологии не выявлено. Живот обычной формы, при пальпации отмечается умеренная болезненность в области правого

подреберья. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Край ее уплотнен, при пальпации слабо болезнен. При перкуссии живота патологических изменений не выявлено.

Лабораторные данные: ан.крови НЬ 107 г/л, Эр. 3,5x10⁹/л, лейкоц. 9,3x10⁹/л, формула без патологии, СОЭ 59 мм/ч. Биохимический анализ: общ.белок 56,8 г/л; билирубин: общ. 45,2 мкмоль/л, прям. 37,7 мкмоль/л. АСТ-48, АЛТ-39 (норма до 32). Кт печени: см. ниже. АФП –1056 мкг/л, реакция Кацони отрицательна, СА 19-9 – 14 ед/л.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования.

Задача 4.

Больная А., 19 лет. Предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, с иррадиацией в правое бедро и задний проход. Заболела накануне, когда появились разлитые боли по всему животу, однократная рвота, дважды жидкий стул. Температура тела 37,8⁰С. Объективно: сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга, положительный симптом Воскресенского справа, Ровзинга, Бартомье-Михельсона. Лабораторно: лейкоциты 18,1*10⁹*/л, сдвиг формулы влево. Заключение гинеколога: правосторонний сальпингоофорит. Пельвиоперитонит.

- 1.Ваша хирургическая тактика?
- 2.Объем операции

3. Практическая работа на практическом занятии:

- разбор клинических больных

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

3. Основные лапароскопические инструменты.
4. Лапароскопические инструменты доступа.
5. Стилеты атравматичные, пирамидальные, конусные.
6. Троякары клапанные и бесклапанные, игла Вереша (Veress).
7. Троякары для динамической лапароскопии, Фиксаторы троакаров, Торакопорты.
8. Вставки переходные, адаптеры, Расширители.
9. Лапароскопические инструменты для создания экспозиции.
10. Инструменты щипцовой группы, Ретракторы, Вспомогательные инструменты.
11. Лапароскопические инструменты для рассечения тканей: Ножницы.
12. Лапароскопические инструменты для ВЧ коагуляции тканей.
13. Монополярные электроды, Биполярные инструменты.
14. Лапароскопические инструменты для санации полостей: Аспираторы-ирригаторы.
15. Инструменты для удаления фрагментов тканей и органов.
16. Лапароскопические инструменты для соединения тканей.
17. Инструменты наложения лигатурного шва, Клипаторы, Эндоклиперы, Клипсапplikаторы, Гериостеплеры, Виды клипс.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.	3	+

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
-------	--------------	-----------	--------------------	---------------------------------	---------------

1	2	3	4	5	6
1	Проблемы эндохирургии желчекаменной болезни	С.Л. Лобанов Ю.С. Ханина	Чита: «Поиск», 2010. – 560с	1	
2	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	
3	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	
4	Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме	М.Ш. Хубутия П.А. Ярцева	ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 240 с. :		+
5	Микрохирургические технологии в абдоминальной хирургии.	Под ред. И.И. Когана, А.А. Третьякова	ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 192 с. :		+

Раздел 2. Техническое обеспечение видеолaparоскопических операций.

Тема 2.2: Техника безопасности при проведении видеолaparоскопических вмешательств. Понятие электротравмы. (семинар, практическое занятие)

Цель: Сформировать представление о оборудовании лапароскопической операционной. Узнать принципы работы оборудования: портов, инсуффлятора, моно- и биполярного электрода. Ознакомиться с основным лапароскопическим инструментарием: зажимами, иглодержателями, ретракторами, отсосом, инсуффлятором. Сформировать понятие о пневмоперитонеуме.

Задачи: сформировать знания по особенностям подготовки и предоперационного ведения хирургических больных. Понять оснащение и режим работы видеоэндохирургической операционной, виды и наборы эндохирургических приборов и инструментов, методы стерилизации. Овладение техникой эндовидеохирургического гемостаза. Сформировать следующие умения: применение различных источников энергии для диссекции и коагуляции тканей. Наложение интракорпорального шва. Наложение аппаратного шва. Методикой безопасного наложения пневмоперитонеума. Овладеть методикой лапароцентеза.

Обучающийся должен знать: Варианты укладки больного в зависимости от вида операции.

Аппаратура для эндохирургии: осветительная лампа, камера. инсуффлятор, аспиратор-ирригатор, электрокоагулятор.

Методика наложения пневмоперитонеума, основные ошибки и осложнения. Техника диагностической лапароскопии, этапы исследования, диагностические ошибки.

Техника установки портов, варианты установки при повторных вмешательствах на органах брюшной полости.

Основные манипуляции во время вмешательства: создание экспозиции и фиксация органа, варианты мобилизации органа, методы рассечения тканей, коагуляция тканей, использование для коагуляции и мобилизации аппарата LigaShure и УЗ-скальпеля. Эндоскопический шов и методы сшивания тканей. Использование эндоскопических сшивающих аппаратов, техника и особенности применения.

Использование эндоскопических степлеров, техника и особенности применения.

Эндоскопический гемостаз, виды эндоскопического гемостаза, классификация состояния гемостаза по Форрест, возможности метода в лечении желудочно-кишечных кровотечений.

Обучающийся должен уметь: получить информацию о развитии и течении заболевания брюшной полости; выявить факторы риска развития острого хирургического заболевания аноректальной области, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного с острыми заболеваниями брюшной полости, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного с неотложными заболеваниями брюшной полости, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования при с заболеваниями брюшной полости (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить дифференцированный план обследования и лечения больного с заболеваниями брюшной полости, проводить его коррекцию в динамике;

Обучающийся должен владеть: методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с общехирургической патологией; методикой физикального осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клиничко-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного;

методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Варианты укладки больного в зависимости от вида операции.
2. Аппаратура для эндохирургии: осветительная лампа, камера. инсуфлятор, аспиратор-ирригатор, электрокоагулятор.
3. Методика наложения пневмоперитонеума, основные ошибки и осложнения. Техника диагностической лапароскопии, этапы исследования, диагностические ошибки.
4. Техника установки портов, варианты установки при повторных вмешательствах на органах брюшной полости.
5. Основные манипуляции во время вмешательства: создание экспозиции и фиксация органа, варианты мобилизации органа, методы рассечения тканей, коагуляция тканей, использование для коагуляции и мобилизации аппарата LigaShure и УЗ-скальпеля.
6. Эндоскопический шов и методы сшивания тканей. Использование эндоскопических сшивающих аппаратов, техника и особенности применения.
7. Использование эндоскопических степлеров, техника и особенности применения.
8. Эндоскопический гемостаз, виды эндоскопического гемостаза, классификация состояния гемостаза по Форрест, возможности метода в лечении желудочно-кишечных кровотечений.

2. Тестирование по теме занятия

1. К ПРЕИМУЩЕСТВАМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ

- а) малая травматичность
- б) короткие сроки пребывания в стационаре
- в) быстрое восстановление после операции
- г) меньшая продолжительность оперативного вмешательства*

2. НЕДОСТАТКАМИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) оптическое приближение зоны оперативного вмешательства
- б) искажение восприятия глубины раны*
- в) тяжесть и громоздкость лапароскопических инструментов
- г) значительная травматичность оперативного вмешательства

3. ДЛЯ СОЗДАНИЯ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- а) аквапуратор
- б) пушер
- в) Игла Вериша*
- г) троакар

4. ПРИ НАЛОЖЕНИИ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА НЕОБХОДИМО СОЗДАТЬ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ДАВЛЕНИЕ

- а) 3 атм.
- б) 5 мм.рт.ст.
- в) 20 мм.рт. ст.
- г) 13 мм.рт.ст.*

5. ЛАМПА КАКОГО ИСТОЧНИКА МОЖЕТ ПЕРЕГОРЕТЬ ВНЕЗАПНО

- а) галогенового
- б) ксенонового
- в) светодиодного
- г) металогаллоидного

6. ДЛЯ АКВАПУРАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЖИДКОСТЬ

- а) водопроводная вода
- б) физиологический раствор*
- в) Спирт медицинский
- г) раствор глюкозы

7. В СТАНДАРТНЫЙ НАБОР ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СТОЙКИ НЕ ВХОДИТ

- а) монитор
- б) источник холодного света
- в) устройство для видеозаписи*
- г) инсуфлятор

8. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ В ИЗОБРАЖЕНИИ ИЗБЫТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА БЛИКОВ, МЕШАЮЩИХ ХИРУРГУ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

- а) настроить «баланс белого» в опциях камеры или видеоблока
- б) проверить правильность подключения световода
- в) вручную повысить интенсивность в источнике света
- г) вручную снизить яркость в источнике света*

9. ПРИ МОНОПОЛЯРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ

- а) резиновая пластина
- б) одноразовая самоклеющаяся пластина
- в) металлическая пластина со смоченной физраствором марлевой прокладкой
- г) металлическая пластина смазанная электропроводящим гелем

10. ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ МОЖНО ИСПРАВИТЬ НЕКОРРЕКТНУЮ СВЕТОПЕРЕДАЧУ

- а) поменять лампочку в источнике света
- б) протереть оптику стерильной марлей
- в) Настроить « баланс белого» в опциях видеокамеры или видеоблока*
- г) обратиться за технической поддержкой к производителю

3. Практическая работа на семинаре:

Решение ситуационных задач

Задача 1.

Больной К., 41 года, поступил в клинику хирургических болезней из центральной районной больницы с жалобами на постоянные интенсивные тупые боли в эпигастрии, периодически боли носят опоясывающий характер, вздутие живота после приема пищи, похудание. кожный зуд. Периодические повышения температуры до субфебрильных цифр. Четыре месяца назад получил сильный удар ногой в эпигастральную область. Был госпитализирован в ЦРБ, где лечился в течение трех недель с Дз.: Закрытая травма живота. Проводилось лечение обезболивающими препаратами, спазмолитиками, в/в инфузиями кристаллоидов. Боли уменьшились, пациент самостоятельно ушел из больницы.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, шелушение кожи, расчесы. Пульс 84 в мин., АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание в легких везикулярное. Язык влажный. Живот участвует в дыхании. В эпигастральной области и левом подреберье определяется на глаз выбухание. При пальпации в этой области определяется плотноэластическое опухолевидное образование 15x15 см, несмещаемое, слегка болезненное с притуплением перкуторного звука над ним.

Из выписки истории болезни из ЦРБ перед направлением в клинику: Эритроциты - 4,5 млн., гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - 7,8 тыс, СОЭ - 19 мм.ч., билирубин - 17 мкмоль/л, амилаза крови 450 ед.

На представленных из ЦРБ рентгенограммах исследования желудка с взвесью бария видно, что в прямой проекции желудок увеличен в размерах, контрастированы 12-перстная кишка и начальные отделы тощей кишки, а на боковой рентгенограмме желудок резко оттеснен кпереди и несколько вверх по окружности большого диаметра, расстояние между позвоночником и задней стенкой желудка 14 см (резко увеличено).

- Ваш диагноз.
- Какое и инструментальное обследование необходимо провести больному для уточнения диагноза.
- Хирургическая тактика. и возможные виды оперативных вмешательств.
- Возможные виды оперативных вмешательств

Задача 2.

Больная К., 62 лет, поступила с жалобами на умеренные боли в правом подреберье без иррадиации, желтушность кожи. Больна в течение 7 дней, когда после приема жареной пищи появились интенсивные боли в правом подреберье, рвота желчью. После приема спазмолитиков боли уменьшились. На следующий день отметила мочу темного цвета, желтушность склер. При осмотре кожные покровы и склеры желтой окраски. Пульс 84 удара в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Температура тела 36,6 С. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Мейо-Ромбсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. В анализе крови – лейкоцитов $6,0 \times 10^9$, билирубин общий 212 мкмоль/л, прямой 180 мкмоль/л, амилаза крови 16 ед/л, АСТ 16 ед/л, АЛТ 30 ед/л.

- Какой предварительный диагноз Вы поставите?
- Какой генез желтухи Вы предполагаете?
- Выберите дополнительные методы обследования, которые позволят подтвердить диагноз.
- Выберите правильный вариант леченой тактики у данного больного.

Задача 3.

Больная М., 65 лет. Поступила в хирургическое отделение с жалобами на постоянные, тупые неинтенсивные боли в эпигастрии и правом подреберье, повышенную утомляемость, слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела, субфебрильную температуру по вечерам.

Больна в течение 4 месяцев. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отмечает постепенное нарастание клинических проявлений. При осмотре состоянии средней тяжести. Кожные покровы бледные, питание несколько снижено, склеры субиктеричны. Со стороны органов грудной полости патологии не выявлено. Живот обычной формы, при пальпации отмечается умеренная болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Край ее уплотнен, при пальпации слабо болезнен. При перкуссии живота патологических изменений не выявлено.

Лабораторные данные: ан.крови НЬ 107 г/л, Эр. $3,5 \times 10^9$ /л, лейкоц. $9,3 \times 10^9$ /л, формула без патологии, СОЭ 59 мм/ч. Биохимический анализ: общ.белок 56,8 г/л; билирубин: общ. 45,2 мкмоль/л, прям. 37,7 мкмоль/л. АСТ-48, АЛТ-39 (норма до 32). Кт печени: см. ниже. АФП –1056 мкг/л, реакция Кацони отрицательна, СА 19-9 – 14 ед/л.

3. Ваш предположительный диагноз.

4. Дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования.

Задача 4.

Больная А., 19 лет. Предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, с иррадиацией в правое бедро и задний проход. Заболела накануне, когда появились разлитые боли по всему животу, однократная рвота, дважды жидкий стул. Температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$. Объективно: сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга, положительный симптом Воскресенского справа, Ровзинга, Бартомье-Михельсона.

Лабораторно: лейкоциты $18,1 \times 10^9$ */л, сдвиг формулы влево. Заключение гинеколога: правосторонний сальпингоофорит. Пельвиоперитонит.

1.Ваша хирургическая тактика?

2.Объем операции

3. Практическая работа на практическом занятии:

- разбор клинических больных

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

18. Основные лапароскопические инструменты.

19. Лапароскопические инструменты доступа.

20. Стилеты атравматичные, пирамидальные, конусные.

21. Троякары клапанные и бесклапанные, игла Вереша (Veress).

22. Троякары для динамической лапароскопии, Фиксаторы троакаров, Торакопорты.

23. Вставки переходные, адаптеры, Расширители.

24. Лапароскопические инструменты для создания экспозиции.

25. Инструменты щипцовой группы, Ретракторы, Вспомогательные инструменты.

26. Лапароскопические инструменты для рассечения тканей: Ножницы.

27. Лапароскопические инструменты для ВЧ коагуляции тканей.

28. Монополярные электроды, Биполярные инструменты.

29. Лапароскопические инструменты для санации полостей: Аспираторы-ирригаторы.

30. Инструменты для удаления фрагментов тканей и органов.

31. Лапароскопические инструменты для соединения тканей.

32. Инструменты наложения лигатурного шва, Клипаторы, Эндоклиперы, Клипсапликаторы, Герниостеплеры, Виды клипс.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное	Савельев В.С. Кириенко	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.	3	+

	руководство. Том 3.	А.И			
--	---------------------	-----	--	--	--

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Проблемы эндохирургии желчекаменной болезни	С.Л. Лобанов Ю.С. Ханина	Чита: «Поиск», 2010. – 560с	1	
2	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	
3	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	
4	Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме	М.Ш. Хубутя П.А. Ярцева	ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 240 с. :		+
5	Микрохирургические технологии в абдоминальной хирургии.	Под ред. И.И. Когана, А.А. Третьякова	ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 192 с. :		+

Раздел 2. Техническое обеспечение видеолaparоскопических операций.

Тема 2.3: Типичные ошибки и осложнения лапароскопий. Понятие конверсии. Показания и противопоказания для лапароскопических операций. (семинар, практическое занятие)

Цель: Сформировать представление о оборудовании лапароскопической операционной. Узнать принципы работы оборудования: портов, инсуффлятора, моно- и биполярного электрода. Ознакомиться с основным лапароскопическим инструментарием: зажимами, иглодержателями, ретракторами, отсосом, инсуффлятором. Сформировать понятие о пневмоперитонеуме.

Задачи: сформировать знания по особенностям подготовки и предоперационного ведения хирургических больных. Понять оснащение и режим работы видеоэндохирургической операционной, виды и наборы эндохирургических приборов и инструментов, методы стерилизации. Овладение техникой эндовидеохирургического гемостаза. Сформировать следующие умения: применение различных источников энергии для диссекции и коагуляции тканей. Наложение интракорпорального шва. Наложение аппаратного шва. Методикой безопасного наложения пневмоперитонеума. Овладеть методикой лапароцентеза.

Обучающийся должен знать: Варианты укладки больного в зависимости от вида операции.

Аппаратура для эндохирургии: осветительная лампа, камера. инсуффлятор, аспиратор-ирригатор, электрокоагулятор.

Методика наложения пневмоперитонеума, основные ошибки и осложнения. Техника диагностической лапароскопии, этапы исследования, диагностические ошибки.

Техника установки портов, варианты установки при повторных вмешательствах на органах брюшной полости.

Основные манипуляции во время вмешательства: создание экспозиции и фиксация органа, варианты мобилизации органа, методы рассечения тканей, коагуляция тканей, использование для коагуляции и мобилизации аппарата LigaShure и УЗ-скальпеля. Эндоскопический шов и методы сшивания тканей. Использование эндоскопических сшивающих аппаратов, техника и особенности применения.

Использование эндоскопических степлеров, техника и особенности применения.

Эндоскопический гемостаз, виды эндоскопического гемостаза, классификация состояния гемостаза по Форрест, возможности метода в лечении желудочно-кишечных кровотечений.

Обучающийся должен уметь: получить информацию о развитии и течении заболевания брюшной полости; выявить факторы риска развития острого хирургического заболевания аноректальной области, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного с острыми заболеваниями брюшной полости, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного с неотложными заболеваниями брюшной полости, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования при с заболеваниями брюшной полости (лабораторных, рентгенологических,

эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить дифференцированный план обследования и лечения больного с заболеваниями брюшной полости, проводить его коррекцию в динамике;

Обучающийся должен владеть: методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с общехирургической патологией; методикой физикального осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клинико-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного; методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Варианты укладки больного в зависимости от вида операции.
2. Аппаратура для эндохирургии: осветительная лампа, камера. инсуфлятор, аспиратор-ирригатор, электрокоагулятор.
3. Методика наложения пневмоперитонеума, основные ошибки и осложнения. Техника диагностической лапароскопии, этапы исследования, диагностические ошибки.
4. Техника установки портов, варианты установки при повторных вмешательствах на органах брюшной полости.
5. Основные манипуляции во время вмешательства: создание экспозиции и фиксация органа, варианты мобилизации органа, методы рассечения тканей, коагуляция тканей, использование для коагуляции и мобилизации аппарата LigaShure и УЗ-скальпеля.
6. Эндоскопический шов и методы сшивания тканей. Использование эндоскопических сшивающих аппаратов, техника и особенности применения.
7. Использование эндоскопических степлеров, техника и особенности применения.
8. Эндоскопический гемостаз, виды эндоскопического гемостаза, классификация состояния гемостаза по Форрест, возможности метода в лечении желудочно-кишечных кровотечений.

2. Тестирование по теме занятия

1. К ПРЕИМУЩЕСТВАМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ

- а) малая травматичность
- б) короткие сроки пребывания в стационаре
- в) быстрое восстановление после операции
- г) меньшая продолжительность оперативного вмешательства*

2. НЕДОСТАТКАМИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) оптическое приближение зоны оперативного вмешательства
- б) искажение восприятия глубины раны*
- в) тяжесть и громоздкость лапароскопических инструментов
- г) значительная травматичность оперативного вмешательства

3. ДЛЯ СОЗДАНИЯ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- а) аквапуратор
- б) пушер
- в) Игла Вериша*
- г) троакар

4. ПРИ НАЛОЖЕНИИ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА НЕОБХОДИМО СОЗДАТЬ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ДАВЛЕНИЕ

- а) 3 атм.
- б) 5 мм.рт.ст.
- в) 20 мм.рт. ст.
- г) 13 мм.рт.ст.*

5. ЛАМПА КАКОГО ИСТОЧНИКА МОЖЕТ ПЕРЕГОРЕТЬ ВНЕЗАПНО

- а) галогенового
- б) ксенонового
- в) светодиодного
- г) металогаллоидного

6. ДЛЯ АКВАПУРАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЖИДКОСТЬ

- а) водопроводная вода
- б) физиологический раствор*
- в) Спирт медицинский
- г) раствор глюкозы

7. В СТАНДАРТНЫЙ НАБОР ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СТОЙКИ НЕ ВХОДИТ

- а) монитор
- б) источник холодного света
- в) устройство для видеозаписи*
- г) инсуффлятор

8. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ В ИЗОБРАЖЕНИИ ИЗБЫТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА БЛИКОВ, МЕШАЮЩИХ ХИРУРГУ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

- а) настроить «баланс белого» в опциях камеры или видеоблока
- б) проверить правильность подключения световода
- в) вручную повысить интенсивность в источнике света
- г) вручную снизить яркость в источнике света*

9. ПРИ МОНОПОЛЯРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ

- а) резиновая пластина
- б) одноразовая самоклеющаяся пластина
- в) металлическая пластина со смоченной физраствором марлевой прокладкой
- г) металлическая пластина смазанная электропроводящим гелем

10. ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ МОЖНО ИСПРАВИТЬ НЕКОРРЕКТНУЮ СВЕТОПЕРЕДАЧУ

- а) поменять лампочку в источнике света
- б) протереть оптику стерильной марлей
- в) Настроить « баланс белого» в опциях видеокамеры или видеоблока*
- г) обратиться за технической поддержкой к производителю

3. Практическая работа на семинаре:

Решение ситуационных задач

Задача 1.

Больной К., 41 года, поступил в клинику хирургических болезней из центральной районной больницы с жалобами на постоянные интенсивные тупые боли в эпигастрии, периодически боли носят опоясывающий характер, вздутие живота после приема пищи, похудание. кожный зуд. Периодические повышения температуры до субфебрильных цифр. Четыре месяца назад получил сильный удар ногой в эпигастральную область. Был госпитализирован в ЦРБ, где лечился в течение трех недель с Дз.: Закрытая травма живота. Проводилось лечение обезболивающими препаратами, спазмолитиками, в/в инфузиями кристаллоидов. Боли уменьшились, пациент самостоятельно ушел из больницы.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, шелушение кожи, расчесы. Пульс 84 в мин., АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание в легких везикулярное. Язык влажный. Живот участвует в дыхании. В эпигастральной области и левом подреберье определяется на глаз выбухание. При пальпации в этой области определяется плотное эластическое опухолевидное образование 15x15 см, несмещаемое, слегка болезненное с притуплением перкуторного звука над ним.

Из выписки истории болезни из ЦРБ перед направлением в клинику: Эритроциты - 4,5 млн., гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - 7,8 тыс, СОЭ - 19 мм.ч., билирубин - 17 мкмоль/л, амилаза крови 450 ед.

На представленных из ЦРБ рентгенограммах исследования желудка с взвесью бария видно, что в прямой проекции желудок увеличен в размерах, контрастированы 12-перстная кишка и начальные отделы тощей кишки, а на боковой рентгенограмме желудок резко отнесен кпереди и несколько вверх по окружности большого диаметра, расстояние между позвоночником и задней стенкой желудка 14 см (резко увеличено).

- Ваш диагноз.
- Какое и инструментальное обследование необходимо провести больному для уточнения диагноза.
- Хирургическая тактика. и возможные виды оперативных вмешательств.
- Возможные виды оперативных вмешательств

Задача 2.

Больная К., 62 лет, поступила с жалобами на умеренные боли в правом подреберье без иррадиации, желтушность кожи. Больна в течение 7 дней, когда после приема жареной пищи появились интенсивные боли в правом подреберье, рвота желчью. После приема спазмолитиков боли уменьшились. На следующий день отметила мочу темного цвета, желтушность склер. При осмотре кожные покровы и склеры желтой окраски. Пульс 84 удара в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Температура тела 36,6 С. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Мейо-Ромбсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. В анализе крови – лейкоцитов $6,0 \times 10^9$, билирубин общий 212 мкмоль/л, прямой 180 мкмоль/л, амилаза крови 16 ед/л, АСТ 16 ед/л, АЛТ 30 ед/л.

- Какой предварительный диагноз Вы поставите?

- Какой генез желтухи Вы предполагаете?
- Выберите дополнительные методы обследования, которые позволят подтвердить диагноз.
- Выберите правильный вариант леченой тактики у данного больного.

Задача 3.

Больная М., 65 лет. Поступила в хирургическое отделение с жалобами на постоянные, тупые неинтенсивные боли в эпигастрии и правом подреберья, повышенную утомляемость, слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела, субфебрильную температуру по вечерам.

Больна в течение 4 месяцев. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отмечает постепенное нарастание клинических проявлений. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, питание несколько снижено, склеры субиктеричны. Со стороны органов грудной полости патологии не выявлено. Живот обычной формы, при пальпации отмечается умеренная болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Край ее уплотнен, при пальпации слабо болезнен. При перкуссии живота патологических изменений не выявлено.

Лабораторные данные: ан.крови НЬ 107 г/л, Эр. $3,5 \times 10^9$ /л, лейкоц. $9,3 \times 10^9$ /л, формула без патологии, СОЭ 59 мм/ч. Биохимический анализ: общ.белок 56,8 г/л; билирубин: общ. 45,2 мкмоль/л, прям. 37,7 мкмоль/л. АСТ-48, АЛТ-39 (норма до 32). Кт печени: см. ниже. АФП –1056 мкг/л, реакция Кацони отрицательна, СА 19-9 – 14 ед/л.

5. Ваш предположительный диагноз.

6. Дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования.

Задача 4.

Больная А., 19 лет. Предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, с иррадиацией в правое бедро и задний проход. Заболела накануне, когда появились разлитые боли по всему животу, однократная рвота, дважды жидкий стул. Температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$. Объективно: сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга, положительный симптом Воскресенского справа, Ровзинга, Бартомье-Михельсона.

Лабораторно: лейкоциты $18,1 \times 10^9$ */л, сдвиг формулы влево. Заключение гинеколога: правосторонний сальпингоофорит. Пельвиоперитонит.

1.Ваша хирургическая тактика?

2.Объем операции

3. Практическая работа на практическом занятии:

- разбор клинических больных

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Основные лапароскопические инструменты.
2. Лапароскопические инструменты доступа.
3. Стилеты атравматичные, пирамидальные, конусные.
4. Троякары клапанные и бесклапанные, игла Вереща (Veress).
5. Троякары для динамической лапароскопии, Фиксаторы троакаров, Троякопорты.
6. Вставки переходные, адаптеры, Расширители.
7. Лапароскопические инструменты для создания экспозиции.
8. Инструменты щипцовой группы, Ретракторы, Вспомогательные инструменты.
9. Лапароскопические инструменты для рассечения тканей: Ножницы.
10. Лапароскопические инструменты для ВЧ коагуляции тканей.
11. Монополярные электроды, Биполярные инструменты.
12. Лапароскопические инструменты для санации полостей: Аспираторы-ирригаторы.
13. Инструменты для удаления фрагментов тканей и органов.
14. Лапароскопические инструменты для соединения тканей.
15. Инструменты наложения лигатурного шва, Клипаторы, Эндоклиперы, Клипсапplikаторы, Герниостеплеры, Виды клипс.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+

2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.	3	+

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Проблемы эндохирургии желчекаменной болезни	С.Л. Лобанов Ю.С. Ханина	Чита: «Поиск», 2010. – 560с	1	
2	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	
3	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	
4	Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме	М.Ш. Хубутя П.А. Ярцева	ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 240 с. :		+
5	Микрохирургические технологии в абдоминальной хирургии.	Под ред. И.И. Когана, А.А. Третьякова	ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 192 с. :		+

Раздел 3. Частные вопросы видеолапароскопической хирургии

Тема 3.1: Технические особенности диагностической лапароскопии. Оценка результатов. Ошибки при проведении. Противопоказания. (семинар, практическое занятие)

Цель: подготовка квалифицированного врача – хирурга способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности при оказании первичной и специализированной медицинской помощи, в том числе с помощью видеолапароскопических технологий.

Задачи: сформировать знания по общим и специальным методам операций: Лапароскопическая резекция участка кишки, принципы мобилизации и варианты анастомозирования.

Лапароскопическая резекция желудка, показания и возможности метода, техника и этапы операции.

Лапароскопическая гастрэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.

Лапароскопическая ПДР, показания и возможности метода, техника и этапы операции.

Лапароскопическая эзофагэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.

Обучающийся должен знать: Лапароскопическая резекция участка кишки, принципы мобилизации и варианты анастомозирования. Лапароскопическая резекция желудка, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Лапароскопическая гастрэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Лапароскопическая ПДР, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Лапароскопическая эзофагэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Этапы выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите. Техника выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической холецистэктомии. Этапы выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Техника выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической аппендэктомии.

Обучающийся должен уметь: получить информацию о развитии и течении заболевания брюшной полости; выявить факторы риска развития острого хирургического заболевания аноректальной области, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного с острыми заболеваниями брюшной полости, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного с неотложными заболеваниями брюшной полости, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования при заболеваниях брюшной полости (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить

дифференцированный план обследования и лечения больного с заболеваниями брюшной полости, проводить его коррекцию в динамике;

Обучающийся должен владеть: методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с общехирургической патологией; методикой физикального осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клинико-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного; методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Лапароскопическая резекция участка кишки, принципы мобилизации и варианты анастомозирования.
2. Лапароскопическая резекция желудка, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
3. Лапароскопическая гастрэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
4. Лапароскопическая ПДР, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
5. Лапароскопическая эзофагэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
6. Этапы выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите.
7. Техника выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической холецистэктомии.
8. Этапы выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Техника выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической аппендэктомии.

2. Тестирование по теме занятия

1. К ПРЕИМУЩЕСТВАМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ

- а) малая травматичность
- б) короткие сроки пребывания в стационаре
- в) быстрое восстановление после операции
- г) меньшая продолжительность оперативного вмешательства*

2. НЕДОСТАТКАМИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) оптическое приближение зоны оперативного вмешательства
- б) искажение восприятия глубины раны*
- в) тяжесть и громоздкость лапароскопических инструментов
- г) значительная травматичность оперативного вмешательства

3. ДЛЯ СОЗДАНИЯ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- а) аквапуратор
- б) пушер
- в) Игла Верриша*
- г) троакар

4. ПРИ НАЛОЖЕНИИ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА НЕОБХОДИМО СОЗДАТЬ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ДАВЛЕНИЕ

- а) 3 атм.
- б) 5 мм.рт.ст.
- в) 20 мм.рт.ст.
- г) 13 мм.рт.ст.*

5. ЛАМПА КАКОГО ИСТОЧНИКА МОЖЕТ ПЕРЕГОРЕТЬ ВНЕЗАПНО

- а) галогенового
- б) ксенонового
- в) светодиодного
- г) металогаллоидного

6. ДЛЯ АКВАПУРАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЖИДКОСТЬ

- а) водопроводная вода
- б) физиологический раствор*
- в) Спирт медицинский
- г) раствор глюкозы

7. В СТАНДАРТНЫЙ НАБОР ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СТОЙКИ НЕ ВХОДИТ

- а) монитор
- б) источник холодного света

- в)устройство для видеозаписи*
- г)инсуффлятор

8. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ В ИЗОБРАЖЕНИИ ИЗБЫТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА БЛИКОВ, МЕШАЮЩИХ ХИРУРГУ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

- а)настроить «баланс белого» в опциях камеры или видеоблока
- б) проверить правильность подключения световода
- в)вручную повысить интенсивность в источнике света
- г) вручную снизить яркость в источнике света*

9. ПРИ МОНОПОЛЯРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ

- а) резиновая пластина
- б)одноразовая самоклеющаяся пластина
- в)металлическая пластина со смоченной физраствором марлевой прокладкой
- г)металлическая пластина смазанная электропроводящим гелем

3. Практическая работа на семинаре:

Решение ситуационных задач

Задача 1.

Больной К., 41 года, поступил в клинику хирургических болезней из центральной районной больницы с жалобами на постоянные интенсивные тупые боли в эпигастрии, периодически боли носят опоясывающий характер, вздутие живота после приема пищи, похудание. кожный зуд. Периодические повышения температуры до субфебрильных цифр. Четыре месяца назад получил сильный удар ногой в эпигастральную область. Был госпитализирован в ЦРБ, где лечился в течение трех недель с Дз.: Закрытая травма живота. Проводилось лечение обезболивающими препаратами, спазмолитиками, в/в инфузиями кристаллоидов. Боли уменьшились, пациент самостоятельно ушел из больницы.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, шелушение кожи, расчесы. Пульс 84 в мин., АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание в легких везикулярное. Язык влажный. Живот участвует в дыхании. В эпигастральной области и левом подреберье определяется на глаз выбухание. При пальпации в этой области определяется плотноэластическое опухолевидное образование 15x15 см, несмещаемое, слегка болезненное с притуплением перкуторного звука над ним.

Из выписки истории болезни из ЦРБ перед направлением в клинику: Эритроциты - 4,5 млн., гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - 7,8 тыс, СОЭ - 19 мм.ч., билирубин - 17 мкмоль/л, амилаза крови 450 ед.

На представленных из ЦРБ рентгенограммах исследования желудка с взвесью бария видно, что в прямой проекции желудок увеличен в размерах, контрастированы 12-перстная кишка и начальные отделы тощей кишки, а на боковой рентгенограмме желудок резко отнесен кпереди и несколько вверх по окружности большого диаметра, расстояние между позвоночником и задней стенкой желудка 14 см (резко увеличено).

- Ваш диагноз.
- Какое и инструментальное обследование необходимо провести больному для уточнения диагноза.
- Хирургическая тактика. и возможные виды оперативных вмешательств.
- Возможные виды оперативных вмешательств

Задача 2.

Больная К., 62 лет, поступила с жалобами на умеренные боли в правом подреберье без иррадиации, желтушность кожи. Больна в течение 7 дней, когда после приема жареной пищи появились интенсивные боли в правом подреберье, рвота желчью. После приема спазмолитиков боли уменьшились. На следующий день отметила мочу темного цвета, желтушность склер. При осмотре кожные покровы и склеры желтой окраски. Пульс 84 удара в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Температура тела 36,6 С. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Мейо-Ромбсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. В анализе крови – лейкоцитов $6,0 \times 10^9$, билирубин общий 212 мкмоль/л, прямой 180 мкмоль/л, амилаза крови 16 ед/л, АСТ 16 ед/л, АЛТ 30 ед/л.

Какой предварительный диагноз Вы поставите?

Какой генез желтухи Вы предполагаете?

Выберите дополнительные методы обследования, которые позволят подтвердить диагноз.

Выберите правильный вариант леченой тактики у данного больного.

Задача 3.

Больная М., 65 лет. Поступила в хирургическое отделение с жалобами на постоянные, тупые неинтенсивные боли в эпигастрии и правом подреберье, повышенную утомляемость, слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела, субфебрильную температуру по вечерам.

Больна в течение 4 месяцев. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отмечает постепенное нарастание клинических проявлений. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, питание несколько снижено, склеры субиктеричны. Со стороны органов грудной полости патологии не

выявлено. Живот обычной формы, при пальпации отмечается умеренная болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Край ее уплотнен, при пальпации слабо болезнен. При перкуссии живота патологических изменений не выявлено.

Лабораторные данные: ан.крови НЬ 107 г/л, Эр. 3,5х10 /л, лейко. 9,3х10⁹/л, формула без патологии, СОЭ 59 мм/ч. Биохимический анализ: общ.белок 56,8 г/л; билирубин: общ. 45,2 мкмоль/л, прям. 37,7 мкмоль/л. АСТ-48, АЛТ-39 (норма до 32). Кт печени: см. ниже. АФП –1056 мкг/л, реакция Кацони отрицательна, СА 19-9 – 14 ед/л.

Ваш предположительный диагноз.

Дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования.

3. Практическая работа на практическом занятии:

- разбор клинических больных

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме:

1. Этапы выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите.
2. Техника выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите.
3. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической холецистэктомии.

2) Вопросы для самоконтроля

1. Оснащение и режим работы видеондехирургической операционной, виды и наборы эндохирургических приборов и инструментов, методы стерилизации.
2. Овладение техникой эндовидеохирургического гемостаза.
3. Применение различных источников энергии для диссекции и коагуляции тканей.
4. Наложение интракорпорального шва. Наложение аппаратного шва.
5. Методика безопасного наложения пневмоперитонеума. Методика лапароцентеза.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.	3	+

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Проблемы эндохирургии желчекаменной болезни	С.Л. Лобанов Ю.С. Ханина	Чита: «Поиск»,2010. – 560с	1	
2	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	
3	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	
4	Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме	М.Ш. Хубутия П.А. Ярцева	ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 240 с. :		+

5	Микрохирургические технологии в абдоминальной хирургии.	Под ред. И.И. Когана, А.А. Третьякова	ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 192 с. :		+
---	---	---------------------------------------	---------------------------------	--	---

Раздел 3. Частные вопросы видеолaparоскопической хирургии

Тема 3.2: Техника видеолaparоскопической биопсии паренхиматозных органов, брюшины и сальника. Методика гемостаза (семинар, практическое занятие)

Цель: подготовка квалифицированного врача – хирурга способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности при оказании первичной и специализированной медицинской помощи, в том числе с помощью видеолaparоскопических технологий.

Задачи: сформировать знания по общим и специальным методам операций: Лапароскопическая резекция участка кишки, принципы мобилизации и варианты анастомозирования.

Лапароскопическая резекция желудка, показания и возможности метода, техника и этапы операции..

Лапароскопическая гастрэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.

Лапароскопическая ПДР, показания и возможности метода, техника и этапы операции.

Лапароскопическая эзофагэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.

Обучающийся должен знать: Лапароскопическая резекция участка кишки, принципы мобилизации и варианты анастомозирования. Лапароскопическая резекция желудка, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Лапароскопическая гастрэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Лапароскопическая ПДР, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Лапароскопическая эзофагэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Этапы выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите. Техника выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической холецистэктомии. Этапы выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Техника выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической аппендэктомии.

Обучающийся должен уметь: получить информацию о развитии и течении заболевания брюшной полости; выявить факторы риска развития острого хирургического заболевания аноректальной области, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного с острыми заболеваниями брюшной полости, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного с неотложными заболеваниями брюшной полости, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования при заболеваниях брюшной полости (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить дифференцированный план обследования и лечения больного с заболеваниями брюшной полости, проводить его коррекцию в динамике;

Обучающийся должен владеть: методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с общехирургической патологией; методикой физикального осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клинико-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного; методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- Лапароскопическая резекция участка кишки, принципы мобилизации и варианты анастомозирования.
- Лапароскопическая резекция желудка, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
- Лапароскопическая гастрэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
- Лапароскопическая ПДР, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
- Лапароскопическая эзофагэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
- Этапы выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите.
- Техника выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической холецистэктомии.
- Этапы выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Техника выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической аппендэктомии.

2. Тестирование по теме занятия

1. К ПРЕИМУЩЕСТВАМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ

- малая травматичность
- короткие сроки пребывания в стационаре
- быстрое восстановление после операции
- меньшая продолжительность оперативного вмешательства*

2. НЕДОСТАТКАМИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) оптическое приближение зоны оперативного вмешательства
- б) искажение восприятия глубины раны*
- в) тяжесть и громоздкость лапароскопических инструментов
- г) значительная травматичность оперативного вмешательства

3. ДЛЯ СОЗДАНИЯ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- а) аквапуратор
- б) пушер
- в) Игла Верриша*
- г) троакар

4. ПРИ НАЛОЖЕНИИ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА НЕОБХОДИМО СОЗДАТЬ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ДАВЛЕНИЕ

- а) 3 атм.
- б) 5 мм.рт.ст.
- в) 20 мм.рт. ст.
- г) 13 мм.рт.ст.*

5. ЛАМПА КАКОГО ИСТОЧНИКА МОЖЕТ ПЕРЕГОРЕТЬ ВНЕЗАПНО

- а) галогенового
- б) ксенонового
- в) светодиодного
- г) металлогаллоидного

6. ДЛЯ АКВАПУРАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЖИДКОСТЬ

- а) водопроводная вода
- б) физиологический раствор*
- в) Спирт медицинский
- г) раствор глюкозы

7. В СТАНДАРТНЫЙ НАБОР ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СТОЙКИ НЕ ВХОДИТ

- а) монитор
- б) источник холодного света
- в) устройство для видеозаписи*
- г) инсуффлятор

8. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ В ИЗОБРАЖЕНИИ ИЗБЫТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА БЛИКОВ, МЕШАЮЩИХ ХИРУРГУ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

- а) настроить «баланс белого» в опциях камеры или видеоблока
- б) проверить правильность подключения световода
- в) вручную повысить интенсивность в источнике света
- г) вручную снизить яркость в источнике света*

9. ПРИ МОНОПОЛЯРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ

- а) резиновая пластина
- б) одноразовая самоклеющаяся пластина
- в) металлическая пластина со смоченной физраствором марлевой прокладкой
- г) металлическая пластина смазанная электропроводящим гелем

3. Практическая работа на семинаре:

Решение ситуационных задач

Задача 1.

Больной К., 41 года, поступил в клинику хирургических болезней из центральной районной больницы с жалобами на постоянные интенсивные тупые боли в эпигастрии, периодически боли носят опоясывающий характер, вздутие живота после приема пищи, похудание. кожный зуд. Периодические повышения температуры до субфебрильных цифр. Четыре месяца назад получил сильный удар ногой в эпигастральную область. Был госпитализирован в ЦРБ, где лечился в течение трех недель с Дз.: Закрытая травма живота. Проводилось лечение обезболивающими препаратами, спазмолитиками, в/в инфузиями кристаллоидов. Боли уменьшились, пациент самостоятельно ушел из больницы.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, шелушение кожи, расчесы. Пульс 84 в мин., АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание в легких везикулярное. Язык влажный. Живот участвует в дыхании. В эпигастральной области и левом

подреберье определяется на глаз выбухание. При пальпации в этой области определяется плотноэластическое опухолевидное образование 15x15 см, несмещаемое, слегка болезненное с притуплением перкуторного звука над ним.

Из выписки истории болезни из ЦРБ перед направлением в клинику: Эритроциты - 4,5 млн., гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - 7,8 тыс, СОЭ - 19 мм.ч., билирубин - 17 мкмоль/л, амилаза крови 450 ед.

На представленных из ЦРБ рентгенограммах исследования желудка с взвесью бария видно, что в прямой проекции желудок увеличен в размерах, контрастированы 12-перстная кишка и начальные отделы тощей кишки, а на боковой рентгенограмме желудок резко отнесен кпереди и несколько вверх по окружности большого диаметра, расстояние между позвоночником и задней стенкой желудка 14 см (резко увеличено).

- Ваш диагноз.
- Какое и инструментальное обследование необходимо провести больному для уточнения диагноза.
- Хирургическая тактика. и возможные виды оперативных вмешательств.
- Возможные виды оперативных вмешательств

Задача 2.

Больная К., 62 лет, поступила с жалобами на умеренные боли в правом подреберье без иррадиации, желтушность кожи. Больна в течение 7 дней, когда после приема жареной пищи появились интенсивные боли в правом подреберье, рвота желчью. После приема спазмолитиков боли уменьшились. На следующий день отметила мочу темного цвета, желтушность склер. При осмотре кожные покровы и склеры желтой окраски. Пульс 84 удара в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Температура тела 36,6 С. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Мейо-Ромбсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. В анализе крови – лейкоцитов 6,0x10⁹/л, билирубин общий 212 мкмоль/л, прямой 180 мкмоль/л, амилаза крови 16 ед/л, АСТ 16 ед/л, АЛТ 30 ед/л.

Какой предварительный диагноз Вы поставите?

Какой генез желтухи Вы предполагаете?

Выберите дополнительные методы обследования, которые позволят подтвердить диагноз.

Выберите правильный вариант леченой тактики у данного больного.

Задача 3.

Больная М., 65 лет. Поступила в хирургическое отделение с жалобами на постоянные, тупые неинтенсивные боли в эпигастрии и правом подреберья, повышенную утомляемость, слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела, субфебрильную температуру по вечерам.

Больна в течение 4 месяцев. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отмечает постепенное нарастание клинических проявлений. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, питание несколько снижено, склеры субиктеричны. Со стороны органов грудной полости патологии не выявлено. Живот обычной формы, при пальпации отмечается умеренная болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Край ее уплотнен, при пальпации слабо болезнен. При перкуссии живота патологических изменений не выявлено.

Лабораторные данные: ан.крови НЬ 107 г/л, Эр. 3,5x10¹⁰ /л, лейкоц. 9,3x10⁹/л, формула без патологии, СОЭ 59 мм/ч. Биохимический анализ: общ.белок 56,8 г/л; билирубин: общ. 45,2 мкмоль/л, прям. 37,7 мкмоль/л. АСТ-48, АЛТ-39 (норма до 32). Кт печени: см. ниже. АФП –1056 мкг/л, реакция Кацони отрицательна, СА 19-9 – 14 ед/л.

Ваш предположительный диагноз.

Дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования.

3. Практическая работа на практическом занятии:

- разбор клинических больных

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме:

1. Этапы выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите.
2. Техника выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите.
3. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической холецистэктомии.

2) Вопросы для самоконтроля

1. Оснащение и режим работы видеоэндохирургической операционной, виды и наборы эндохирургических приборов и инструментов, методы стерилизации.
2. Овладение техникой эндовидеохирургического гемостаза.
3. Применение различных источников энергии для диссекции и коагуляции тканей.
4. Наложение интракорпорального шва. Наложение аппаратного шва.
5. Методика безопасного наложения пневмоперитонеума. Методика лапароцентеза.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.	3	+

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Проблемы эндохирургии желчекаменной болезни	С.Л. Лобанов Ю.С. Ханина	Чита: «Поиск»,2010. – 560с	1	
2	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	
3	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	
4	Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме	М.Ш. Хубутя П.А. Ярцева	ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 240 с. :		+
5	Микрохирургические технологии в абдоминальной хирургии.	Под ред. И.И. Когана, А.А. Третьякова	ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 192 с. :		+

Раздел 3. Частные вопросы видеолaparоскопической хирургии

Тема 3.3: Видеолaparоскопическая симеотика ургентных заболеваний органов брюшной полости: острого аппендицита, воспалительных заболеваний органов малого таза, деструктивного холецистита и панкреатита. (семинар, практическое занятие)

Цель: подготовка квалифицированного врача – хирурга способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности при оказании первичной и специализированной медицинской помощи, в том числе с помощью видеолaparоскопических технологий.

Задачи: сформировать знания по общим и специальным методам операций: Лапароскопическая резекция участка кишки, принципы мобилизации и варианты анастомозирования.

Лапароскопическая резекция желудка, показания и возможности метода, техника и этапы операции.

Лапароскопическая гастрэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.

Лапароскопическая ПДР, показания и возможности метода, техника и этапы операции.

Лапароскопическая эзофагэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.

Обучающийся должен знать: Лапароскопическая резекция участка кишки, принципы мобилизации и варианты анастомозирования. Лапароскопическая резекция желудка, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Лапароскопическая гастрэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Лапароскопическая ПДР, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Лапароскопическая эзофагэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Этапы выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите. Техника выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической холецистэктомии. Этапы выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Техника выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической аппендэктомии.

Обучающийся должен уметь: получить информацию о развитии и течении заболевания брюшной

полости; выявить факторы риска развития острого хирургического заболевания аноректальной области, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного с острыми заболеваниями брюшной полости, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного с неотложными заболеваниями брюшной полости, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования при заболеваниях брюшной полости (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить дифференцированный план обследования и лечения больного с заболеваниями брюшной полости, проводить его коррекцию в динамике;

Обучающийся должен владеть: методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с общехирургической патологией; методикой физикального осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клиничко-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного; методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1.Лапароскопическая резекция участка кишки, принципы мобилизации и варианты анастомозирования.
- 2.Лапароскопическая резекция желудка, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
- 3.Лапароскопическая гастрэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
- 4.Лапароскопическая ПДР, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
- 5.Лапароскопическая эзофагэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
- 6.Этапы выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите.
- 7.Техника выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической холецистэктомии.
- 8.Этапы выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Техника выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической аппендэктомии.

2. Тестирование по теме занятия

1. К ПРЕИМУЩЕСТВАМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ

- а) малая травматичность
- б)короткие сроки пребывания в стационаре
- в)быстрое восстановление после операции
- г)меньшая продолжительность оперативного вмешательства*

2. НЕДОСТАТКАМИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а)оптическое приближение зоны оперативного вмешательства
- б)искажение восприятия глубины раны*
- в)тяжесть и громоздкость лапароскопических инструментов
- г)значительная травматичность оперативного вмешательства

3. ДЛЯ СОЗДАНИЯ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- а) аквапуратор
- б)пушер
- в)Игла Вериша*
- г)троакар

4. ПРИ НАЛОЖЕНИИ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА НЕОБХОДИМО СОЗДАТЬ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ДАВЛЕНИЕ

- а)3 атм.
- б)5 мм.рт.ст.
- в)20 мм.рт. ст.
- г)13 мм.рт.ст.*

5. ЛАМПА КАКОГО ИСТОЧНИКА МОЖЕТ ПЕРЕГОРЕТЬ ВНЕЗАПНО

- а) галогенового
- б)ксенонового
- в) светодиодного
- г)металлогаллоидного

6. ДЛЯ АКВАПУРАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЖИДКОСТЬ

- а) водопроводная вода

- б) физиологический раствор*
- в) спирт медицинский
- г) раствор глюкозы

7. В СТАНДАРТНЫЙ НАБОР ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СТОЙКИ НЕ ВХОДИТ

- а) монитор
- б) источник холодного света
- в) устройство для видеозаписи*
- г) инсуффлятор

8. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ В ИЗОБРАЖЕНИИ ИЗБЫТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА БЛИКОВ, МЕШАЮЩИХ ХИРУРГУ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

- а) настроить «баланс белого» в опциях камеры или видеоблока
- б) проверить правильность подключения световода
- в) вручную повысить интенсивность в источнике света
- г) вручную снизить яркость в источнике света*

9. ПРИ МОНОПОЛЯРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ

- а) резиновая пластина
- б) одноразовая самоклеющаяся пластина
- в) металлическая пластина со смоченной физраствором марлевой прокладкой
- г) металлическая пластина смазанная электропроводящим гелем

3. Практическая работа на семинаре:

Решение ситуационных задач

Задача 1.

Больной К., 41 года, поступил в клинику хирургических болезней из центральной районной больницы с жалобами на постоянные интенсивные тупые боли в эпигастрии, периодически боли носят опоясывающий характер, вздутие живота после приема пищи, похудание, кожный зуд. Периодические повышения температуры до субфебрильных цифр. Четыре месяца назад получил сильный удар ногой в эпигастральную область. Был госпитализирован в ЦРБ, где лечился в течение трех недель с Дз.: Закрытая травма живота. Проводилось лечение обезболивающими препаратами, спазмолитиками, в/в инфузиями кристаллоидов. Боли уменьшились, пациент самостоятельно ушел из больницы.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, шелушение кожи, расчесы. Пульс 84 в мин., АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание в легких везикулярное. Язык влажный. Живот участвует в дыхании. В эпигастральной области и левом подреберье определяется на глаз выбухание. При пальпации в этой области определяется плотноэластическое опухолевидное образование 15x15 см, несмещаемое, слегка болезненное с притуплением перкуторного звука над ним.

Из выписки истории болезни из ЦРБ перед направлением в клинику: Эритроциты - 4,5 млн., гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - 7,8 тыс, СОЭ - 19 мм.ч., билирубин - 17 мкмоль/л, амилаза крови 450 ед.

На представленных из ЦРБ рентгенограммах исследования желудка с взвесью бария видно, что в прямой проекции желудок увеличен в размерах, контрастированы 12-перстная кишка и начальные отделы тощей кишки, а на боковой рентгенограмме желудка резко отнесен кпереди и несколько вверх по окружности большого диаметра, расстояние между позвоночником и задней стенкой желудка 14 см (резко увеличено).

- Ваш диагноз.
- Какое и инструментальное обследование необходимо провести больному для уточнения диагноза.
- Хирургическая тактика. и возможные виды оперативных вмешательств.
- Возможные виды оперативных вмешательств

Задача 2.

Больная К., 62 лет, поступила с жалобами на умеренные боли в правом подреберье без иррадиации, желтушность кожи. Больна в течение 7 дней, когда после приема жареной пищи появились интенсивные боли в правом подреберье, рвота желчью. После приема спазмолитиков боли уменьшились. На следующий день отметила мочу темного цвета, желтушность склер. При осмотре кожные покровы и склеры желтой окраски. Пульс 84 удара в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Температура тела 36,6 С. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Мейо-Ромбсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. В анализе крови – лейкоцитов 6,0x10⁹, билирубин общий 212 мкмоль/л, прямой 180 мкмоль/л, амилаза крови 16 ед/л, АСТ 16 ед/л, АЛТ 30 ед/л.

Какой предварительный диагноз Вы поставите?

Какой генез желтухи Вы предполагаете?

Выберите дополнительные методы обследования, которые позволят подтвердить диагноз.

Выберите правильный вариант лечебной тактики у данного больного.

Задача 3.

Больная М., 65 лет. Поступила в хирургическое отделение с жалобами на постоянные, тупые неинтенсивные боли в эпигастрии и правом подреберье, повышенную утомляемость, слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела, субфебрильную температуру по вечерам.

Больна в течение 4 месяцев. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отмечает постепенное нарастание клинических проявлений. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, питание несколько снижено, склеры субиктеричны. Со стороны органов грудной полости патологии не выявлено. Живот обычной формы, при пальпации отмечается умеренная болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Край ее уплотнен, при пальпации слабо болезнен. При перкуссии живота патологических изменений не выявлено.

Лабораторные данные: ан.крови НЬ 107 г/л, Эр. $3,5 \times 10^9$ /л, лейкоц. $9,3 \times 10^9$ /л, формула без патологии, СОЭ 59 мм/ч. Биохимический анализ: общ.белок 56,8 г/л; билирубин: общ. 45,2 мкмоль/л, прям. 37,7 мкмоль/л. АСТ-48, АЛТ-39 (норма до 32). Кт печени: см. ниже. АФП –1056 мкг/л, реакция Кацони отрицательна, СА 19-9 – 14 ед/л.

Ваш предположительный диагноз.

Дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования.

3. Практическая работа на практическом занятии:

- разбор клинических больных

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме:

1. Этапы выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите.
2. Техника выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите.
3. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической холецистэктомии.

2) Вопросы для самоконтроля

1. Оснащение и режим работы видеоэндохирургической операционной, виды и наборы эндохирургических приборов и инструментов, методы стерилизации.
2. Овладение техникой эндовидеохирургического гемостаза.
3. Применение различных источников энергии для диссекции и коагуляции тканей.
4. Наложение интракорпорального шва. Наложение аппаратного шва.
5. Методика безопасного наложения пневмоперитонеума. Методика лапароцентеза.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.	3	+

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Проблемы эндохирургии желчекаменной болезни	С.Л. Лобанов Ю.С. Ханина	Чита: «Поиск», 2010. – 560с	1	
2	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	

3	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	
4	Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме	М.Ш. Хубутя П.А. Ярцева	ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 240 с. :		+
5	Микрохирургические технологии в абдоминальной хирургии.	Под ред. И.И. Когана, А.А. Третьякова	ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 192 с. :		+

Раздел 3. Частные вопросы видеолaparоскопической хирургии

Тема 3.4: Показания для проведения санационной лапароскопии брюшной полости. Технические особенности, правила санации и постановки дренажей. (семинар, практическое занятие)

Цель: подготовка квалифицированного врача – хирурга способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности при оказании первичной и специализированной медицинской помощи, в том числе с помощью видеолaparоскопических технологий.

Задачи: сформировать знания по общим и специальным методам операций: Лапароскопическая резекция участка кишки, принципы мобилизации и варианты анастомозирования.

Лапароскопическая резекция желудка, показания и возможности метода, техника и этапы операции.

Лапароскопическая гастрэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.

Лапароскопическая ПДР, показания и возможности метода, техника и этапы операции.

Лапароскопическая эзофагэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.

Обучающийся должен знать: Лапароскопическая резекция участка кишки, принципы мобилизации и варианты анастомозирования. Лапароскопическая резекция желудка, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Лапароскопическая гастрэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Лапароскопическая ПДР, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Лапароскопическая эзофагэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции. Этапы выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите. Техника выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической холецистэктомии. Этапы выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Техника выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической аппендэктомии.

Обучающийся должен уметь: получить информацию о развитии и течении заболевания брюшной полости; выявить факторы риска развития острого хирургического заболевания аноректальной области, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного с острыми заболеваниями брюшной полости, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного с неотложными заболеваниями брюшной полости, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования при заболеваниях брюшной полости (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить дифференцированный план обследования и лечения больного с заболеваниями брюшной полости, проводить его коррекцию в динамике;

Обучающийся должен владеть: методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с общехирургической патологией; методикой физикального осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клиничко-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного; методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Лапароскопическая резекция участка кишки, принципы мобилизации и варианты анастомозирования.
2. Лапароскопическая резекция желудка, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
3. Лапароскопическая гастрэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
4. Лапароскопическая ПДР, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
5. Лапароскопическая эзофагэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
6. Этапы выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите.
7. Техника выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите.

- Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической холецистэктомии.
8. Этапы выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Техника выполнения лапароскопической операции при остром аппендиците. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической аппендэктомии.

2. Тестирование по теме занятия

1. К ПРЕИМУЩЕСТВАМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ

- а) малая травматичность
- б) короткие сроки пребывания в стационаре
- в) быстрое восстановление после операции
- г) меньшая продолжительность оперативного вмешательства*

2. НЕДОСТАТКАМИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) оптическое приближение зоны оперативного вмешательства
- б) искажение восприятия глубины раны*
- в) тяжесть и громоздкость лапароскопических инструментов
- г) значительная травматичность оперативного вмешательства

3. ДЛЯ СОЗДАНИЯ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- а) аквапурактор
- б) пушер
- в) Игла Вериша*
- г) троакар

4. ПРИ НАЛОЖЕНИИ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА НЕОБХОДИМО СОЗДАТЬ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ДАВЛЕНИЕ

- а) 3 атм.
- б) 5 мм.рт.ст.
- в) 20 мм.рт. ст.
- г) 13 мм.рт.ст.*

5. ЛАМПА КАКОГО ИСТОЧНИКА МОЖЕТ ПЕРЕГОРЕТЬ ВНЕЗАПНО

- а) галогенового
- б) ксенонового
- в) светодиодного
- г) металогаллоидного

6. ДЛЯ АКВАПУРАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЖИДКОСТЬ

- а) водопроводная вода
- б) физиологический раствор*
- в) спирт медицинский
- г) раствор глюкозы

7. В СТАНДАРТНЫЙ НАБОР ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СТОЙКИ НЕ ВХОДИТ

- а) монитор
- б) источник холодного света
- в) устройство для видеозаписи*
- г) инсуффлятор

8. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ В ИЗОБРАЖЕНИИ ИЗБЫТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА БЛИКОВ, МЕШАЮЩИХ ХИРУРГУ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

- а) настроить «баланс белого» в опциях камеры или видеоблока
- б) проверить правильность подключения световода
- в) вручную повысить интенсивность в источнике света
- г) вручную снизить яркость в источнике света*

9. ПРИ МОНОПОЛЯРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ

- а) резиновая пластина
- б) одноразовая самоклеющаяся пластина
- в) металлическая пластина со смоченной физраствором марлевой прокладкой
- г) металлическая пластина смазанная электропроводящим гелем

3. Практическая работа на семинаре:

Решение ситуационных задач

Задача 1.

Больной К., 41 года, поступил в клинику хирургических болезней из центральной районной больницы с жалобами на постоянные интенсивные тупые боли в эпигастрии, периодически боли носят опоясывающий характер, вздутие живота после приема пищи, похудание, кожный зуд. Периодические повышения температуры до субфебрильных цифр. Четыре месяца назад получил сильный удар ногой в эпигастральную область. Был госпитализирован в ЦРБ, где лечился в течение трех недель с Дз.: Закрытая травма живота. Проводилось лечение обезболивающими препаратами, спазмолитиками, в/в инфузиями кристаллоидов. Боли уменьшились, пациент самостоятельно ушел из больницы.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, шелушение кожи, расчесы. Пульс 84 в мин., АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание в легких везикулярное. Язык влажный. Живот участвует в дыхании. В эпигастральной области и левом подреберье определяется на глаз выбухание. При пальпации в этой области определяется плотноэластическое опухолевидное образование 15x15 см, несмещаемое, слегка болезненное с притуплением перкуторного звука над ним.

Из выписки истории болезни из ЦРБ перед направлением в клинику: Эритроциты - 4,5 млн., гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - 7,8 тыс, СОЭ - 19 мм.ч., билирубин - 17 мкмоль/л, амилаза крови 450 ед.

На представленных из ЦРБ рентгенограммах исследования желудка с взвесью бария видно, что в прямой проекции желудок увеличен в размерах, контрастированы 12-перстная кишка и начальные отделы тощей кишки, а на боковой рентгенограмме желудок резко отнесен кпереди и несколько вверх по окружности большого диаметра, расстояние между позвоночником и задней стенкой желудка 14 см (резко увеличено).

- Ваш диагноз.
- Какое и инструментальное обследование необходимо провести больному для уточнения диагноза.
- Хирургическая тактика. и возможные виды оперативных вмешательств.
- Возможные виды оперативных вмешательств

Задача 2.

Больная К., 62 лет, поступила с жалобами на умеренные боли в правом подреберье без иррадиации, желтушность кожи. Больна в течение 7 дней, когда после приема жареной пищи появились интенсивные боли в правом подреберье, рвота желчью. После приема спазмолитиков боли уменьшились. На следующий день отметила мочу темного цвета, желтушность склер. При осмотре кожные покровы и склеры желтой окраски. Пульс 84 удара в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Температура тела 36,6 С. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Мейо-Ромбсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. В анализе крови – лейкоцитов $6,0 \times 10^9$, билирубин общий 212 мкмоль/л, прямой 180 мкмоль/л, амилаза крови 16 ед/л, АСТ 16 ед/л, АЛТ 30 ед/л.

Какой предварительный диагноз Вы поставите?

Какой генез желтухи Вы предполагаете?

Выберите дополнительные методы обследования, которые позволят подтвердить диагноз.

Выберите правильный вариант лечебной тактики у данного больного.

Задача 3.

Больная М., 65 лет. Поступила в хирургическое отделение с жалобами на постоянные, тупые неинтенсивные боли в эпигастрии и правом подреберье, повышенную утомляемость, слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела, субфебрильную температуру по вечерам.

Больна в течение 4 месяцев. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отмечает постепенное нарастание клинических проявлений. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, питание несколько снижено, склеры субиктеричны. Со стороны органов грудной полости патологии не выявлено. Живот обычной формы, при пальпации отмечается умеренная болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Край ее уплотнен, при пальпации слабо болезнен. При перкуссии живота патологических изменений не выявлено.

Лабораторные данные: ан. крови НЬ 107 г/л, Эр. $3,5 \times 10^9$ /л, лейкоц. $9,3 \times 10^9$ /л, формула без патологии, СОЭ 59 мм/ч. Биохимический анализ: общ.белок 56,8 г/л; билирубин: общ. 45,2 мкмоль/л, прям. 37,7 мкмоль/л. АСТ-48, АЛТ-39 (норма до 32). Кт печени: см. ниже. АФП –1056 мкг/л, реакция Кацони отрицательна, СА 19-9 – 14 ед/л.

Ваш предположительный диагноз.

Дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования.

3. Практическая работа на практическом занятии:

- разбор клинических больных

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме:

1. Этапы выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите.
2. Техника выполнения операции при желчнокаменной болезни, калькулезном холецистите.

3. Инструментарий, необходимый для выполнения лапароскопической холецистэктомии.

2) Вопросы для самоконтроля

1. Оснащение и режим работы видеоэндохирургической операционной, виды и наборы эндохирургических приборов и инструментов, методы стерилизации.
2. Овладение техникой эндовидеохирургического гемостаза.
3. Применение различных источников энергии для диссекции и коагуляции тканей.
4. Наложение интракорпорального шва. Наложение аппаратного шва.
5. Методика безопасного наложения пневмоперитонеума. Методика лапароцентеза.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.	3	+

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Проблемы эндохирургии желчекаменной болезни	С.Л. Лобанов Ю.С. Ханина	Чита: «Поиск»,2010. – 560с	1	
2	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	
3	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	
4	Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме	М.Ш. Хубутия П.А. Ярцева	ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 240 с. :		+
5	Микрохирургические технологии в абдоминальной хирургии.	Под ред. И.И. Когана, А.А. Третьякова	ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 192 с. :		+

Раздел 4. Техника отдельных видеолaparоскопических вмешательств. Роботизированная хирургия
Тема 4.1: Техника проведения типичной видеолaparоскопической холецистэктомии, аппендэктомии, ушивания перфоративной язвы. (семинар, практическое занятие)

Цель: подготовка квалифицированного врача – хирурга способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности при оказании первичной и специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной помощи с использованием видеолaparоскопических методов и методов роботизированной хирургии.

Задачи: сформировать знания по общим и специальным методам: Эндобилиарные вмешательства. Анте - ретроградные доступы, метод рандеву, роль метода в лечении заболеваний опухолевого и неопухолевого генеза органов гепато-билиарной зоны. Варианты эндоскопических вмешательств при злокачественных и доброкачественных новообразованиях пищеварительной трубки: полипэктомия,

стентирование при раке.

Обучающийся должен знать: Эндоскопическое лечение подслизистых образований пищевода и желудка, показания, особенности оперативной техники. Эндоскопические вмешательства на большом сосочке двенадцатиперстной кишки, показания, возможности метода, осложнения. Лапароскопическое ушивание перфоративных язв, техника, противопоказания. Лапароскопическая холецистэктомия, показания, техника выполнения, ошибки и осложнения. Лапароскопическая аппендэктомия, показания, техника выполнения, ошибки и осложнения. Эндохирургия паховых и бедренных грыж, основные типы доступов (ТАРП и ТЕР), операционная техника, опасности и осложнения вмешательств.

Обучающийся должен уметь: получить информацию о развитии и течении заболевания брюшной полости; выявить факторы риска развития острого хирургического заболевания аноректальной области, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного с острыми заболеваниями брюшной полости, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного с неотложными заболеваниями брюшной полости, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования при заболеваниях брюшной полости (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить дифференцированный план обследования и лечения больного с заболеваниями брюшной полости, проводить его коррекцию в динамике;

Обучающийся должен владеть: методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с общехирургической патологией; методикой физикального осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клинико-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного; методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Лапароскопическое ушивание перфоративных язв, техника, противопоказания.
2. Лапароскопическая холецистэктомия, показания, техника выполнения, ошибки и осложнения.
3. Лапароскопическая аппендэктомия, показания, техника выполнения, ошибки и осложнения.
4. Эндохирургия паховых и бедренных грыж, основные типы доступов (ТАРП и ТЕР), операционная техника, опасности и осложнения вмешательств.

2. Тестирование по теме занятия

1. Экстренная диагностическая лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях, кроме:

- а) Гемофилии
- б) Алкогольного опьянения
- в) Тотального спаечного процесса в брюшной полости
- г) Терминального состояния больного
- д) Резко выраженного вздутия кишечника

2. При появлении в изображении избыточного количества бликов, мешающих хирургу необходимо сделать

- а) настроить «баланс белого» в опциях камеры или видеоблока
- б) проверить правильность подключения световода
- в) вручную повысить интенсивность в источнике света
- г) вручную снизить яркость в источнике света

3. Выявление при лапароскопии серьезного выпота и бляшек стеатоекроза соответствует:

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

4. При монополярной коагуляции является наиболее безопасным

- а) резиновая пластина
- б) одноразовая самоклеющаяся пластина.
- в) металлическая пластина со смоченной физраствором марлевой прокладкой
- г) металлическая пластина смазанная электропроводящим гелем

5. Почему у детей с острым аппендицитом быстро развивается распространенный перитонит:

- а) у них отсутствуют специфические антитела
- б), выражены лимфоидные фолликулы в червеобразном отростке
- в) большой сальник у них «короткий»

- г) толстокишечное содержимое содержит больше микробов, чем у взрослого
- д) снижена дезинтоксикационная функция печени

6. Во время лапароскопической операции можно исправить некорректную светопередачу

- а) поменять лампочку в источнике света
- б) протереть оптику стерильной марлей
- в) Настроить « баланс белого» в опциях видеокамеры или видеоблока
- г) обратиться за технической поддержкой к производителю

7. Острый холецистит обычно начинается с:

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

8. При помощи чего двуокись углерода . Используемая при наложении карбоксиперитонеума очищается от мелкодисперстных частиц

- а) при помощи одноразового внешнего фильтра устанавливаемого на выходе из инсуфлятора*
- б) при помощи внутреннего фильтра грубой очистки инсуфлятора
- в) при помощи газового редуктора
- г) двуокись углерода не нуждается в очистке от мелкодисперстных частиц

3. Практическая работа на семинаре:

Решение ситуационных задач

Задача 1.

Больная М., 65 лет. Поступила в хирургическое отделение с жалобами на постоянные, тупые неинтенсивные боли в эпигастрии и правом подреберьи, повышенную утомляемость, слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела, субфебрильную температуру по вечерам.

Больна в течение 4 месяцев. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отмечает постепенное нарастание клинических проявлений. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, питание несколько снижено, склеры субиктеричны. Со стороны органов грудной полости патологии не выявлено. Живот обычной формы, при пальпации отмечается умеренная болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Край ее уплотнен, при пальпации слабо болезнен. При перкуссии живота патологических изменений не выявлено.

Лабораторные данные: ан. крови НЬ 107 г/л, Эр. $3,5 \times 10^9$ /л, лейкоц. $9,3 \times 10^9$ /л, формула без патологии, СОЭ 59 мм/ч. Биохимический анализ: общ.белок 56,8 г/л; билирубин: общ. 45,2 мкмоль/л, прям. 37,7 мкмоль/л. АСТ-48, АЛТ-39 (норма до 32). Кт печени: см. ниже. АФП –1056 мкг/л, реакция Кацони отрицательна, СА 19-9 – 14 ед/л.

- Ваш предположительный диагноз.
- Дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования.

Задача 2.

Больная А., 19 лет. Предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, с иррадиацией в правое бедро и задний проход. Заболела накануне, когда появились разлитые боли по всему животу, однократная рвота, дважды жидкий стул. Температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$. Объективно: сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга, положительный симптом Воскресенского справа, Ровзинга, Бартомье-Михельсона. Лабораторно: лейкоциты $18,1 \times 10^9$ */л, сдвиг формулы влево. Заключение гинеколога: правосторонний сальпингоофорит. Пельвиоперитонит.

1. Ваша хирургическая тактика?
2. Объем операции

Задача 3.

Больной К., 41 года, поступил в клинику хирургических болезней из центральной районной больницы с жалобами на постоянные интенсивные тупые боли в эпигастрии, периодически боли носят опоясывающий характер, вздутие живота после приема пищи, похудание. кожный зуд. Периодические повышения температуры до субфебрильных цифр. Четыре месяца назад получил сильный удар ногой в эпигастральную область. Был госпитализирован в ЦРБ, где лечился в течение трех недель с Дз.: Закрытая травма живота. Проводилось лечение обезболивающими препаратами, спазмолитиками, в/в инфузиями кристаллоидов. Боли уменьшились, пациент самостоятельно ушел из больницы.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, шелушение кожи, расчесы. Пульс 84 в мин., АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание в легких везикулярное. Язык влажный. Живот участвует в дыхании. В эпигастральной области и левом подреберье определяется на глаз выбухание. При пальпации в этой области определяется

плотноэластическое опухолевидное образование 15x15 см, несмещаемое, слегка болезненное с притуплением перкуторного звука над ним.

Из выписки истории болезни из ЦРБ перед направлением в клинику: Эритроциты - 4,5 млн., гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - 7,8 тыс, СОЭ - 19 мм.ч., билирубин - 17 мкмоль/л, амилаза крови 450 ед.

На представленных из ЦРБ рентгенограммах исследования желудка с взвесью бария видно, что в прямой проекции желудок увеличен в размерах, контрастированы 12-перстная кишка и начальные отделы тощей кишки, а на боковой рентгенограмме желудок резко отнесен кпереди и несколько вверх по окружности большого диаметра, расстояние между позвоночником и задней стенкой желудка 14 см (резко увеличено).

1. Ваш диагноз.
2. Какое и инструментальное обследование необходимо провести больному для уточнения диагноза.
3. Хирургическая тактика. и возможные виды оперативных вмешательств.
4. Возможные виды оперативных вмешательств

3. Практическая работа на практическом занятии:

- разбор клинических больных

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Эндобилиарные вмешательства. Анте - ретроградные доступы, метод рандеву, роль метода в лечении заболеваний опухолевого и неопухолевого генеза органов гепато-билиарной зоны.
2. Варианты эндоскопических вмешательств при злокачественных и доброкачественных новообразованиях пищеварительной трубки: полипэктомия, стентирование при раке.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.	3	+

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Проблемы эндохирургии желчекаменной болезни	С.Л. Лобанов Ю.С. Ханина	Чита: «Поиск», 2010. – 560с	1	
2	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	
3	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	
4	Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме	М.Ш. Хубутия П.А. Ярцева	ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 240 с. :		+

5	Микрохирургические технологии в абдоминальной хирургии.	Под ред. И.И. Когана, А.А. Третьякова	ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 192 с. :		+
---	---	---------------------------------------	---------------------------------	--	---

Раздел 4. Техника отдельных видеолaparоскопических вмешательств. Роботизированная хирургия
Тема 4.2: Понятие лапароскопических ассистированных вмешательств на органах брюшной полости (видеофильм по лапароскопически ассистированным резекциям желудка, ободочной кишки, ПДР). (семинар, практическое занятие)

Цель: подготовка квалифицированного врача – хирурга способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности при оказании первичной и специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной помощи с использованием видеолaparоскопических методов и методов роботизированной хирургии.

Задачи: сформировать знания по общим и специальным методам: Эндобилиарные вмешательства. Анте - ретроградные доступы, метод рандеву, роль метода в лечении заболеваний опухолевого и неопухолевого генеза органов гепато-билиарной зоны. Варианты эндоскопических вмешательств при злокачественных и доброкачественных новообразованиях пищеварительной трубки: полипэктомия, стентирование при раке.

Обучающийся должен знать: Эндоскопическое лечение подслизистых образований пищевода и желудка, показания, особенности оперативной техники. Эндоскопические вмешательства на большом сосочке двенадцатиперстной кишки, показания, возможности метода, осложнения. Лапароскопическое ушивание перфоративных язв, техника, противопоказания. Лапароскопическая холецистэктомия, показания, техника выполнения, ошибки и осложнения. Лапароскопическая аппендэктомия, показания, техника выполнения, ошибки и осложнения. Эндохирургия паховых и бедренных грыж, основные типы доступов (TAPP и TEP), операционная техника, опасности и осложнения вмешательств.

Обучающийся должен уметь: получить информацию о развитии заболевания брюшной полости; выявить факторы риска развития острого хирургического заболевания аноректальной области, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного с острыми заболеваниями брюшной полости, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного с неотложными заболеваниями брюшной полости, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования при заболеваниях брюшной полости (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить дифференцированный план обследования и лечения больного с заболеваниями брюшной полости, проводить его коррекцию в динамике;

Обучающийся должен владеть: методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с общехирургической патологией; методикой физикального осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клиничко-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного; методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Лапароскопическое ушивание перфоративных язв, техника, противопоказания.
2. Лапароскопическая холецистэктомия, показания, техника выполнения, ошибки и осложнения.
3. Лапароскопическая аппендэктомия, показания, техника выполнения, ошибки и осложнения.
4. Эндохирургия паховых и бедренных грыж, основные типы доступов (TAPP и TEP), операционная техника, опасности и осложнения вмешательств.

2. Тестирование по теме занятия

1. Экстренная диагностическая лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях, кроме:

- а) Гемофилии
- б) Алкогольного опьянения
- в) Тотального спаечного процесса в брюшной полости
- г) Терминального состояния больного
- д) Резко выраженного вздутия кишечника

2. При появлении в изображении избыточного количества бликов, мешающих хирургу необходимо сделать

- а) настроить «баланс белого» в опциях камеры или видеоблока
- б) проверить правильность подключения световода
- в) вручную повысить интенсивность в источнике света
- г) вручную снизить яркость в источнике света

- 3.Выявление при лапароскопии серьезного выпота и бляшек стеатоекроза соответствует:
- отечному панкреатиту
 - жировому панкреонекрозу
 - геморрагическому панкреонекрозу
 - гнойному панкреатиту
 - такие изменения не характерны для острого панкреатита
- 4.При монополярной коагуляции является наиболее безопасным
- резиновая пластина
 - одноразовая самоклеющаяся пластина.
 - металлическая пластина со смоченной физраствором марлевой прокладкой
 - металлическая пластина смазанная электропроводящим гелем
- 5.Почему у детей с острым аппендицитом быстро развивается распространенный перитонит:
- у них отсутствуют специфические антитела
 - выражены лимфоидные фолликулы в червеобразном отростке
 - большой сальник у них «короткий»
 - толстокишечное содержимое содержит больше микробов, чем у взрослого
 - снижена дезинтоксикационная функция печени
- 6.Во время лапароскопической операции можно исправить некорректную светопередачу
- поменять лампочку в источнике света
 - протереть оптику стерильной марлей
 - Настроить « баланс белого» в опциях видеокамеры или видеоблока
 - обратиться за технической поддержкой к производителю
- 7.Острый холецистит обычно начинается с:
- повышения температуры
 - появления рвоты
 - болей в правом подреберье
 - расстройства стула
 - тяжести в эпигастральной области
- 8.При помощи чего двуокись углерода . Используемая при наложении карбоксиперитонеума очищается от мелкодисперстных частиц
- при помощи одноразового внешнего фильтра устанавливаемого на выходе из инсуфлятора*
 - при помощи внутреннего фильтра грубой очистки инсуфлятора
 - при помощи газового редуктора
 - двуокись углерода не нуждается в очистке от мелкодисперстных частиц

3. Практическая работа на семинаре:

Решение ситуационных задач

Задача 1.

Больная М., 65 лет. Поступила в хирургическое отделение с жалобами на постоянные, тупые неинтенсивные боли в эпигастрии и правом подреберья, повышенную утомляемость, слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела, субфебрильную температуру по вечерам.

Больна в течение 4 месяцев. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отмечает постепенное нарастание клинических проявлений. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, питание несколько снижено, склеры субиктеричны. Со стороны органов грудной полости патологии не выявлено. Живот обычной формы, при пальпации отмечается умеренная болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Край ее уплотнен, при пальпации слабо болезнен. При перкуссии живота патологических изменений не выявлено.

Лабораторные данные: ан.крови НЬ 107 г/л, Эр. $3,5 \times 10^9$ /л, лейкоц. $9,3 \times 10^9$ /л, формула без патологии, СОЭ 59 мм/ч. Биохимический анализ: общ.белок 56,8 г/л; билирубин: общ. 45,2 мкмоль/л, прям. 37,7 мкмоль/л. АСТ-48, АЛТ-39 (норма до 32). Кт печени: см. ниже. АФП –1056 мкг/л, реакция Кацони отрицательна, СА 19-9 – 14 ед/л.

- Ваш предположительный диагноз.
- Дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования.

Задача 2.

Больная А., 19 лет. Предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, с иррадиацией в правое бедро и задний проход. Заболела накануне, когда появились разлитые боли по всему животу, однократная рвота, дважды жидкий стул. Температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$. Объективно: сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга, положительный симптом Воскресенского справа, Ровзинга, Бартомье-Михельсона.

Лабораторно: лейкоциты $18,1 \cdot 10^9$ */л, сдвиг формулы влево. Заключение гинеколога: правосторонний сальпингоофорит. Пельвиоперитонит.

1. Ваша хирургическая тактика?
2. Объем операции

Задача 3.

Больной К., 41 года, поступил в клинику хирургических болезней из центральной районной больницы с жалобами на постоянные интенсивные тупые боли в эпигастрии, периодически боли носят опоясывающий характер, вздутие живота после приема пищи, похудание. кожный зуд. Периодические повышения температуры до субфебрильных цифр. Четыре месяца назад получил сильный удар ногой в эпигастральную область. Был госпитализирован в ЦРБ, где лечился в течение трех недель с Дз.: Закрытая травма живота. Проводилось лечение обезболивающими препаратами, спазмолитиками, в/в инфузиями кристаллоидов. Боли уменьшились, пациент самостоятельно ушел из больницы.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, шелушение кожи, расчесы. Пульс 84 в мин., АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание в легких везикулярное. Язык влажный. Живот участвует в дыхании. В эпигастральной области и левом подреберье определяется на глаз выбухание. При пальпации в этой области определяется плотноэластическое опухолевидное образование 15×15 см, несмещаемое, слегка болезненное с притуплением перкуторного звука над ним.

Из выписки истории болезни из ЦРБ перед направлением в клинику: Эритроциты - 4,5 млн., гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - 7,8 тыс, СОЭ - 19 мм.ч., билирубин - 17 мкмоль/л, амилаза крови 450 ед.

На представленных из ЦРБ рентгенограммах исследования желудка с взвесью бария видно, что в прямой проекции желудок увеличен в размерах, контрастированы 12-перстная кишка и начальные отделы тощей кишки, а на боковой рентгенограмме желудок резко отнесен кпереди и несколько вверх по окружности большого диаметра, расстояние между позвоночником и задней стенкой желудка 14 см (резко увеличено).

5. Ваш диагноз.
6. Какое и инструментальное обследование необходимо провести больному для уточнения диагноза.
7. Хирургическая тактика. и возможные виды оперативных вмешательств.
8. Возможные виды оперативных вмешательств

3. Практическая работа на практическом занятии:

- разбор клинических больных

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Эндобилиарные вмешательства. Анте - ретроградные доступы, метод рандеву, роль метода в лечении заболеваний опухолевого и неопухолевого генеза органов гепато-билиарной зоны.
2. Варианты эндоскопических вмешательств при злокачественных и доброкачественных новообразованиях пищеварительной трубки: полипэктомия, стентирование при раке.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.	3	+

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
-------	--------------	-----------	--------------------	---------------------------------	---------------

1	2	3	4	5	6
1	Проблемы эндохирургии желчекаменной болезни	С.Л. Лобанов Ю.С. Ханина	Чита: «Поиск», 2010. – 560с	1	
2	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	
3	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	
4	Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме	М.Ш. Хубутия П.А. Ярцева	ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 240 с. :		+
5	Микрохирургические технологии в абдоминальной хирургии.	Под ред. И.И. Когана, А.А. Третьякова	ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 192 с. :		+

Раздел 4. Техника отдельных видеолaparоскопических вмешательств. Роботизированная хирургия
Тема 4.3: Роботизированные операции на органах брюшной полости: техническое обеспечение, возможности. (семинар, практическое занятие)

Цель: подготовка квалифицированного врача – хирурга способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности при оказании первичной и специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной помощи с использованием видеолaparоскопических методов и методов роботизированной хирургии.

Задачи: сформировать знания по общим и специальным методам: Эндобилиарные вмешательства. Анте - ретроградные доступы, метод рандеву, роль метода в лечении заболеваний опухолевого и неопухолевого генеза органов гепато-билиарной зоны. Варианты эндоскопических вмешательств при злокачественных и доброкачественных новообразованиях пищеварительной трубки: полипэктомия, стентирование при раке.

Обучающийся должен знать: Эндоскопическое лечение подслизистых образований пищевода и желудка, показания, особенности оперативной техники. Эндоскопические вмешательства на большом сосочке двенадцатиперстной кишки, показания, возможности метода, осложнения. Лапароскопическое ушивание перфоративных язв, техника, противопоказания. Лапароскопическая холецистэктомия, показания, техника выполнения, ошибки и осложнения. Лапароскопическая аппендэктомия, показания, техника выполнения, ошибки и осложнения. Эндохирургия паховых и бедренных грыж, основные типы доступов (TAPP и TEP), операционная техника, опасности и осложнения вмешательств.

Обучающийся должен уметь: получить информацию о развитии и течении заболевания брюшной полости; выявить факторы риска развития острого хирургического заболевания аноректальной области, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного с острыми заболеваниями брюшной полости, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного с неотложными заболеваниями брюшной полости, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования при заболеваниях брюшной полости (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить дифференцированный план обследования и лечения больного с заболеваниями брюшной полости, проводить его коррекцию в динамике;

Обучающийся должен владеть: методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с общехирургической патологией; методикой физикального осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клиничко-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного; методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- Лапароскопическое ушивание перфоративных язв, техника, противопоказания.
- Лапароскопическая холецистэктомия, показания, техника выполнения, ошибки и осложнения.
- Лапароскопическая аппендэктомия, показания, техника выполнения, ошибки и осложнения.
- Эндохирургия паховых и бедренных грыж, основные типы доступов (TAPP и TEP), операционная техника, опасности и осложнения вмешательств.

2. Тестирование по теме занятия

1. Экстренная диагностическая лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях, кроме:
 - а) Гемофилии
 - б) Алкогольного опьянения
 - в) Тотального спаечного процесса в брюшной полости
 - г) Терминального состояния больного
 - д) Резко выраженного вздутия кишечника

2. При появлении в изображении избыточного количества бликов, мешающих хирургу необходимо сделать
 - а) настроить «баланс белого» в опциях камеры или видеоблока
 - б) проверить правильность подключения световода
 - в) вручную повысить интенсивность в источнике света
 - г) вручную снизить яркость в источнике света

3. Выявление при лапароскопии серьезного выпота и бляшек стеатоекроза соответствует:
 - а) отечному панкреатиту
 - б) жировому панкреонекрозу
 - в) геморрагическому панкреонекрозу
 - г) гнойному панкреатиту
 - д) такие изменения не характерны для острого панкреатита

4. При монополярной коагуляции является наиболее безопасным
 - а) резиновая пластина
 - б) одноразовая самоклеющаяся пластина.
 - в) металлическая пластина со смоченной физраствором марлевой прокладкой
 - г) металлическая пластина смазанная электропроводящим гелем

5. Почему у детей с острым аппендицитом быстро развивается распространенный перитонит:
 - а) у них отсутствуют специфические антитела
 - б), выражены лимфоидные фолликулы в червеобразном отростке
 - в) большой сальник у них «короткий»
 - г) толстокишечное содержимое содержит больше микробов, чем у взрослого
 - д) снижена дезинтоксикационная функция печени

6. Во время лапароскопической операции можно исправить некорректную светопередачу
 - а) поменять лампочку в источнике света
 - б) протереть оптику стерильной марлей
 - в) Настроить « баланс белого» в опциях видеокамеры или видеоблока
 - г) обратиться за технической поддержкой к производителю

7. Острый холецистит обычно начинается с:
 - а) повышения температуры
 - б) появления рвоты
 - в) болей в правом подреберье
 - г) расстройства стула
 - д) тяжести в эпигастральной области

8. При помощи чего двуокись углерода . Используемая при наложении карбоксиперитонеума очищается от мелкодисперстных частиц
 - а) при помощи одноразового внешнего фильтра устанавливаемого на выходе из инсуфлятора*
 - б) при помощи внутреннего фильтра грубой очистки инсуфлятора
 - в) при помощи газового редуктора
 - г) двуокись углерода не нуждается в очистке от мелкодисперстных частиц

3. Практическая работа на семинаре:

Решение ситуационных задач

Задача 1.

Больная М., 65 лет. Поступила в хирургическое отделение с жалобами на постоянные, тупые неинтенсивные боли в эпигастрии и правом подреберье, повышенную утомляемость, слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела, субфебрильную температуру по вечерам.

Больна в течение 4 месяцев. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отмечает постепенное нарастание клинических проявлений. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, питание несколько снижено, склеры субиктеричны. Со стороны органов грудной полости патологии не выявлено.

Живот обычной формы, при пальпации отмечается умеренная болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Край ее уплотнен, при пальпации слабо болезнен. При перкуссии живота патологических изменений не выявлено.

Лабораторные данные: ан. крови НБ 107 г/л, Эр. $3,5 \times 10^9$ /л, лейкоц. $9,3 \times 10^9$ /л, формула без патологии, СОЭ 59 мм/ч. Биохимический анализ: общ.белок 56,8 г/л; билирубин: общ. 45,2 мкмоль/л, прям. 37,7 мкмоль/л. АСТ-48, АЛТ-39 (норма до 32). Кт печени: см. ниже. АФП –1056 мкг/л, реакция Кацони отрицательна, СА 19-9 – 14 ед/л.

- Ваш предположительный диагноз.
- Дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования.

Задача 2.

Больная А., 19 лет. Предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, с иррадиацией в правое бедро и задний проход. Заболела накануне, когда появились разлитые боли по всему животу, однократная рвота, дважды жидкий стул. Температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$. Объективно: сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга, положительный симптом Воскресенского справа, Ровзинга, Бартомье-Михельсона. Лабораторно: лейкоциты $18,1 \times 10^9$ */л, сдвиг формулы влево. Заключение гинеколога: правосторонний сальпингоофорит. Пельвиоперитонит.

1. Ваша хирургическая тактика?
2. Объем операции

Задача 3.

Больной К., 41 года, поступил в клинику хирургических болезней из центральной районной больницы с жалобами на постоянные интенсивные тупые боли в эпигастрии, периодически боли носят опоясывающий характер, вздутие живота после приема пищи, похудание. кожный зуд. Периодические повышения температуры до субфебрильных цифр. Четыре месяца назад получил сильный удар ногой в эпигастральную область. Был госпитализирован в ЦРБ, где лечился в течение трех недель с Дз.: Закрытая травма живота. Проводилось лечение обезболивающими препаратами, спазмолитиками, в/в инфузиями кристаллоидов. Боли уменьшились, пациент самостоятельно ушел из больницы.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, шелушение кожи, расчесы. Пульс 84 в мин., АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание в легких везикулярное. Язык влажный. Живот участвует в дыхании. В эпигастральной области и левом подреберье определяется на глаз выбухание. При пальпации в этой области определяется плотноэластическое опухолевидное образование 15×15 см, несмещаемое, слегка болезненное с притуплением перкуторного звука над ним.

Из выписки истории болезни из ЦРБ перед направлением в клинику: Эритроциты - 4,5 млн., гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты -7,8 тыс, СОЭ - 19 мм.ч., билирубин - 17 мкмоль/л, амилаза крови 450 ед.

На представленных из ЦРБ рентгенограммах исследования желудка с взвесью бария видно, что в прямой проекции желудок увеличен в размерах, контрастированы 12-перстная кишка и начальные отделы тощей кишки, а на боковой рентгенограмме желудок резко оттеснен кпереди и несколько вверх по окружности большого диаметра, расстояние между позвоночником и задней стенкой желудка 14 см (резко увеличено).

9. Ваш диагноз.
10. Какое и инструментальное обследование необходимо провести больному для уточнения диагноза.
11. Хирургическая тактика. и возможные виды оперативных вмешательств.
12. Возможные виды оперативных вмешательств

3. Практическая работа на практическом занятии:

- разбор клинических больных

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Эндобилиарные вмешательства. Анте - ретроградные доступы, метод рандеву, роль метода в лечении заболеваний опухолевого и неопухолевого генеза органов гепато-билиарной зоны.
2. Варианты эндоскопических вмешательств при злокачественных и доброкачественных новообразованиях пищеварительной трубки: полипэктомия, стентирование при раке.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
-------	--------------	-----------	--------------------	---------------------------------	---------------

1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.	3	+

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Проблемы эндохирургии желчекаменной болезни	С.Л. Лобанов Ю.С. Ханина	Чита: «Поиск», 2010. – 560с	1	
2	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	
3	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	
4	Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме	М.Ш. Хубутия П.А. Ярцева	ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 240 с. :		+
5	Микрохирургические технологии в абдоминальной хирургии.	Под ред. И.И. Когана, А.А. Третьякова	ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 192 с. :		+

Тема: Зачетное занятие

Цель: оценка знаний, умений, навыков и контроль результатов освоения дисциплины

Самостоятельная аудиторная работа:

1. Тестирование – примерные задания представлены в приложении Б к рабочей программе

2. Собеседование – примерные задания представлены в приложении Б к рабочей программе

3. Прием практических навыков – примерные задания представлены в приложении Б к рабочей программе

Самостоятельная внеаудиторная работа:

Подготовка к зачетному занятию

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.	3	+

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Проблемы эндохирургии желчекаменной болезни	С.Л. Лобанов Ю.С. Ханина	Чита: «Поиск»,2010. – 560с	1	
2	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	
3	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	
4	Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме	М.Ш. Хубутя П.А. Ярцева	ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 240 с. :		+
5	Микрохирургические технологии в абдоминальной хирургии.	Под ред. И.И. Когана, А.А. Третьякова	ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 192 с. :		+

Кафедра Госпитальной хирургии

Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

**для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся
по дисциплине (модулю)**

«Актуальные вопросы лапароскопической хирургии»

Специальность 31.08.67 Хирургия
(очная форма обучения)

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

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения			Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
		<i>Знать</i>	<i>Уметь</i>	<i>Владеть</i>		
ПК-5	готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; Критерии диагноза различных заболеваний; Клиническую картину (симптомы и синдромы), осложнения, критерии диагноза инфекционных заболеваний	классификацию заболеваний внутренних органов в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; Критерии диагноза различных заболеваний; Клиническую картину (симптомы и синдромы), осложнения, критерии диагноза инфекционных заболеваний	установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевнобольных пациентов; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата; подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения	Методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза; алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту.	1.История лапароскопической хирургии 2.Техническое обеспечение видеолaparоскопических операций. 3.Частные вопросы видеолaparоскопической хирургии 4.Техника отдельных видеолaparоскопических вмешательств. Роботизированная хирургия	4 <i>семестр</i>

			<p>пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация; сформулировать клинический диагноз; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.</p>			
ПК-6	<p>готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи</p>	<p>принципы профилактики и терапии шока и кровопотери; принципы диагностики, хирургической коррекции и медикаментозного лечения синдрома системного воспалительного ответа; закономерности течения раневого процесса и принципы его лечения; важнейшие разновидности предраковых состояний и заболеваний, их клиническая симптоматика и способы диагностики; общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии</p>	<p>применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования; оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень</p>	<p>сформированы владениями, позволяющими установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: острый аппендицит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, язвенные гастродуоденальные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; неосложненные и ущемленные грыжи живота, кишечная непроходимость различной этиологии; острый и хронический калькулезный и</p>	<p>1.История лапароскопической хирургии 2.Техническое обеспечение видеолaparоскопических операций. 3.Частные вопросы видеолaparоскопической хирургии 4.Техника отдельных видеолaparоскопических вмешательств. Роботизированная хирургия</p>	<p>4 семестр</p>

			<p>нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции</p>	<p>бескаменный холецистит холедох олитиаз и холангит; механическая желтуха; острый и хронический панкреатит; желудочные, кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи; открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей; варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбофлебит и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия</p>		
--	--	--	---	---	--	--

2. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатель и оценивание	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	не зачтено	зачтено	зачтено	зачтено	Для текущего контроля	Для промежуточной

						аттестаци и
ПК-5						
Знать	Фрагментарные знания классификации заболеваний внутренних органов в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. Клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; Критериев диагноза заболеваний; Клинической картины (симптомы и синдромы), осложнений, критериев диагноза инфекционных заболеваний	Общие, но не структурированные знания классификации заболеваний внутренних органов в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. Клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; Критериев диагноза заболеваний; Клинической картины (симптомы и синдромы), осложнений, критериев диагноза инфекционных заболеваний	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания классификации заболеваний внутренних органов в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. Клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; Критериев диагноза различных заболеваний; Клинической картины (симптомы и синдромы), осложнений, критериев диагноза инфекционных заболеваний	Сформированные систематические знания классификации заболеваний внутренних органов в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. Клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; Критериев диагноза заболеваний; Клинической картины (симптомы и синдромы), осложнений, критериев диагноза инфекционных заболеваний	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач	Тест, собеседование, практические навыки
Уметь	Частично освоенное умение установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием,	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение владениями, позволяющими установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим	Сформированное умение владениями, позволяющими установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач	Тест, собеседование, практические навыки

	инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевнобольных пациентов; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения и получения достоверного результата; подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация; сформулировать клинический диагноз; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.	заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевнобольных пациентов; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата; подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация; сформулировать клинический диагноз; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.	заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевнобольных пациентов; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата; подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация; сформулировать клинический диагноз; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.	заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевнобольных пациентов; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата; подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация; сформулировать клинический диагноз; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.		
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза; алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза; алгоритмом постановки предварительного	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза; алгоритмом постановки предварительного	Успешное и систематическое применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза; алгоритмом постановки предварительного	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач	Тест, собеседование, практические навыки

	направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту.	о диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту.	постановки предварительного о диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту.	последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту.		
--	---	--	--	---	--	--

ПК-6

Знать	Фрагментарные знания принципов профилактики и терапии шока и кровопотери; принципы диагностики, хирургической коррекции и медикаментозного лечения синдрома системного воспалительного ответа; закономерности течения раневого процесса и принципы его лечения; важнейшие разновидности предраковых состояний и заболеваний, их клиническая симптоматика и способы диагностики; общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии	Общие, но не структурированные знания принципов профилактики и терапии шока и кровопотери; принципы диагностики, хирургической коррекции и медикаментозного лечения синдрома системного воспалительного ответа; закономерности течения раневого процесса и принципы его лечения; важнейшие разновидности предраковых состояний и заболеваний, их клиническая симптоматика и способы диагностики; общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания принципов профилактики и терапии шока и кровопотери; принципы диагностики, хирургической коррекции и медикаментозного лечения синдрома системного воспалительного ответа; закономерности течения раневого процесса и принципы его лечения; важнейшие разновидности предраковых состояний и заболеваний, их клиническая симптоматика и способы диагностики; общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии	Сформированные систематические знания принципов профилактики и терапии шока и кровопотери; принципы диагностики, хирургической коррекции и медикаментозного лечения синдрома системного воспалительного ответа; закономерности течения раневого процесса и принципы его лечения; важнейшие разновидности предраковых состояний и заболеваний, их клиническая симптоматика и способы диагностики; общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач	Тест, собеседование, практические навыки
Уметь	Частично освоенное умение применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение применить объективные методы обследования больного,	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение применить объективные методы обследования больного,	Сформированное умение применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач	Тест, собеседование, практические навыки

	<p>признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования; оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции</p>	<p>выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования; оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции</p>	<p>выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования; оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции</p>	<p>хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования; оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции</p>		
Владеть	<p>Фрагментарное применение навыков и владений, позволяющих установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: острый аппендицит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, язвенные</p>	<p>В целом успешное, но не систематическое применение навыков владений, позволяющих установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: острый аппендицит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденаль</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владений, позволяющих установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: острый аппендицит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;</p>	<p>Успешное и систематическое применение навыков владений, позволяющих установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: острый аппендицит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв,</p>	<p>Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач</p>	<p>Тест, собеседование, практические навыки</p>

	<p>гастродуоденальные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; не осложненные и ущемленные грыжи живота, кишечная непроходимость различной этиологии; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит холедох олитиаз и холангит; механическая желтуха; острый и хронический панкреатит; желудочные, кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи; открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей; варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбоз и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул,</p>	<p>ных язв, язвенные гастродуоденальные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; не осложненные и ущемленные грыжи живота, кишечная непроходимость различной этиологии; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит холедох олитиаз и холангит; механическая желтуха; острый и хронический панкреатит; желудочные, кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи; открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей; варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбоз и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс,</p>	<p>перфорация гастродуоденальных язв, язвенные гастродуоденальные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; не осложненные и ущемленные грыжи живота, кишечная непроходимость различной этиологии; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит холедох олитиаз и холангит; механическая желтуха; острый и хронический панкреатит; желудочные, кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи; открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей; варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбоз и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; хирургическая</p>	<p>язвенные гастродуоденальные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; не осложненные и ущемленные грыжи живота, кишечная непроходимость различной этиологии; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит холедох олитиаз и холангит; механическая желтуха; острый и хронический панкреатит; желудочные, кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи; открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей; варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбоз и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона,</p>		
--	--	--	---	---	--	--

карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия	флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия	инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия	фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия		
---	---	--	---	--	--

3. Типовые контрольные задания и иные материалы

3.1. Примерные вопросы к зачету и устному собеседованию по текущему контролю, критерии оценки (ПК-5, ПК-6)

- Лапароскопические инструменты доступа.
- Лапароскопические инструменты для создания экспозиции
- Лапароскопические инструменты для рассечения тканей
- Лапароскопические инструменты для санации полостей
- Инструменты для удаления фрагментов тканей и органов
- Лапароскопические инструменты для соединения тканей
- Варианты укладки больного в зависимости от вида операции.
- Аппаратура для эндохирургии
- Методика наложения пневмоперитонеума.
- Техника установки портов.
- Создание экспозиции и фиксация органа.
- Методы рассечения тканей, коагуляция тканей,
- Эндоскопический шов и методы сшивания тканей. Использование эндоскопических сшивающих аппаратов, техника и особенности применения.
- Использование эндоскопических степлеров, техника и особенности применения.
- Эндоскопический гемостаз, виды эндоскопического гемостаза.
- Лапароскопическая аппендэктомия, показания, техника выполнения, ошибки и осложнения.
- Лапароскопическая холецистэктомия, показания, техника выполнения, ошибки и осложнения.
- Лапароскопическое ушивание перфоративных язв, техника, противопоказания.
- Эндохирургия паховых и бедренных грыж, основные типы доступов (ТАРР и ТЕР), операционная техника, опасности и осложнения вмешательств.
- Лапароскопическая резекция участка кишки, принципы мобилизации и варианты анастомозирования.
- Лапароскопическая резекция желудка, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
- Лапароскопическая гастрэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
- Лапароскопическая ПДР, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
- Лапароскопическая эзофагэктомия, показания и возможности метода, техника и этапы операции.
- Эндоскопическое лечение подслизистых образований пищевода и желудка, показания, особенности оперативной техники.
- Эндоскопические вмешательства на большом сосочке двенадцатиперстной кишки, показания, возможности метода, осложнения.
- Эндобилиарные вмешательства. Анте-, ретроградные доступы, метод рандеву, роль метода в лечении заболеваний опухолевого и неопухолевого генеза органов гепато-билиарной зоны.
- Варианты эндоскопических вмешательств при злокачественных и доброкачественных новообразованиях пищеварительной трубки: полипэктомия, стентирование при раке.

Критерии оценки:

Оценка «зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, усвоил основную и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой; усвоил взаимосвязь основных понятий

дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала; владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении ситуационных заданий, безошибочно ответил на основной и дополнительные вопросы на зачете.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаружил пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на основной и дополнительные вопросы; не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании образовательной организации без дополнительных занятий по дисциплине.

3.2. Примерные тестовые задания, критерии оценки

1 уровень:

1. Первую лапароскопию произвел: (ПК-5, ПК-6)

- а) Д.О.Отт в 1901 г
- б) Келлинг в 1901 г
- в) Корбш в 1921 г
- г) Якобеус в 1910 г
- д) Штейнер в 1924 г

2. Впервые применил цветные рисунки для иллюстрации лапароскопической семиотики заболеваний: (ПК-5, ПК-6)

- а) Корбш в 1922 г
- б) Якобсон в 1927 г
- в) Калыс в 1933 г
- г) Сережников в 1939 г
- д) Муратори в 1941 г

3. К преимуществам лапароскопической хирургии не относятся: (ПК-5, ПК-6)

- а) малая травматичность
- б) короткие сроки пребывания в стационаре
- в) быстрое восстановление после операции
- г) меньшая продолжительность оперативного вмешательства

4. В клиническую практику метод лапароскопического исследования внедрил: (ПК-5, ПК-6)

- а) Келлинг в 1901 г
- б) Якобеус в 1910 г
- в) Шмидт в 1927 г
- г) Кальк в 1929 г
- д) Раддок в 1929 г

5. Недостатками лапароскопической хирургии является (ПК-5, ПК-6)

- а) оптическое приближение зоны оперативного вмешательства
- б) искажение восприятия глубины раны
- в) тяжесть и громоздкость лапароскопических инструментов
- Значительная травматичность оперативного вмешательства

6. Для создания карбоксиперитонеума используется (ПК-5, ПК-6)

- а) аквапуратор
- б) пушер
- в) Игла Вериша
- г) троакар

7. Первым из отечественных ученых опубликовал монографию по лапароскопии: (ПК-5, ПК-6)

- а) А.С.Орловский в 1937 г
- б) Г.К.Абаев в 1939 г
- в) А.М.Аминев в 1947 г
- г) А.С.Логинов в 1964 г
- д) Г.И.Лукомский,
- е) Ю.Е.Березов в 1967 г

8. При наложении карбоксиперитонеума необходимо создать в брюшной полости давление (ПК-5, ПК-6)

- а) 3 атм.
- б) 5 мм.рт.ст.
- в) 20 мм.рт.ст.

г) 13 мм.рт.ст.*

9. При лапароскопии можно установить все перечисленное. Кроме: **(ПК-5, ПК-6)**

- а) Цвета опухоли
- б) Морфологической структуры опухоли
- в) Наличия метастазов
- г) Консистенции опухоли
- д) Подвижности опухоли

10. Для аквапурации брюшной полости при лапароскопических операциях используется жидкость **(ПК-5, ПК-6)**

- а) водопроводная вода
- б) физиологический раствор
- в) Спирт медицинский
- г) раствор глюкозы

11. Экстренная диагностическая лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях, кроме: **(ПК-5, ПК-6)**

- а) Болей в животе неясного генеза
- б) Подозрения на острый аппендицит
- в) Подозрения на перфорацию полового органа
- г) Подозрения на трофические нарушения в жировых подвесках толстой кишки
- д) Желтухи неясного генеза

12. В стандартный набор лапароскопической стойки не входит **(ПК-5, ПК-6)**

- а) монитор
- б) источник холодного света
- в) устройство для видеозаписи
- г) инсуффлятор

13. Экстренная диагностическая лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях, кроме: **(ПК-5, ПК-6)**

- а) Гемофилии
- б) Алкогольного опьянения
- в) Тотального спаечного процесса в брюшной полости
- г) Терминального состояния больного
- д) Резко выраженного вздутия кишечника

14. При появлении в изображении избыточного количества бликов, мешающих хирургу необходимо сделать **(ПК-5, ПК-6)**

- а) настроить «баланс белого» в опциях камеры или видеоблока
- б) проверить правильность подключения световода
- в) вручную повысить интенсивность в источнике света
- г) вручную снизить яркость в источнике света

15. Выявление при лапароскопии серьезного выпота и бляшек стеатоекроза соответствует: **(ПК-5, ПК-6)**

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

16. При монополярной коагуляции является наиболее безопасным **(, ПК-5, ПК-6)**

- а) резиновая пластина
- б) одноразовая самоклеющаяся пластина.
- в) металлическая пластина со смоченной физраствором марлевой прокладкой
- г) металлическая пластина смазанная электропроводящим гелем

17. Почему у детей с острым аппендицитом быстро развивается распространенный перитонит: **(ПК-5, ПК-6)**

- а) у них отсутствуют специфические антитела
- б), выражены лимфоидные фолликулы в червеобразном отростке
- в) большой сальник у них «короткий»
- г) толстокишечное содержимое содержит больше микробов, чем у взрослого

д) снижена дезинтоксикационная функция печени

18. Во время лапароскопической операции можно исправить некорректную светопередачу (ПК-5, ПК-6)

- а) менять лампочку в источнике света
- б) протереть оптику стерильной марлей
- в) Настроить «баланс белого» в опциях видеокамеры или видеоблока
- г) обратиться за технической поддержкой к производителю

19. Острый холецистит обычно начинается с: (ПК-5, ПК-6)

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

20. При помощи чего двуокись углерода. Используемая при наложении карбоксиперитонеума очищается от мелкодисперстных частиц (ПК-5, ПК-6)

- а) при помощи одноразового внешнего фильтра устанавливаемого на выходе из инсуфлятора*
- б) при помощи внутреннего фильтра грубой очистки инсуфлятора
- в) при помощи газового редуктора
- г) двуокись углерода не нуждается в очистке от мелкодисперстных частиц

2 уровень:

1. Определите очередность проведения инструментальных методов диагностики очаговых заболеваний печени: (ПК-5, ПК-6)

- 1 УЗИ
- 2 Доплерография
- 3 КТ с контрастированием
- 4 МРТ
- 5 Ангиография
- 6 Пункционная биопсия
- 7 Лапароскопия

Ответ: _____

2. Установите последовательность этапов обработки лапароскопических инструментов: (ПК-5, ПК-6)

- 2 Предварительная очистка
- 3 Окончательная очистка (предстерилизационная)
- 4 Стерилизация

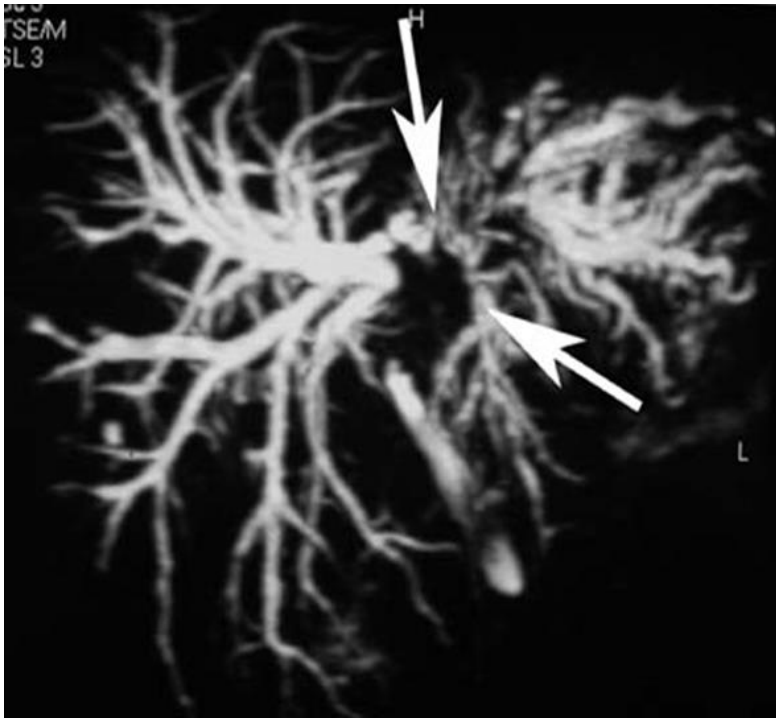
Ответ _____

3. Как называется исследование, изображенное на рисунке: (ПК-5, ПК-6)



Ответ: _____

5. Какое исследование выполнено больному (введите его аббревиатуру): (ПК-5, ПК-6)



Ответ: _____

- 6 Как называется по имени автора метод исследования (кожно-аллергическая проба), с помощью которого выявляют наличие у больного альвеококкоза: **(ПК-5, ПК-6)**

Ответ: _____

7 уровень:

1. Больная К., 62 лет, поступила с жалобами на умеренные боли в правом подреберье без иррадиации, желтушность кожи. Больна в течение 7 дней, когда после приема жареной пищи появились интенсивные боли в правом подреберье, рвота желчью. После приема спазмолитиков боли уменьшились. На следующий день отметила мочу темного цвета, желтушность склер. При осмотре кожные покровы и склеры желтой окраски. Пульс 84 удара в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Температура тела 36,6 С. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Мейо-Ромбсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. В анализе крови – лейкоцитов $6,0 \times 10^9$, билирубин общий 212 мкмоль/л, прямой 180 мкмоль/л, амилаза крови 16 ед/л, АСТ 16 ед/л, АЛТ 30 ед/л. **(ПК-5, ПК-6)**

Какой предварительный диагноз Вы поставите?

- ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холангиолитиаз. Механическая желтуха.
- ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Холангиолитиаз. Механическая желтуха.
- ЖКБ. Холангиолитиаз. Острый гнойный холангит. Механическая желтуха.
- ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Вклиненный камень фатерова сосочка. Механическая желтуха.
- Острый панкреатит.

Какой генез желтухи Вы предполагаете?

- Гемолитическая желтуха
- Паренхиматозная желтуха
- Механическая желтуха
- Смешанная желтуха

Выберите дополнительные методы обследования, которые позволят подтвердить диагноз.

- Обзорная рентгенография брюшной полости
- ФГДС
- УЗИ органов брюшной полости
- Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- МРТ-холангиография
- Пероральная холецистография
- Диагностическая лапароскопия

Выберите правильный вариант лечебной тактики у данного больного.

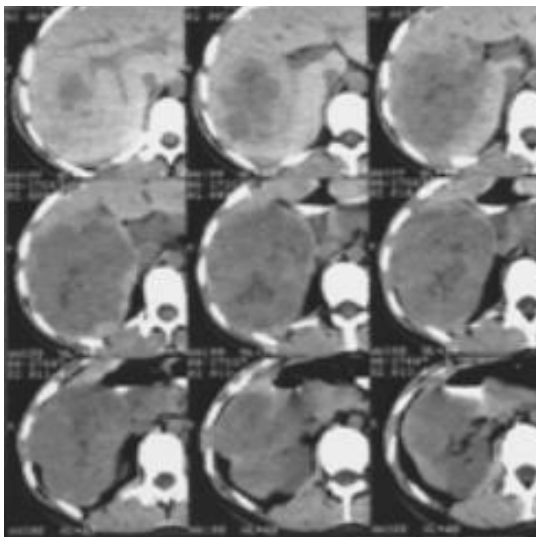
- Экстренная операция – холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование желчных путей.
- Консервативное лечение с последующим амбулаторным долечиванием.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией и лапароскопическая холецистэктомия.

2. Больная М., 65 лет. Поступила в хирургическое отделение с жалобами на постоянные, тупые неинтенсивные боли в эпигастрии и правом подреберьи, повышенную утомляемость, слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела, субфебрильную температуру по вечерам.

Больна в течение 4 месяцев. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отмечает постепенное нарастание клинических проявлений. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, питание несколько снижено, склеры субиктеричны. Со стороны органов грудной полости патологии не выявлено. Живот обычной формы, при пальпации отмечается умеренная болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Край ее уплотнен, при пальпации слабо болезнен. При перкуссии живота патологических изменений не выявлено.

Лабораторные данные: ан.крови НЬ 107 г/л, Эр. $3,5 \times 10^9$ /л, лейкоц. $9,3 \times 10^9$ /л, формула без патологии, СОЭ 59 мм/ч. Биохимический анализ: общ.белок 56,8 г/л; билирубин: общ. 45,2 мкмоль/л, прям. 37,7 мкмоль/л. АСТ-48, АЛТ-39 (норма до 32). Кт печени: см. ниже. АФП –1056 мкг/л, реакция Кацони отрицательна, СА 19-9 – 14 ед/л. (ПК-5, ПК-6)



Ваш предположительный диагноз.

- Гепатоцеллюлярный рак
- Холангиокарцинома печени
- Альвеококкоз печени
- Рак Клацкина
- Гепатоаденома

Дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования.

- УЗИ
- МСКТ
- ФГДС
- Фиброколоноскопия
- Рентгенография грудной клетки
- Пункционная биопсия
- Лапароскопия

3. Больной К., 41 года, поступил в клинику хирургических болезней из центральной районной больницы с жалобами на постоянные интенсивные тупые боли в эпигастрии, периодически боли носят опоясывающий характер, вздутие живота после приема пищи, похудание, кожный зуд. Периодические повышения температуры до субфебрильных цифр. Четыре месяца назад получил сильный удар ногой в эпигастральную область. Был госпитализирован в ЦРБ, где лечился в течение трех недель с Дз.: Закрытая травма живота. Проводилось лечение обезболивающими препаратами, спазмолитиками, в/в инфузиями кристаллоидов. Боли уменьшились, пациент самостоятельно ушел из больницы.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, шелушение кожи, расчесы. Пульс 84 в мин., АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание в легких везикулярное. Язык влажный. Живот участвует в дыхании. В эпигастральной области и левом подреберье определяется на глаз выбухание. При пальпации в этой области определяется плотноэластическое опухолевидное образование 15x15 см, несмещаемое, слегка болезненное с притуплением перкуторного звука над ним.

Из выписки истории болезни из ЦРБ перед направлением в клинику: Эритроциты - 4,5 млн., гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - 7,8 тыс, СОЭ - 19 мм.ч., билирубин - 17 мкмоль/л, амилаза крови 450 ед.

На представленных из ЦРБ рентгенограммах исследования желудка с взвесью бария видно, что в прямой проекции желудок увеличен в размерах, контрастированы 12-перстная кишка и начальные отделы тощей кишки, а на боковой рентгенограмме желудок резко оттеснен кпереди и несколько вверх по окружности большого диаметра, расстояние между позвоночником и задней стенкой желудка 14 см (резко увеличено). (ПК-5, ПК-6)

Ваш диагноз.

- Рак тела поджелудочной железы
- Эпителиальная киста поджелудочной железы
- Ложная постнекротическая киста поджелудочной железы
- Аневризма брюшного отдела аорты

Какое и инструментальное обследование необходимо провести больному для уточнения диагноза.

- УЗИ
- МСКТ
- ЭРХПГ
- Допплерография висцеральных артерий
- Лапароскопия

Хирургическая тактика. и возможные виды оперативных вмешательств.

- Консервативное лечение
- Хирургическое лечение

Возможные виды оперативных вмешательств:

- Дистальная резекция поджелудочной железы
- Цистогастроанастомоз
- Цистодуоденоанастомоз
- Цистоеюноанастомоз
- Чреспросветная эндоскопическая цистогастротомия

Критерии оценки:

- «зачтено» - не менее 71% правильных ответов;
- «не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

3.3. Примерные ситуационные задачи, критерии оценки

Задача 1. (ПК-5, ПК-6)

Пациентка М., 48 лет госпитализирована в плановом порядке по поводу ЖКБ, выполнена лапароскопическая холецистэктомия под наркозом. На 3-е сутки после операции пациентка отмечает нарастающие боли в правом подреберье, с иррадиацией по правому фланку, усиливающиеся внизу живота при ходьбе. Лабораторные показатели в пределах нормы. По УЗИ: выявлены следы жидкости в подпеченочном пространстве, свободной жидкости в малом тазу нет.

- 1.Ваша хирургическая тактика?
- 2.Объем операции

Задача 2. (ПК-5, ПК-6)

Больная А., 19 лет. Предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, с иррадиацией в правое бедро и задний проход. Заболела накануне, когда появились разлитые боли по всему животу, однократная рвота, дважды жидкий стул. Температура тела 37,8⁰С. Объективно: сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга, положительный симптом Воскресенского справа, Ровзинга, Бартомье-Михельсона. Лабораторно: лейкоциты 18,1*10⁹*/л, сдвиг формулы влево. Заключение гинеколога: правосторонний сальпингоофорит. Пельвиоперитонит.

- 1.Ваша хирургическая тактика?
- 2.Объем операции

Задача 3. (ПК-5, ПК-6)

Больной К., 41 года, поступил в клинику хирургических болезней из центральной районной больницы с жалобами на постоянные интенсивные тупые боли в эпигастрии, периодически боли носят опоясывающий характер, вздутие живота после приема пищи, похудание. кожный зуд. Периодические повышения температуры до субфебрильных цифр. Четыре месяца назад получил сильный удар ногой в эпигастральную область. Был госпитализирован в ЦРБ, где лечился в течение трех недель с Дз.: Закрытая травма живота. Проводилось лечение обезболивающими препаратами, спазмолитиками, в/в инфузиями кристаллоидов. Боли уменьшились, пациент самостоятельно ушел из больницы.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, шелушение кожи, расчесы. Пульс 84 в мин., АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание в легких везикулярное. Язык влажный. Живот участвует в дыхании. В эпигастральной области и

левом подреберье определяется на глаз выбухание. При пальпации в этой области определяется плотноэластическое опухолевидное образование 15x15 см, несмещаемое, слегка болезненное с притуплением перкуторного звука над ним.

Из выписки истории болезни из ЦРБ перед направлением в клинку: Эритроциты - 4,5 млн., гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - 7,8 тыс, СОЭ - 19 мм.ч., билирубин - 17 мкмоль/л, амилаза крови 450 ед.

На представленных из ЦРБ рентгенограммах исследования желудка с взвесью бария видно, что в прямой проекции желудок увеличен в размерах, контрастированы 12-перстная кишка и начальные отделы тощей кишки, а на боковой рентгенограмме желудок резко оттеснен кпереди и несколько вверх по окружности большого диаметра, расстояние между позвоночником и задней стенкой желудка 14 см (резко увеличено).

13. Ваш диагноз.
14. Какое и инструментальное обследование необходимо провести больному для уточнения диагноза.
15. Хирургическая тактика. и возможные виды оперативных вмешательств.
16. Возможные виды оперативных вмешательств

Задача 4. (ПК-5, ПК-6)

Больная К., 62 лет, поступила с жалобами на умеренные боли в правом подреберье без иррадиации, желтушность кожи. Больна в течение 7 дней, когда после приема жареной пищи появились интенсивные боли в правом подреберье, рвота желчью. После приема спазмолитиков боли уменьшились. На следующий день отметила мочу темного цвета, желтушность склер. При осмотре кожные покровы и склеры желтой окраски. Пульс 84 удара в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Температура тела 36,6 С. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Мейо-Ромбсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. В анализе крови – лейкоцитов 6,0x10⁹/л, билирубин общий 212 мкмоль/л, прямой 180 мкмоль/л, амилаза крови 16 ед/л, АСТ 16 ед/л, АЛТ 30 ед/л.

9. Какой предварительный диагноз Вы поставите?
10. Какой генез желтухи Вы предполагаете?
11. Выберите дополнительные методы обследования, которые позволят подтвердить диагноз.
12. Выберите правильный вариант лечебной тактики у данного больного.

Задача 5. (ПК-5, ПК-6)

Больная М., 65 лет. Поступила в хирургическое отделение с жалобами на постоянные, тупые неинтенсивные боли в эпигастрии и правом подреберья, повышенную утомляемость, слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела, субфебрильную температуру по вечерам.

Больна в течение 4 месяцев. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отмечает постепенное нарастание клинических проявлений. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, питание несколько снижено, склеры субиктеричны. Со стороны органов грудной полости патологии не выявлено. Живот обычной формы, при пальпации отмечается умеренная болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Край ее уплотнен, при пальпации слабо болезнен. При перкуссии живота патологических изменений не выявлено.

Лабораторные данные: ан.крови НЬ 107 г/л, Эр. 3,5x10¹⁰ /л, лейкоц. 9,3x10⁹/л, формула без патологии, СОЭ 59 мм/ч. Биохимический анализ: общ.белок 56,8 г/л; билирубин: общ. 45,2 мкмоль/л, прям. 37,7 мкмоль/л. АСТ-48, АЛТ-39 (норма до 32). Кт печени: см. ниже. АФП –1056 мкг/л, реакция Кацони отрицательна, СА 19-9 – 14 ед/л.

7. Ваш предположительный диагноз.
8. Дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования.

Критерии оценки:

«зачтено» - обучающийся решил задачу в соответствии с алгоритмом, дал полные и точные ответы на все вопросы задачи, представил комплексную оценку предложенной ситуации, сделал выводы, привел дополнительные аргументы, продемонстрировал знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, нормативно-правовых актов; предложил альтернативные варианты решения проблемы;

- «не зачтено» - обучающийся не смог логично сформулировать ответы на вопросы задачи, сделать выводы, привести дополнительные примеры на основе принципа межпредметных связей, продемонстрировал неверную оценку ситуации.

3.4. Примерный перечень практических навыков, критерии оценки (ПК-5, ПК-6)

1. Составить перечень оборудования лапароскопической операционной;
2. Провести диагностическую видеолапароскопию со взятием биопсии технически несложной биопсии и оценить ее результаты;
3. Произвести видеолапароскопический гемостаз кровоточащего сосуда;
4. Произвести видеолапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости.
5. Организовать проведение лечебно-диагностической видеолапароскопии в условиях хирургического стационара, оборудованного операционной с видеолапароскопической стойкой.

6. Лапароскопическое вскрытие, санация и дренирование гнойных процессов (абсцессов, флегмон, панарициев и др.)
7. Пункционное дренирование абсцессов печени.
8. Пункционное дренирование гематом печени
9. Дренирование кист поджелудочной железы
10. Лапароскопическая биопсия печени
11. Видеолапароскопическая санация и дренирование брюшной полости

Критерии оценки:

- «зачтено» - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

- «не зачтено» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

4.1 Методика проведения тестирования

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации
	зачет
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	18
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	36
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	8

Кол-во баллов за правильный ответ	4
Всего баллов	32
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	4
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	32
Всего тестовых заданий	30
Итого баллов	100
Мин. количество баллов для аттестации	70

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом зачёта независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете.

Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

4.2. Методика проведения приема практических навыков

Цель этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с зачетным собеседованием по усмотрению кафедры.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

Описание проведения процедуры:

ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП

НАЛОЖЕНИЕ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА (КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА)

Пневмоперитонеум является основным способом создания рабочего пространства для лапароскопической операции и накладывается путем введения газа в брюшную полость. Чаще всего

используется углекислый газ, в редких случаях закись азота или обычный воздух. В дальнейшем давление газа поддерживается на заданном уровне в течение всего интраабдоминального этапа оперативного вмешательства.

Наиболее распространенным способом наложения пневмоперитонеума является пункция иглой Вереща. Оптимальной точкой для осуществления пункции считается верхняя или нижняя полуокружность пупка. Указанная точка применима для 95% больных и анатомически обоснованна. Во-первых, эта часть брюшной стенки является самой тонкой, поскольку в этой зоне мало жировых отложений. Во-вторых, в пупочной области апоневроз и брюшина сростаются между собой. В тех случаях, когда наложение пневмоперитонеума иглой Вереща невозможно, то производится введение первого троакара по Hasson.

МЕТОДИКА ВВЕДЕНИЯ ИГЛЫ ВЕРЕЩА

В предполагаемой точке введения иглы и первого троакара производится разрез кожи длиной 2-3 см. Направление разреза выбирается исходя из косметических соображений. После рассечения кожи и

ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП

НАЛОЖЕНИЕ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА (КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА)

Пневмоперитонеум является основным способом создания рабочего пространства для лапароскопической операции и накладывается путем введения газа в брюшную полость. Чаще всего используется углекислый газ, в редких случаях закись азота или обычный воздух. В дальнейшем давление газа поддерживается на заданном уровне в течение всего интраабдоминального этапа оперативного вмешательства.

Наиболее распространенным способом наложения пневмоперитонеума является пункция иглой Вереща. Оптимальной точкой для осуществления пункции считается верхняя или нижняя полуокружность пупка. Указанная точка применима для 95% больных и анатомически обоснована. Во-первых, эта часть брюшной стенки является самой тонкой, поскольку в этой зоне мало жировых отложений. Во-вторых, в пупочной области апоневроз и брюшина сростаются между собой. В тех случаях, когда наложение пневмоперитонеума иглой Вереща невозможно, то производится введение первого троакара по Hasson.

МЕТОДИКА ВВЕДЕНИЯ ИГЛЫ ВЕРЕЩА

В предполагаемой точке введения иглы и первого троакара производится разрез кожи длиной 2-3 см. Направление разреза выбирается исходя из косметических соображений. После рассечения кожи и выполнения гемостаза передняя брюшная стенка приподнимается цапкой. Движением кисти пункционная игла проводится через брюшную стенку (рис 2.1). Тактильно во время пункции ощущается прохождение иглой апоневроза и брюшины. При этом пружина иглы совершает два видимых движения:

- при прохождении через апоневроз;
- при прохождении через брюшину.

Для определения правильности положения иглы Вереща после выполнения пункции используются следующие пробы:

1. Тест шипения.
2. Тест Palmer.
3. Аспирационный тест.
4. Тест отрицательного давления.
5. Тест давления инсuffляции.
6. Тест внутрибрюшного давления.

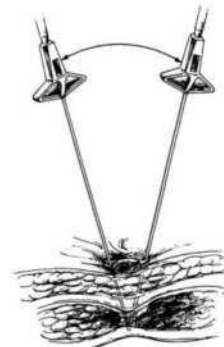
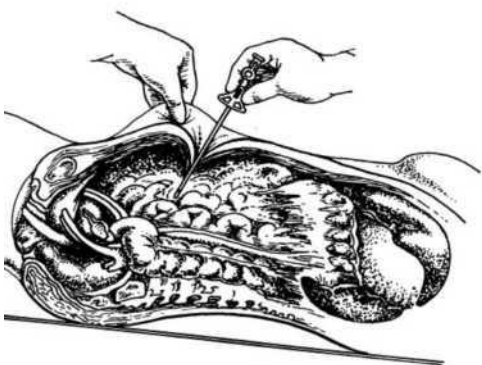


Рис. Введение иглы Вереща

После успешного введения иглы Вереща и наложения пневмоперитонеума до 14 мм рт. ст. необходимо ввести первый троакар. Его введение в брюшную полость (как правило, в параумбиликальной области и в той же точке, что и игла Вереща) осуществляется вслепую. Прямую пункцию брюшной полости троакаром, без наложения пневмоперитонеума, производить запрещается из-за высокого риска повреждения кишечника и сосудов.

Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено» или «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

4.3 Методика проведения устного собеседования

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с расписанием учебных занятий (если промежуточная аттестация проводится в форме зачета) либо в соответствии с приказом о проведении промежуточной аттестации (если промежуточная аттестация проводится в форме экзамена). Деканатом факультета, отделом подготовки кадров высшей квалификации может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

Описание проведения процедуры:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование проводится по вопросам билета. Результат собеседования при проведении при промежуточной аттестации в форме зачёта – оценками «зачтено», «не зачтено».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачётные ведомости и представляются в деканат факультета, за которым закреплена образовательная программа, либо в отдел подготовки кадров высшей квалификации.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.