

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Железнов Лев Михайлович  
Должность: ректор  
Дата подписания: 01.02.2022 16:57:00  
Уникальный программный ключ:  
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f31

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

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

## РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ «ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ»

Специальность 31.05.02. «Педиатрия»

Направленность (профиль) ОПОП - Педиатрия

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 6 лет

Кафедра госпитальной хирургии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

- 1) ФГОС ВО по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденного Министерством образования и науки РФ «17»августа 2015г., приказ № 853.
- 2) Учебного плана по специальности 31.05.02 Педиатрия, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «27» июня 2018 г. протокол № 5.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

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

Заведующий кафедрой В.А. Бахтин

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

Председатель ученого совета факультета О.Н. Любезнова

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

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

**Разработчики:**

Доцент кафедры госпитальной хирургии Онучин П.Г.

**Рецензенты:**

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

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

## 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	5
1.6. Формируемые компетенции выпускника	5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	9
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	9
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	9
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	12
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	12
3.4. Тематический план лекций	12
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	19
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	28
3.7. Лабораторный практикум	29
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ	29
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	29
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)	29
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	29
4.2.1. Основная литература	29
4.2.2. Дополнительная литература	29
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	30
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	30
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	32
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	33
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	34
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	35

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

### **1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)**

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

### **1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)**

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемиологических мероприятий;
- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризаций, диспансерного наблюдения детей;
- познакомить студентов с наиболее часто встречающимися хирургическими заболеваниями органов дыхания, пищеварения, с заболеваниями сосудов, щитовидной железы, молочной железы и т. д.; современными понятиями, терминами и определениями, относящимися к разделу знаний по госпитальной хирургии, последними достижениями в диагностике и лечении хирургических заболеваний;
- сформировать у студентов умение пользоваться современными классификациями хирургических заболеваний, МКБ-10;
- сформировать умение проводить дифференциальную диагностику хирургических заболеваний между собой, а также с заболеваниями, которые изучаются на других дисциплинах (терапевтическими, эндокринологическими, неврологическими, акушерско-гинекологическими и т.д.), сходными по клинической картине;
- овладеть навыками составления диагностического алгоритма на основании знаний методов диагностики, порядка их назначения с учетом данных полученных при физикальном осмотре и изучения медицинской документации;
- сформировать у студентов навыки правильно формулировать диагноз, определять показания (противопоказания) к хирургическому лечению, выбрать и обосновать наиболее рациональный способ оперативного вмешательства с учетом последних достижений хирургии;
- сформировать у студентов навыки работы в хирургическом кабинете поликлиники, проведения медико-социальной и врачебной экспертизы хирургического больного;
- познакомить студентов со стандартами оказания медицинской помощи хирургическим больным
- научить студентов выполнять хирургические манипуляции, предусмотренные реестром практических навыков
- довести до сведения студентов типичные ошибки, встречающиеся при работе с хирургическим больным, способы избежать их, а также штрафные санкции ОМС.

### **1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:**

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

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

Является предшествующей для изучения дисциплины: Детская хирургия.

#### 1.4. Объекты профессиональной деятельности

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

- физические лица в возрасте от 0 до 18 лет (далее – дети, пациенты);
- физические лица – родители (законные представители) детей;
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья детей.

#### 1.5. Виды профессиональной деятельности

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

- медицинская;

#### 1.6. Формируемые компетенции выпускника

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

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства	
			Знать	Уметь	Владеть	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	ОК-1	способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	33. Принципы объединения симптомов в синдромы.	У3. Анализировать симптомы патологических процессов и заболеваний, устанавливать логическую взаимосвязь между этиологическим фактором и развитием патологического процесса, анализировать механизмы развития заболеваний и патологических процессов; обосновывать принципы терапии.	В3. Навыками составления схем патогенеза патологических процессов и заболеваний.	Тест, учебная история болезни	Тест, собеседование
2.	ОК-4	способностью действовать в нестандартных ситуациях, готовностью нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	32. Основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, включая вопросы профессиональной этики.	У2. Принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.	В2. Способностью осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и	Тест, учебная история болезни	Тест, собеседование

					принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности.		
3.	ОПК-1	готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности	33. Правила и принципы профессионального поведения с учетом основных требований информационной безопасности.	У3. Применять требования информационной безопасности для решения практических задач.	В3. Способами совершенствования профессиональной деятельности; компьютерной техникой, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях с учетом требований информационной безопасности.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
4.	ОПК-4	способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	32. Основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.	У2. Соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать правила врачебной этики и деонтологии, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня; законы и нормативные	В2. Принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с детьми и подростками, их родителями и родственниками.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование

				правовые акты по работе с конфиденциальной информацией.			
5.	ОПК-5	способностью и готовностью анализировать результаты деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	31. Принципы доказательной медицины; дисциплинарную, административную, уголовную ответственность медицинских работников.	У1. Осуществлять поиск решения профессиональных задач с использованием теоретических знаний и практических умений; предотвращать возможные врачебные ошибки.	В1. Способами совершенствования профессиональной деятельности.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
6.	ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации	33. Правила оформления и схемы написания истории болезни, истории развития ребенка, направления в стационар, экстренного извещения, проведения противоэпидемических мероприятий и диспансерного наблюдения; системный подход к анализу медицинской информации.	У3. Заполнять направление в стационар, экстренное извещение в органы санэпиднадзора, историю болезни и историю развития ребенка. Составлять план диспансерного наблюдения и проведения противоэпидемических мероприятий в очаге.	В3. Способностью оформлять истории болезни, истории развития ребенка, направления в стационар, экстренного извещения, проведения противоэпидемических мероприятий и диспансерного наблюдения в соответствии с установленными требованиями.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
7.	ОПК-11	готовностью к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	32. Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	У2. Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	В2. Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование

8.	ПК-2	способностью и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми детьми и детьми с хроническими заболеваниями	33. Современные методы оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, медико-профилактические технологии, методические подходы к проведению и оценки эффективности профилактических, общеоздоровительных мероприятий.	У3. Оценивать влияние природных и социальных факторов на развитие болезней, проводить комплексные медико-профилактические мероприятия, организовать проведение и оценивать эффективность профилактических и общеоздоровительных мероприятий.	В3. Методами оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, проведения медико-профилактических мероприятий, современными технологиями проведения профилактических и общеоздоровительных мероприятий.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
9.	ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	34. Современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных, методы специфической диагностики инфекционных и паразитарных заболеваний, гельминтозов и их диагностические возможности.	У4. Анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах.	В5. Навыками интерпретации результатов диагностических технологий по возрастным половым группам.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
10.	ПК-6	способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.	33. Причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики подростков и взрослого населения терапевтического профиля.	У3. Назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз	В3. Методами общего клинического обследования больных для выявления основных патологических симптомов, синдромов заболеваний. Навыком составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыком проведения дифференциального диагноза;	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование



			Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую).		интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики		
11.	ПК-11	готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	34. Стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	У4. Применять стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	В4. Навыками применения стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование

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

Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетных единицы, 108 час.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры	
		№ 8	№ 9
1	2	3	4
Контактная работа (всего)	72	24	48
в том числе:			
Лекции (Л)	18	10	8
Практические занятия (ПЗ)	54	14	40
Самостоятельная работа (всего)	36	12	24
В том числе:			
- подготовка к занятию	11	4	7
- история болезни	8	2	6
- подготовка к текущему контролю	6	2	4
- подготовка к тестированию	7	2	5
- работа с литературными и иными источниками информации	4	2	2
Вид промежуточной аттестации	Зачет	зачет	зачет
Общая трудоемкость (часы)	108		108
Зачетные единицы	3		3

## 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.	<p>ОК-1 ОК-4 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-11 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-11</p>	<p>Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия): заболевания легких и плевры, и заболевания пищевода, травма груди)</p>	<p><b>Заболевания легких и плевры.</b> Абсцесс легкого, гангрена легкого, бронхоэктатическая болезнь, эмпиема плевры: определение, этиология, патогенез, клиника, методы диагностики, показания к хирургическому и консервативному лечению, профилактика, экспертиза нетрудоспособности</p> <p><b>Травма груди:</b> общие вопросы торакальной травмы: этиология, классификация, основные синдромы травмы груди, методы диагностики. Частные вопросы травмы груди: ушиб грудной клетки, переломы ребер и грудины, повреждение легких, сердца и крупных сосудов: особенности клиники, диагностика, лечебная тактика. Неотложная помощь при ранениях сердца и крупных сосудов. Клиника, диагностика и лечение легочного кровотечения</p> <p><b>Заболевания пищевода</b> – врожденный короткий пищевод, дивертикулы пищевода, повреждения пищевода, химические ожоги пищевода, инородные тела пищевода, ахалазия пищевода и эзофагоспазм, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рубцовые стриктуры пищевода Этиология, патогенез, клиника, инструментальные методы диагностики, дифференциальная диагностика, лечение. Бужирование и кардиодилатация. Реконструктивно-пластическая хирургия пищевода. Неотложная помощь при ожогах пищевода, инородных телах, перфорации, пищеводном кровотечении.</p>
2.	<p>ОК-1 ОК-4 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-11 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-11</p>	<p>Сердечно -сосудистая хирургия: (пороки сердца, ИБС, заболевания артерий, заболевания вен, заболевания висцеральных артерий).</p>	<p><b>Заболевания сердца.</b> Врожденные пороки сердца, приобретенные пороки сердца: этиология, классификация, клиника (аускультативная картина различных пороков), методы диагностики, дифференциальная диагностика, показания к хирургическому лечению, виды операций. Хирургическое лечение ИБС. Современные достижения кардиохирургии. Роль рентгенэндоваскулярной хирургии в лечении пороков сердца и ИБС.</p> <p><b>Заболевания артерий.</b> Облитерирующие заболевания сосудов конечностей: облитерирующий атеросклероз, облитерирующий эндартериит, облитерирующий тромбангиит: этиология, патогенез, клиника, стадии ХАН по В.С. Савельеву, методы диагностики, дифференциальная диагностика, показания к консервативному и хирургическому лечению. Осложнения. Медикаментозная терапия, виды операций. Острая артериальная непроходимость: этиология, определение понятий тромбоз и эмболия, патогенез нарушений кровообращения в конечности, клиника, стадии острой артериальной недостаточности (ОАН). Диагностика ОАН. Неотложная и первая врачебная помощь. Лечебная тактика: показания к консервативной терапии. Показания операции, направленной на восстановление кровоснабжения, виды операций. Показания к первичной ампутации конечности.</p> <p style="text-align: right;">Рентгенэндоваскулярные</p>

			<p>вмешательства на периферических артериях. Профилактика атеросклероза и эндартериита, роль вредных привычек (курение и алкоголь) в развитии заболеваний.</p> <p><b>Заболевания вен.</b> Варикозная болезнь: этиология, патогенез, значение «сидячих» профессий и малоактивного в физическом плане образа жизни в формировании варикозной болезни, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения: консервативные, малоинвазивные, оперативные. Показания к различным видам операций. Осложнения варикозной болезни. Профилактика. Роль здорового образа жизни, занятия физкультурой и спортом в профилактике варикоза. Острый венозный тромбоз: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечебная тактика. Осложнения ОВТ. ТЭЛА: классификация, клиника, методы диагностики, неотложные лечебные мероприятия. Стандарты профилактики ТЭЛА у хирургических больных. Посттромбофлебитический синдром: Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы консервативного и хирургического лечения. Хроническая венозная недостаточность. Степени ХВН. Трофические изменения при ХВН. Трофические язвы.</p> <p><b>Заболевания висцеральных сосудов.</b></p>
3.	<p>ОК-1 ОК-4 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-11 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-11</p>	<p>Заболевания органов брюшной полости: (заболевания поджелудочной железы, заболевания печени и желчных протоков, механическая желтуха).</p>	<p><b>Заболевания поджелудочной железы</b> <b>Заболевания печени и желчных протоков</b> <b>Механическая желтуха.</b> <b>Малоинвазивная абдоминальная хирургия.</b></p>
4.	<p>ОК-1 ОК-4 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-11 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-11</p>	<p>Эндокринная хирургия: (заболевания щитовидной железы). Зачетное занятие.</p>	<p><b>Заболевания щитовидной железы.</b> Классификация заболеваний щитовидной железы. Методы обследования щитовидной железы: лабораторные и инструментальные. Врожденные аномалии развития: гипо- и аплазия щитовидной железы, аберрантный зоб: клиника, диагностика методы лечения. Определение понятия «зоб». Классификация зоба по этиологии, степени увеличения, функции щитовидной железы, характеру поражения щитовидной железы. Узловой зоб: этиология, клиника, методы диагностики (УЗИ, пункционная биопсия), показания к хирургическому и консервативному лечению. Объем операций в зависимости от формы зоба (одно-,многоузловой,диффузный). Диффузный токсический зоб: этиология, патогенез, клиника в зависимости от степени тяжести гипетиреоза, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Предоперационная подготовка. Современные подходы к</p>

			определению объема резекции щитовидной железы. Возможные осложнения при операциях на щитовидной железе. Неотложная помощь при кровотечении, гипопаратиреозе, тиреотоксическом кризе.
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 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	Детская хирургия	+	+	+	+

### 3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СР С	Всего часов
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия): заболевания легких и плевры, и заболевания пищевода, травма груди)	4	10			8	22
2	Сердечно -сосудистая хирургия: (пороки сердца, ИБС, заболевания артерий, заболевания вен, заболевания висцеральных артерий).	6	22			14	42
3	Заболевания органов брюшной полости: (заболевания поджелудочной железы, заболевания печени и желчных протоков, механическая желтуха).	6	15			10	31
4	Эндокринная хирургия: (заболевания щитовидной железы). Зачетное занятие.	2	5			4	11
			2				2
	Вид промежуточной аттестации:	зачет					+
	Итого:	18	54			36	108

### 3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)	
				№ Сем 8.	№ Сем 9.
1	2	3	4	5	6
1		Неотложные	Классификация повреждений груди. Открытые, закрытые, сочетанные и комбинированные повреждения. Частота тарвм груди. Патофизиологические изменения: расстройства внешнего дыхания, расстройства кровообращения, шок.	2	

	1	состояния в торакальной хирургии	<p>Патогенез при повреждении легочного каркаса. Флотирующие переломы ребер. Пневмоторакс, классификация. Клапанный пневмоторакс. Подкожная эмфизема. Гемоторакс. Расстройства кровообращения. Кровопотеря, сдавление и смещение сердца и крупных магистральных сосудов. Тампонада сердца, транспозиция средостения, экстраперикардальная тампонада сердца. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Клиника и диагностика. Достоверные симптомы повреждения легкого: гемоторакс, пневмоторакс, подкожная эмфизема, кровохарканье. Рентгенологическая диагностика, томография, бронхография, бронхоскопия, УЗИ. Диагностическая пункция, методика. Торакоскопия. Лечение: первая помощь при острой дыхательной недостаточности, кровопотере и сердечно-сосудистой недостаточности. Трансфузионная терапия, роль реинфузии крови. Лечебная тактика при повреждениях груди. Консервативное лечение. Плевральные пункции, активное и пассивное дренирование плевральной полости, обезболивание. Лечение флотирующих переломов. Показания к торакостомии при тяжелых травмах груди: гемостатические аэростатические дополнительные Торакостомия. Введение послеоперационного периода: профилактика дыхательной недостаточности, пневмонии и плевритов и свернувшегося гемоторакса. Особенности хирургической тактики при ранении сердца и крупных сосудов, повреждении крупных бронхов и трахей. Особенности торакоабдоминальных ранений.</p>		
2.	1	Заболевания пищевода.	<p>Заболевания пищевода, анатомо-физиологические сведения о пищеводе. Классификация заболеваний пищевода. Методы исследования (рентгеноскопия, рентгенография, эзофагоскопия, пневмомедиастинография, рентгенокинематография, радиоизотопная диагностика).</p> <p>Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Патогенез, клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде. Значение кортикостероидов для предотвращения структур пищевода. Раннее и позднее бужирование.</p> <p>Клиника рубцового сужения пищевода, локализация и формы сужения. Диагностика. Лечение, бужированием, методы бужирования, показания к ним. Хирургическое лечение. Типы пластического замещения пищевода(пластика пищевода тонкой и толстой кишкой, комбинированная пластика). Одномоментные и многомоментные операции. Результаты оперативного лечения. Опухоли. Доброкачественные опухоли пищевода клиника, диагностика. Методы хирургического лечения. Рак пищевода. Этиология, патогенез. Патологическая анатомия. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Подготовка к операции. Виды операций(резекция кардии и нижнего отдела пищевода, операция Терека) и показания к ним. Паллиативные операции(обходной анастомоз, гастростомия, интубация опухоли) показания к ним. Послеоперационные осложнения. Результаты хирургического лечения, пути их улучшения. Лучевое химиотерапевтическое и симптоматическое лечение. Современные</p>	2	

			достижения в хирургии пищевода.		
3.	2	Хирургическое лечение врожденных пороков сердца.	<p>Частота врожденных пороков сердца (.Анатомо-физиологические сведения о сердце. Предпосылки развития ПС у детей - особенности фетального кровообращения. Сердечная гемодинамика плода, новорожденного и ребенка 1 года жизни. Специальные методы исследований. Классификация основных врожденных пороков сердца на 3 группы. Основные пороки "бледного типа". Клиническая картина дефекта межжелудочковой перегородки в зависимости от величины сброса крови. Показания к оперативному лечению данного порока. Радикальные и паллиативные операции. Показания к паллиативным операциям. Частота и клиническая картина при открытом артериальном кровотоке. Факторы, определяющие тяжесть клинических проявлений. Оперативное лечение порока. Частота, анатомические и гемодинамические изменения при дефектах межпредсердной перегородки. Клинические проявления порока. Показания к оперативному лечению. Основные проки "синего типа". Частота, анатомические и гемодинамические нарушения при тетраде Фалло.Клиническая картина заболевания: цианоз, одышечно-цианатические приступы, симптомы хронической сердечно-легочной недостаточности. Показания к оперативному лечению тетрады Фалло. Паллиативные и радикальные операции. Результаты лечения, частота, анатомические и гемодинамические нарушения при транспозиции магистральных сосудов.Клиническая картина порока. Основные паллиативные операции.Частота, анатомические и гемодинамические нарушения при атрезии трехстворчатого клапана. Основные клинические проявления порока. Паллиативные операции. Основные пороки "с препятствием кровотоку". Частота, анатомические изменения при коарктации аорты. Основные клинические проявления данного порока и его течение. Показания к оперативному лечению. Техника оперативных вмешательств Результаты лечения. Частота, анатомические изменения при стенозе аорты. Гемодинамика. Клиническая картина заболевания. Показания к оперативному лечению и техника оперативных вмешательств. Частота, анатомические изменения при изолированном стенозе легочной артерии. Клиническая картина заболевания. Показания к оперативному лечению и техника оперативных вмешательств.</p>	2	

4.	2	Облитерирующие заболевания артерий Острая артериальная непроходимость	<p>Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.</p> <p>Атомо-физиологические сведения об артериальной системе нижних конечностей. Основные заболевания - облитерирующий атеросклероз и облитерирующий эндартериит.</p> <p>Этиопатогенез облитерирующего атеросклероза и эндартериита. Клиническая картина данных заболеваний в зависимости от стадии по Б. В. Покровскому: жалобы, объективные, местные симптомы. Лабораторные и специальные методы исследования: биохимические исследования крови, функциональные пробы. электрофизиологические исследования, ангиография.</p> <p>Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Показания к консервативному лечению. Зависимость объема консервативной терапии от стадии заболевания. Результаты лечения. Прогноз.</p> <p>Показания к оперативному методу д лечения облитерирующих заболеваний. Выбор различных видов реконструктивных вмешательств в зависимости от уровня и характера патологического процесса. Паллиативные операции. Ведение послеоперационного периода. Осложнения послеоперационного периода. Результаты хирургического лечения.</p> <p>Экспертиза трудоспособности и прогноз. Понятие острой артериальной непроходимости. Основные заболевания - эмболия, тромбоз артерий. Общий патофизиологический процесс при данной патологии.</p> <p>Этиология острого тромбоза и эмболии. Характеристика общих клинических симптомов заболевания.</p> <p>Классификация острой артериальной ишемии по В. С. Савельеву. Специальные методы исследований: общий анализ крови и мочи, биохимические исследования крови, ангиография.</p> <p>Клиническая картина развития артериальной непроходимости при острой эмболии и тромбозе, их дифференциальная диагностика.</p> <p>Лечебная тактика врачей общей сети. Показания к консервативному и оперативному лечению при остром артериальном тромбозе. Объем консервативной терапии. Виды хирургических операций. Методы профилактики "синдрома включения" при ишемии II степени. Особенности ведения послеоперационного периода, возможные осложнения. Оперативное лечения острых эмболий артерий с помощью зонда "Дуэт". Результаты лечения.</p> <p>Результаты лечения острой непроходимости артерий.</p> <p>Экспертиза трудоспособности и прогноз.</p>	2	
			<p>Основные заболевания – варикозное расширение вен и посттромбофлебитический синдром.</p> <p>Этиопатогенез варикозной болезни: предрасполагающие и производящие факторы. Классификация варикозной болезни.</p> <p>Клиническая картина заболевания в зависимости от стадии, функциональные пробы, флебография. Показания к флебографии при варикозной болезни.</p>		

5.	2	Хронические заболевания вен Острый венозный тромбоз. ТЭЛА	<p>Показания к различным методам лечения заболевания: консервативному, Склерозирующей терапии, оперативному и комбинированному методам. Техника оперативных вмешательств при флебэктомии. Интра и после операционные осложнения. Результаты осложнения лечения, реабилитация прогноз. Этиопатогенез острых венозных тромбозов. Факторы, способствующие тромбообразованию. Классификация тромбозов глубоких вен нижних конечностей и таза в зависимости от локализации тромботического процесса. Патоморфологической картины, стадии клинического течения.</p> <p>Клиническая картина заболевания в зависимости от локализации тромбоза. Осложнения - ТЭЛА. Лабораторные и специальные методы исследования: общие анализы крови и мочи, биохимические исследования крови, флебография. Дифференциальная диагностика. Тактика. Показания к консервативному методу лечения острого тромбоза глубоких вен. Схема консервативной терапии. Оперативное лечение острых венозных тромбозов. Результаты лечения. Реабилитация - важнейший этап лечения, её принципы. Экспертиза трудоспособности и прогноз.</p>	2	
6.	3	Очаговые заболевания печени	<p>Классификация. Анатомо-физиологические данные.</p> <p>Основные функции печени: обмен белков, углеводов, витаминов, водный и минеральный, пигментный, секреция желчи, детоксицирующая функция. Основные симптомы и синдромы при заболеваниях печени. Клиническое обследование больных с заболеваниями печени требует подробного рассмотрения, расспроса и тщательного осмотра, т.к. многие сегменты не привлекают сразу внимание врача.</p> <p>Методы диагностики заболеваний печени. История развития. Инвазивные методы (лапаротомия, лапароскопия, пункционная биопсия). Ангиографические исследования: целиакография, спленопортография, кавграфия, ангиография печеночных вен, трансумбиликальная портогепатография, возвратная спленопортография).</p> <p>Неинвазивные методы диагностики: ультрасонография, простая, динамическая и спиральная компьютерная томография, магниторезонансная томография печени. Принципы составления программы обследования больного с заболеваниями печени. Серологические тесты: показания, принципы постановки. Очаговые заболевания печени Классификация Эхинококкоз и альвеококкоз печени. Гидатидный эхинококкоз (пузырный, однокамерный), чаще чем альвеококкоз 53-85% поражает печень.</p> <p>Диагностика: анализ, осмотр, ГСК, УЗИ, рентгенограмма, эозинофилия, реакция латекс-агглютинации, реакция Кацони, спленопорото-, целиакография, каваграфия, КТ. Лечение оперативное. Альвеококкоз: многокамерный эхинококкоз, поражает преимущественно печени Диагностика. Лечение хирургическое, при неоперабельности - общая и местная химиотерапия (тринафлавин, тепаль, сарколизин). <u>Опухоли</u>: Первичный рак печени. Гепатоцеллюлярный - гепатогенный,</p>	2	



			<p>холангиоцеллюлярный - лимфогенный пути метастазирования. Предрасполагающий фактор - цирроз печени</p> <p>Гемангиома - сосудистая опухоль, чаще случайная находка. Рост медленны, лечение оперативное.</p> <p>Поликистоз. В 4 раза чаще у женщин. Манифестация клиники в 40-50 лет. Лечение оперативное.</p>		
7.	3	Заболевания поджелудочной железы	<p>Классификация заболеваний поджелудочной железы. Общие вопросы диагностики Радиоиммунологическое исследование гормонов железы (инсулин, гликоген, гастрин). Определение билирубина и его фракций, печеночных ферментов. Рентгенологические исследования Эндоскопическое исследование. Врожденные заболевания ПЖ. Добавочная - локализация по всему ЖКТ, проявляется пептическими язвами. При обнаружении подкладит оперативному лечению. Кольцевидная поджелудочная железа - клиника дуоденальной непроходимости. Лечение - хирургическое: резекция сегмента кольца, либо обходной анастомоз.</p> <p>Кистозный фиброз - частное проявление врожденного муковисцидоза. Проявляется ОКН в послеродовом периоде. У взрослых - болевым синдромом и секреторной недостаточностью.</p> <p>Хронический панкреатит. Классификация. Этиопатогенез. Диагностика - боль у 92-95% больных, кишечный синдром (250-40%), похудание, сахарный диабет (25-40%). Объективно скудные данные.</p> <p>Исследование внешне- и внутрисекреторной функции. Дуоденальное зондирование с определением активности ферментов, проба с двойной сахарной нагрузкой.</p> <p>Рентгенисследование: кальпинаты в железе, смещение желудка, ДПК, холеграфия. ЭРПХГ. УЗИ. КТ.</p> <p>Лечение: диета с ограничением жиров и белков, спазмолитики, стимуляторы панкреатической секреции, заместительная ферментная терапия.</p> <p>Хирургическое лечение - показания: ЖКБ. непроходимость главного панкреатического протока, индуративный панкреатит с кальцинозом, стеноз БДС, кистозно-фиброзный панкреатит, язвенная болезнь ДПК, парапапиллярные дивертикулы ДПК, болевой панкреатит.</p> <p>Кисты ИЖ. Классификация. По частоте: воспалительные - 85-90%, неапластические - 10-12%, врожденные и паразитарные - 1-3%.</p> <p>Клиника и диагностика. Роль УЗИ железы (обнаружение кисты в 95%). Лечение - только хирургическое. Марсупиализация (открытое дренирование). Закрытое дренирование, удаление, анастомоз с ЖКТ. Наихудшие результаты - от наружного дренирования.</p> <p>Свищи ПЖ. Классификация. Этиопатогенез: травмы, деструктивные формы остров го панкреатита, наружное дренирование кист. Лечение: консервативное и оперативное.</p> <p>По строению - 60-95% аденокарциномы. Диагностика - из объективных и дополнительных методов, в 90-95% - желтуха.</p> <p>Лечение - хирургическое - паллиативные и радикальные операции.</p>		2

			Доброкачественные опухоли различного тканевого происхождения диагностируются случайно при УЗИ или операции.		
8.	3	Дифференциальная диагностика желтух.	<p>Определение желтухи. Образование билирубина. Три функции печени в обмене билирубина:1.захват билирубина из крови печеночной клеткой;2.связывание билирубина с глюкуроновой кислотой; 3.выделение связанного билирубина из печеночной клетки в желчные капилляры. Механизм выделения билирубина при различных видах желтухи.</p> <p>Ориентиром для установления этиологии желтухи может быть определение показателей билирубинового обмена.</p> <p>Повышенный распад эритроцитов - гемолитическая желтуха. Заболевания печени с поражением паренхимы и нарушением выделения билирубина в желчные капилляры возникает паренхиматозная желтуха.</p> <p>При препятствии для оттока желчи - механическая. Больные с механической желтухой занимают 2 место и требуют повышенного внимания, т.к. диагностика сложна и требуется неотложное хирургическое лечение.</p> <p>Наиболее частая причина механической желтухи - ЖКБ. У 20% наличие камней в гепатохоледохе, 15-25% - в ампуле. В 2ЭЙ причина желтухи - стеноз ЕДС. По В.В.Виноградову - 3 степени стеноза БДС.</p> <p>Посттравматические стриктуры. По статистике 1 повреждение на 500х/эктомий и 1 на 250 резекций желудка. Переворотом в хирургии Рубцовых стриктур является СТЦД предл. в 1969 году Сейпол и Курианом.</p> <p>Раки: в 70% причиной механической желтухи является поражение головки поджелудочной железы.</p> <p>Рак протоков - чаще гиллюсная локализация, рано становится неоперабельным.</p> <p>До 60-80% больных с механической желтухой первоначально попадают в инфекционные больницы. Такое положение обусловлено:</p> <p>1.клинические симптомы при желтухах различного генеза многообразны и часто не имеют определенной патологичности.</p> <p>2.используемые методы лабораторной диагностики часто оказываются недостаточно информативными, т.к. отражают функциональное состояние печени.</p> <p>3.общепринятые и достаточно достоверные инструментальные методы слишком сложны и применяются только в специализированный стационарах.При желтухе пред хирургом стоят следующие задачи:1.дифференцировать механическую желтуху от паренхиматозной и ге-молитической.2.выявить причину непроходимости желчных путей. 3.установить уровень и протяженность обтурации желчных путей.Необходим тщательный анализ всех клинических данных обследования больного.Возраст и пол, бвлезнь Боткина чаще до 40 лет, при паренхим. чаще старше 40 лет. При раках старше 40 лет до 70% больных. Портальный цирроз, первичный рак печени, рак ПЖ чаще у мужчин, в то время как ЖКБ, билиарный цирроз и</p>		2

			рая ЖП чаще у женщин. Анамнез: контакты с ж/больными, химическими веществами, приём) медпрепаратов. Внепеченочные знаки, увеличение печени, состояние ж/пузыря, селезенки, асцит, геморрагический синдром, д лихорадка. Дополнительные методы: УЗИ, КТ, холангиография, ЧЧХГ, ЭРХПГ, комбинированная (ЭРХПГ^ЧЧХГ), дуоденография, лапароскопия, сцинтиграфия. Лечение механической желтухи только оперативное. Паллиативные желчеотводящие операции и радикальные, ТЦД и СТЦД. Прогноз и экспертиза трудоспособности.		
9.	4	Заболевания щитовидной железы.	Анатомо-физиологические сведения о щитовидной железе. Классификация заболеваний. Методы обследования больных. Эндемический зоб. Определение понятия, классификация по степени увеличения, форме. Патологическая анатомия. Этиология (теория йодной недостаточности, значение струмогенных веществ, санитарно-гигиенических условий). Патогенез, признаки зобной эндемии. Клиника, диагностика, лечение. Показания к операции. Профилактика. Тиреотоксикоз. Определение понятия. Классификация по степени тяжести и стадиям развития. Клиника диффузного тиреотоксического зоба и узловых форм. Диагностика (значение определения основного обмена, поглощения диагностической дозы йода-131, сканирования щитовидной железы). Дифференциальный диагноз. Показания к различным видам лечения. Показания и противопоказания к операции. Предоперационная подготовка в зависимости от стадии тиреотоксикоза. Методы операций (энуклеация, экономная резекция, субтотальная резекция, гемиструмэктомия, удаление перешейка. комбинированные операции). Осложнения во время и после операции, клиника осложнений, их лечение и профилактика. Лечение и профилактика тиреотоксического криза и острой сердечно-сосудистой недостаточности как основных причин летальных исходов после операции у больных тиреотоксикозом. Ближайшие и отдалённые результаты хирургического лечения, пути их улучшения. Режим, доживание, трудоустройство больных после операции. Тиреоидиты и струмиты. Определение понятия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение консервативное и хирургическое. Ближайшие и отдалённые результаты. Тиреоидит Хашимото. Определение понятия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к медикаментозному и хирургическому лечению. Тиреоидит Риделя. Определение понятия. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение.		2
Итого:				10	8

### 3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела	Тематика практических	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)
-------	-----------	-----------------------	-----------------------------------------------	--------------------

	дисциплины	занятий (семинаров)		№ 8 сем.	№ 9 сем.
1	2	3	4	5	6
1.	1	Нагноительные заболевания легких и плевры. Бронхоэктатическая болезнь. Травма груди.	<p>Классификация нагноительных заболеваний по Путову. Понятие гангрены легких, гангренозного абсцесса и абсцесса легких (по определению И.С.Колесникова). Этиология и патогенез острых легочных нагноений. Микробная флора: стафилококк, анаэробная флора и т.д. Пути возникновения абсцессов и гангрены. Особенности инфузионно-трансфузионной терапии. Методы хирургического лечения острых абсцессов и гангрены легких: I дренирование; II. резекции. Техника дренирования полости абсцесса, плевральной полости. Этапы дренирования, активная аспирация по Саттер-Друзяк, пассивная аспирация по Волау. Объем хирургических вмешательств. Осложнения острых легочных нагноений: пиопневмоторакс, легочное кровотечение, поражение противоположного легкого и наиболее редкие: сепсис, пневмоперикардит, острая почечная недостаточность. Клиника пиопневмоторакса, напряженного пневмоторакса. Экстренная помощь при напряженном пиопневмотораксе. Клиника легочных кровотечений. Факторы, определяющие тяжесть кровотечения. Классификация легочных кровотечений по Стручкову. Лечение. Профилактика поражения противоположного легкого. Хронические абсцессы легких. Причины, способствующие переходу острого абсцесса в хронический: 1)недостаточный отток гноя; 2)наличие в полости абсцесса секвестров, нарушающих дренаж; 3)повышенное давление в полости абсцесса; 4)наличие плевральных сращений, препятствующих легочной ткани; 5)пневмофиброз. Клиника хронических абсцессов. Осложнения хронических абсцессов. Хирургическое лечение. Подготовка больных к операции. Объем оперативного вмешательства. Понятие бронхоэктазий, частота. Этиология и патогенез. Полиэтиологичность заболевания, возрастные особенности. Причины бронхоэктазий: фронхопневмонии, бронхиты, катары верхних дыхательных путей, инородные тела бронхов, туберкулез, поражения бронхолегочных узлов. Классификация бронхоэктазий: мешотчатые, цилиндрические, смешанные. Патогенез: воспаление; нарушение вентиляции легкого; нарушение крово- лимфообращения в стенке бронха. Клиническая картина и диагностика. Рентгенография легких. Бронхография, техника выполнения. Бронхоскопия. Консервативная терапия бронхоэктатической болезни. Показания к хирургическому лечению и объем операции. Осложнения бронхоэктазий. Анатомо-физиологические особенности плевры. Циркуляция внутриплевральной жидкости. Понятие эмпиемы плевры, патогенез, частота острой эмпиемы плевры. Классификация эмпием в зависимости от -распространенности; -деструкции легкого; -сообщения с внешней средой клинического течения. Специфическая, неспецифическая и смешанная ЭП. Роль анаэробной флоры в возникновении ЭП. Первичные и вторичные ЭП. Морфологические изменения плевры при острой эмпиеме. Клиническая картина.</p> <p>Классификация повреждений груди. Открытые, закрытые, сочетанные и комбинированные повреждения. Частота травм груди.</p> <p>Патофизиологические изменения: расстройства внешнего дыхания, расстройства кровообращения, шок.</p> <p>Патогенез при повреждении легочного каркаса. Флотирующие переломы ребер. Пневмоторакс, классификация. Клапанный пневмоторакс. Подкожная эмфизема.</p>	5	

			Гемоторакс.		
2	1	Заболевания пищевода.	<p>Заболевания пищевода, анатомо-физиологические сведения о пищеводе. Классификация заболеваний пищевода. Методы исследования (рентгеноскопия, рентгенография, эзофагоскопия, пневмомедиастинография, рентгенокинематография, радиоизотопная диагностика).</p> <p>Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Патогенез, клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде. Значение кортикостероидов для предотвращения структур пищевода. Раннее и позднее бужирование.</p> <p>Клиника рубцового сужения пищевода, локализация и формы сужения. Диагностика. Лечение, бужированием, методы бужирования, показания к ним. Хирургическое лечение. Типы пластического замещения пищевода(пластика пищевода тонкой и толстой кишкой, комбинированная пластика). Одномоментные и многомоментные операции. Результаты оперативного лечения.</p> <p>Опухоли. Доброкачественные опухоли пищевода клиника, диагностика. Методы хирургического лечения.</p> <p>Паллиативные операции(обходной анастомоз, гастростомия, интубация опухоли) показания к ним. Послеоперационные осложнения. Результаты хирургического лечения, пути их улучшения. Лучевое химиотерапевтическое и симптоматическое лечение. Современные достижения в хирургии пищевода.</p>	5	
3	2	Хирургическое лечение пороков сердца. ИБС	<p>Частота приобретенных пороков сердца составляет от 0,5-1,4% взрослого населения. Наиболее частой их причиной является ревматизм затем следует атеросклероз, инфекционный эндокардит, инфаркт миокарда.</p> <p>Митральный стеноз составляет 44-68% всех митральных пороков сердца. Рассматриваются анатомофизиологические изменения, обуславливающие нарушения гемодинамики при данном пороке. Разбираются клинические проявления митрального стеноза и процессы их обуславливающие. приводится классификация течения порока по А.Н.Бакулеву, применяемая в нашей стране для выбора, метода лечения порока.</p> <p>Разбирается относительные и абсолютные противопоказания к оперативному лечению, виды операций при митральном стенозе, ближайшие результаты лечения.</p> <p>Частота и причины развития рестенозов в отдаленные сроки, их профилактика и лечение. Госпитальная летальность и выживаемость больных, оперированных по поводу рестеноза. Недостаточность митрального клапана встречается у 50% больных с пороками сердца. Патологоанатомические нарушения, приводящие к нарушениям гемодинамики. Течение заболевания по периодам. Показания к операции и вид её при сочетании митральном пороке согласно классификации Б.Б.Петровского. Реконструктивные операции при недостаточности митрального клапана.</p> <p>Аортальные пороки сердца ревматического и атеросклеротического генеза. Стадии клинического проявления стеноза аортального клапана. Показания к оперативному лечению.</p> <p>Недостаточность аортального клапана, гемодинамические нарушения. Показания к оперативному лечению. Пороки трехстворчатого клапана. Показания к оперативному лечению, осложнения протезирования клапанов сердца, профилактика осложнений.</p> <p>Частота врожденных пороков сердца (.Анатомофизиологические сведения о сердце. Предпосылки развития ПС у детей - особенности фетального кровообращения. Сердечная гемодинамика плода, новорожденного и ребенка 1</p>	4	

			<p>года жизни. Специальные методы исследований. Классификация основных врожденных пороков сердца на 3 группы.</p> <p>Основные пороки "бледного типа". Клиническая картина дефекта межжелудочковой перегородки в зависимости от величины сброса крови. Показания к оперативному лечению данного порока. Радикальные и паллиативные операции. Показания к паллиативным операциям. Частота и клиническая картина при открытом артериальном кровотоке. Факторы, определяющие тяжесть клинических проявлений. Оперативное лечение порока.</p> <p>Частота, анатомические и гемодинамические изменения при дефектах межпредсердной перегородки. Клинические проявления порока. Показания к оперативному лечению.</p> <p>Основные пороки "синего типа". Частота, анатомические и гемодинамические нарушения при тетраде Фалло. Клиническая картина заболевания. Показания к оперативному лечению тетрады Фалло. Паллиативные и радикальные операции. Результаты лечения.</p> <p>Частота, анатомические и гемодинамические нарушения при транспозиции магистральных сосудов. Клиническая картина порока. Основные паллиативные операции.</p> <p>Частота, анатомические и гемодинамические нарушения при атрезии трехстворчатого клапана. Основные клинические проявления порока. Паллиативные операции</p> <p>Основные пороки "с препятствием кровотоку". Частота, анатомические изменения при коарктации аорты. Основные клинические проявления данного порока и его течение. Показания к оперативному лечению. Техника оперативных вмешательств. Результаты лечения.</p> <p>Частота, анатомические изменения при стенозе аорты. Гемодинамика. Клиническая картина заболевания. Показания к оперативному лечению и техника оперативных вмешательств.</p> <p>Частота, анатомические изменения при изолированном стенозе легочной артерии. Клиническая картина заболевания. Показания к оперативному лечению и техника оперативных вмешательств.</p>		
4	2	Хронические заболевания вен (варикозная болезнь, ПТФС и венозные ангиоспазии)	<p>Патоморфологические сведения о венозной системе нижних конечностей. Основные заболевания – варикозное расширение вен и посттромбофлебитический синдром.</p> <p>Этиопатогенез варикозной болезни: предрасполагающие и производящие факторы. Классификация варикозной болезни.</p> <p>Клиническая картина заболевания в зависимости от стадии: компенсации, субкомпенсации, декомпенсации, осложнений.</p> <p>Специальные методы исследований: функциональные пробы, флебография. Показания к флебографии при варикозной болезни.</p> <p>Показания к различным методам лечения заболевания: консервативному, склерозирующей терапии, оперативному и комбинированному методам. Техника оперативных вмешательств при флебэктомии. Интра и послеоперационные осложнения. Результаты осложнения лечения, реабилитация прогноз.</p> <p>Этиопатогенез посттромбофлебитического синдрома (ПТС). Классификация ПТС по локализации, патоморфологической картине, клиническому течению и стадиям заболевания. Клиническая картина заболевания в зависимости от стадии. Основные жалобы: боли, отек конечности, трофические расстройства.</p> <p>Специальные методы исследования. Роль флебографии (дистальная, тазовая и ретроградная бедренная) в уточнении характера поражения и выбора метода лечения ПТС.</p>		5

			Дифференциальная диагностика ИТС с болезнью Паркс-Вебера-Рубашева и синдромом Клиппеля-Треноне. Консервативное лечение ПТС, результаты, реабилитация, прогноз. Методы оперативных вмешательств и показания к ним, результаты лечения, реабилитация, прогноз.		
5	2	Острые венозные тромбозы. ТЭЛА.	Этиопатогенез острых венозных тромбозов. Факторы, способствующие тромбообразованию. Классификация тромбозов глубоких вен нижних конечностей и таза в зависимости от локализации тромботического процесса. Патоморфологической картины, стадии клинического течения. Клиническая картина заболевания в зависимости от локализации тромбоза. Осложнения - ТЭЛА. Лабораторные и специальные методы исследования: общие анализы крови и мочи, биохимические исследования крови, флебография. Дифференциальная диагностика. Тактика. Показания к консервативному методу лечения острого тромбоза глубоких вен. Схема консервативной терапии. Оперативное лечение острых венозных тромбозов. Результаты лечения. Реабилитация - важнейший этап лечения, её принципы. Экспертиза трудоспособности и прогноз. Синдромы Паркс-Вебера Рубашова и Клиппеля-Треноне.		5
6	2	Облитерирующие заболевания артерий.	Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Атомо-физиологические сведения об артериальной системе нижних конечностей. Основные заболевания - облитерирующий атеросклероз и облитерирующий эндартериит. Этиопатогенез облитерирующего атеросклероза и эндартериита. Клиническая картина данных заболеваний в зависимости от стадии по Б. В. Покровскому: жалобы, объективные, местные симптомы. Лабораторные и специальные методы исследования: биохимические исследования крови, функциональные пробы, электрофизиологические исследования, ангиография. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Показания к консервативному лечению. Зависимость объёма консервативной терапии от стадии заболевания. Результаты лечения. Прогноз. Показания к оперативному методу д лечения облитерирующих заболеваний. Выбор различных видов реконструктивных вмешательств в зависимости от уровня и характера патологического процесса. Паллиативные операции. Ведение послеоперационного периода. Осложнения послеоперационного периода. Результаты хирургического лечения. Понятие острой артериальной непроходимости. Основные заболевания - эмболия, тромбоз артерий. Общий патофизиологический процесс при данной патологии. Этиология острого тромбоза и эмболии. Характеристика общих клинических симптомов заболевания. Классификация острой артериальной ишемии по В. С. Савельеву. Специальные методы исследований: общий анализ крови и мочи, биохимические исследования крови, ангиография. Клиническая картина развития артериальной непроходимости при острой эмболии и тромбозе, их дифференциальная диагностика. Лечебная тактика врачей общей сети. Показания к консервативному и оперативному лечению при остром артериальном тромбозе. Объём консервативной терапии. Виды хирургических операций. Методы профилактики "синдрома включения" при ишемии II степени. Особенности ведения послеоперационного периода, возможные осложнения. Оперативное лечения острых эмболий артерий с помощью зонда "Дуэт". Результаты лечения. Результаты лечения острой непроходимости артерий. Экспертиза		4

			трудоспособности и прогноз.		
7	2	Острая артериальная непроходимость.	<p>Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.</p> <p>Атомо-физиологические сведения об артериальной системе нижних конечностей. Основные заболевания - облитерирующий атеросклероз и облитерирующий эндартериит. Этиопатогенез облитерирующего атеросклероза и эндартериита. Клиническая картина данных заболеваний в зависимости от стадии по Б. В. Покровскому: жалобы, объективные, местные симптомы.</p> <p>Лабораторные и специальные методы исследования: биохимические исследования крови, функциональные пробы. электрофизиологические исследования, ангиография.</p> <p>Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Показания к консервативному лечению. Зависимость объема консервативной терапии от стадии заболевания. Результаты лечения. Прогноз. Показания к оперативному методу д лечения облитерирующих заболеваний. Выбор различных видов реконструктивных вмешательств в зависимости от уровня и характера патологического процесса. Паллиативные операции. Ведение послеоперационного периода. Осложнения послеоперационного периода. Результаты хирургического лечения. Понятие острой артериальной непроходимости. Основные заболевания - эмболия, тромбоз артерий. Общий патофизиологический процесс при данной патологии. Этиология острого тромбоза и эмболии. Характеристика общих клинических симптомов заболевания. Классификация острой артериальной ишемии по В. С. Савельеву. Специальные методы исследований: общий анализ крови и мочи, биохимические исследования крови, ангиография.</p> <p>Клиническая картина развития артериальной непроходимости при острой эмболии и тромбозе, их дифференциальная диагностика.</p> <p>Лечебная тактика врачей общей сети. Показания к консервативному и оперативному лечению при остром артериальном тромбозе. Объем консервативной терапии. Виды хирургических операций. Методы профилактики "синдрома включения" при ишемии II степени. Особенности ведения послеоперационного периода, возможные осложнения.</p> <p>Оперативное лечения острых эмболий артерий с помощью зонда "Дуэт". Результаты лечения. Результаты лечения острой непроходимости артерий. Экспертиза трудоспособности и прогноз.</p>	4	
8	3	Очаговые заболевания печени.	<p>Классификация очаговых заболеваний печени. Эхинококкоз и альвеококкоз печени. Эхинококкоз чаще: Австралия, Ю.Америка, Сев.Америка, Африка. В СНГ - юг Украины, Казахстан, Закавказье, Бурятия. Альвеококкоз: Австрия, Аляска, Сев.Канада. В СНГ - Зап. и Вост.Сибирь, Казахстан, Башкирия, <b>центр.Россия</b>. Гидатидный эхинококкоз (пузырный, однокамерный), чаще чем альвеококкоз 53-85% поражает печень. Кисты растут медленно, могут оставаться живыми в организме 20-20 лет и более. Клиника зависит от стадии заболевания. В начале - случайная находка. Развернутая стадия - боль, тяжесть в подреберной или эпигастрии. Астеновегетативный синдром. Аллергия, крапивница, понос, тошнота, рвота, увеличивается печень. Терминальная: осложнения в виде желтухи, печеночная колика, нагноение кисты, лихорадка, прорыв гнояника. Диагностика: анализ, осмотр, ГСК, УЗИ, рентгенограмма, эозинофилия, реакция латекс-агглютинации, реакция Кацони, спленопорото-, целиакография, каваграфия, КТ. Лечение оперативное.</p>	5	



			<p>Альвеококкоз: многокамерный эхинококкоз, поражает преимущественно печени. Выявляется через 10-15 лет после заражения. У большинства первый симптом - гепатомегалия не только за счет узлов, но и за счет гипертрофии непораженной печени. Функциональные пробы меняются только в развернутой стадии болезни, присоединяется желтуха. Диагностика: то же, достоверно -ЛСК. Лечение хирургическое, при неоперабельности - общая и местная химиотерапия (тринафлавин, тепаль, сарколизин). <u>Опухоли</u>: Первичный рак печени. В нечерноземной зоне России -1,3%, в Молдове - 6,8%, США - 2,5%, Франция - 10,6%, Китай - 33,9% Гепатоцеллюлярный - гепатогенный, холангиоцеллюлярный - лимфогенный пути метастазирования.</p> <p>Предрасполагающий фактор - цирроз печени. Из алиментарных факторов роль красных вин (Франция, Молдова). Три формы роста рака: узловая, массивная, диффузная. Клиника. Ведущий симптом - увеличение одной доли или всей печени. Бель, симптом малых признаков, гипертермия, асцит м желтуха. Печень плотная, бугристая. Желтуха у 1/3 больных. Энцефалопатия, кожный зуд не так выражены как при желтухах неопухолевого генеза. Лабораторные данные неспецифичны (анемия, ускор.СОЭ, лимфопения, моноцитопения). Снижение АГ индекса, гипоальбуминемия. Увеличение глобулинов за счет альфа. и гамма-фракций. Реакция Абелева-Татарина на альфафетопротеин предложена как реакция скрининга. Ведущее значение в диагностике - инструментальные методы. Лечение - оперативное. Средняя продолжительность жизни 5-6 мес. с момента первых симптоме! Оперативность от 7 до 61%, обычно 10%. Оперативная летальность -15-40%. Средняя выживаемость у неоперабельных больных 2-18 недель после установления диагноза. У радикальнооперированных 3-х летняя выживаемость 50%, 5-ти летняя - 16-46%. Гемангиома - сосудистая опухоль, чаще случайная находка. Рост медленный, лечение оперативное.</p> <p>Поликистоз. В 4 раза чаще у женщин. Манифестация клиники в 40-50 лет. Лечение оперативное.</p>		
9	3	Заболевания поджелудочной железы	<p>Классификация заболеваний поджелудочной железы. Общие вопросы диагностики .Симптоматика: боль в эпигастрии с иррадиацией в спину, диспептический синдром, желтуха, сахарный диабет у 5-15% больных с хроническим панкреатитом. Объективно: прогрессирующее похудание, асцит, наличие инфильтрата, кисты. Лабораторные исследования: дуоденальное зондирование с использованием стимуляторов внешней секреции. Определение активности ферментов крови, исследование кала на перевариваемость жиров и мышечных волокон, стеаторея и креаторея свидетельствуют о внешнесекреторной недостаточности, определение уровня глюкозы крови. Радиологическое исследование гормонов железы (инсулин, гликоген, гастрин). Определение билирубина и его фракций, печеночных ферментов.</p> <p>Рентгенологические исследования (кальцинаты в железе и протоковый калькулез). Контрастное исследование желудка и ДПК. Релаксационная дуоденография. В/В холецистохолангиография, ЧЧХГ, ЭРПХГ, УЗИ, КТ, изотопное исследование.</p> <p>Эндоскопическое исследование: ФГДС, лапароскопия. Морфологические исследования: цитология панкреатического сока, пункционная биопсия. Врожденные заболевания ПЖ.</p> <p>Добавочная - локализация по всему ЖКТ, проявляется пептическими язвами. При обнаружении подладит</p>		5

			<p>оперативному лечению.</p> <p>Кольцевидная поджелудочная железа - клиника дуоденальной непроходимости. Лечение - хирургическое: резекция сегмента кольца, либо обходной анастомоз. Кистозный фиброз - частное проявление врожденного муковисцидоза. Проявляется ОКН в послеродовом периоде. У взрослых - болевым синдромом и секреторной недостаточностью. Травма (1-3%). Классификация, этиология, патогенез. Диагностика (роль пункции, методика "шарящего катетера, лапароскопии).</p> <p>Лечение: противовоспалительная терапия и комплексное лечение пост- травматического панкреатита. Оперативное "- при осложнениях.</p> <p>Послеоперационные осложнения: панкреонекроз, гнойный панкреатит и забрюшинные флегмоны и свищи, перитонит. Хронический панкреатит. Классификация. Этиопатогенез. Диагностика - боль у 92-95% больных, кишечный синдром (25-40%), похудание, сахарный диабет (25-40%). Объективно скудные данные. Исследование внешне- и внутрисекреторной функции. Дуоденальное зондирование с определением активности ферментов, проба с двойной сахарной нагрузкой.</p> <p>Рентгенисследование: кальпинаты в железе, смещение желудка, ДПК, холеграфия. ЭРПХГ.УЗИ.КТ. Лечение: диета с ограничением жиров и белков, спазмолитики, стимуляторы панкреатической секреции, заместительная ферментная терапия.</p> <p>Хирургическое лечение - показания: ЖКБ. непроходимость главного панкреатического протока, индуративный панкреатит с кальцинозом, стеноз БДС, кистозно-фиброзный панкреатит, язвенная болезнь ДПК, парапапиллярные дивертикулы ДПК, болевой панкреатит. Кисты ИЖ. Классификация. По частоте: воспалительные - 85-90%, неапластические - 10-12%, врожденные и паразитарные - 1-3%.</p> <p>Клиника и диагностика. Роль УЗИ железы (обнаружение кисты в 95%).</p> <p>Лечение - только хирургическое. Марсупиализация (открытое дренирование). Закрытое дренирование, удаление, анастомоз с ЖКТ. Наихудшие результаты - от наружного дренирования. Свищи ПЖ. Классификация. Этиопатогенез: травмы, деструктивные формы островного панкреатита, наружное дренирование кист. Лечение: консервативное и оперативное. Опухоли ПЖ. 1.Рак головки - 50-60%, тела и хвоста - 15-30%, тотальное поражение - 25-30%. По строению - 60-95% аденокарциномы. Диагностика - из объективных и дополнительных методов, в 90-95% - желтуха.</p> <p>Лечение - хирургическое - паллиативные и радикальные операции. Летальность от ЦДР от 10 до 20%. Пятилетняя выживаемость от радикальных операций 7-12%, при раке ЦС - 26-^5%. После паллиативных операций средняя продолжительность жизни - 5-8 мес.</p> <p>Доброкачественные опухоли различного тканевого происхождения диагностируются случайно при УЗИ или операции.</p> <p>Инсулома: опухоль В-клеток островков Лангерганса. 10-12% имеют злокачественный характер. В мировой литературе - 1РОО наблюдений. Проявляет себя приступами гипогликемии.</p>		
10			<p>Определение желтухи. Образование билирубина. Три функции печени в обмене билирубина: Нормальная концентрация билирубина крови человека зависит от: 1. скорости распада эритроцитов, 2. способности печеночной клетки захватывать непрямо^ билирубин, превращать его в глюкуроидное соединение и выделять последнее в</p>		

	3	Дифференциальная диагностика желтух. Особенности хирургического лечения механической желтухи.	<p>желчь; 3.возможности поступления желчи в кишечник. Ориентиром для установления этиологии желтухи может быть определение показателей билирубинового обмена. Повышенный распад эритроцитов - гемолитическая желтуха. Заболевания печени с поражением паренхимы и нарушением выделения билирубина в желчные капилляры возникает паренхиматозная желтуха.</p> <p>При препятствии для оттока желчи - механическая. Больные с механической желтухой занимают 2 место и требуют повышенного внимания, т.к. диагностика сложна и требуется неотложное хирургическое лечение. До 60-80% больных с механической желтухой первоначально попадают в инфекционные больницы. Такое положение обусловлено: 1.клинические симптомы при желтухах различного генеза многообразны и часто не имеют определенной патологичности. 2.используемые методы лабораторной диагностики часто оказываются недостаточно информативными, т.к. отражают функциональное состояние печени.</p> <p>3.общепринятые и достаточно достоверные инструментальные методы слишком сложны и применяются только в специализированных стационарах. При желтухе перед хирургом стоят следующие задачи: 1.дифференцировать механическую желтуху от паренхиматозной и гемолитической.</p> <p>2.выявить причину непроходимости желчных путей, установить уровень и протяженность обтурации желчных путей. Необходим тщательный анализ всех клинических данных обследования больного. Возраст и пол, болезнь Боткина чаще до 40 лет, при паренхим. чаще старше 40 лет. При раках старше 40 лет до 70% больных. Портальный цирроз, первичный рак печени, рак ПЖ чаще у мужчин, в то время как ЖКБ, билиарный цирроз и рая ЖП чаще у женщин. Анамнез: контакты с ж/больными, химическими веществами, прием) медпрепаратов. Внепеченочные знаки, увеличение печени, состояние ж/пузыря, селезенки, асцит,геморрагический синдром, лихорадка.</p> <p>Дополнительные методы: УБИ, КТ, холангиография, ЧЧХГ, ЭРХПГ, комбинированная (ЭРХПГ^ЧЧХГ), дуоденография, лапароскопия, скинтиграфия. Лечение механической желтухи. Паллиативные желчеотводящие операции и радикальные, ТЦД и СТЦД. Прогноз и экспертиза трудоспособности.</p>	5	
11	4	Заболевания щитовидной железы.	<p>Анатомо-физиологические сведения о щитовидной железе. Классификация заболеваний. Методы обследования больных.Эндемический зоб. Определение понятия, классификация по степени увеличения, форме. Патологическая анатомия. Этиология (теория йодной недостаточности, значение струмогенных веществ, санитарно-гигиенических условий). Патогенез, признаки зобной эндемии. Клиника, диагностика, лечение. Показания к операции. Профилактика. Тиреотоксикоз. Определение понятия. Классификация по степени тяжести и стадиям развития. Клиника диффузного тиреотоксического зоба и узловых форм. Диагностика (значение определения основного обмена, поглощения диагностической дозы йода-131, сканирования щитовидной железы). Дифференциальный диагноз. Показания к различным видам лечения. Показания и противопоказания к операции. Предоперационная подготовка в зависимости от стадии тиреотоксикоза. Методы операций(энуклеация, экономная резекция, субтотальная резекция, гемиструмэктомия, удаление перешейка. комбинированные операции). Осложнения во время и после операции, клиника осложнений, их лечение и профилактика.</p>	5	

			Лечение и профилактика тиреотоксического криза и острой сердечно-сосудистой недостаточности как основных причин летальных исходов после операции у больных тиреотоксикозом. Ближайшие и отдалённые результаты хирургического лечения, пути их улучшения. Режим, доживание, трудоустройство больных после операции. Тиреоидиты и струмиты. Определение понятия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение консервативное и хирургическое. Ближайшие и отдалённые результаты. Тиреоидит Хашимото. Определение понятия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к медикаментозному и хирургическому лечению. Тиреоидит Риделя. Определение понятия. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение.		
12	1-4	Зачетное занятие	Тест, собеседование		2
<b>Итого:</b>				14	40

### 3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	8	Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия): заболевания легких и плевры, и заболевания пищевода, травма груди)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- подготовка к занятию</li> <li>- история болезни</li> <li>- подготовка к текущему контролю</li> <li>- подготовка к тестированию</li> <li>- работа с литературой</li> </ul>	8
2 3		Сердечно-сосудистая хирургия: (пороки сердца, ИБС,)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- подготовка к занятию</li> <li>- история болезни</li> <li>- подготовка к текущему контролю</li> <li>- подготовка к тестированию</li> <li>- работа с литературой</li> </ul>	4
<b>Итого часов в 8 семестре:</b>				12
1	9	Сердечно-сосудистая хирургия: (заболевания артерий, заболеваний вен, заболевания висцеральных артерий)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- подготовка к занятию</li> <li>- история болезни</li> <li>- подготовка к текущему контролю</li> <li>- подготовка к тестированию</li> <li>- работа с литературой</li> </ul>	10
		Заболевания органов брюшной полости: (заболевания поджелудочной железы, заболевания печени и желчных протоков, механическая желтуха).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- подготовка к занятию</li> <li>- история болезни</li> <li>- подготовка к текущему контролю</li> <li>- подготовка к тестированию</li> <li>- работа с литературой</li> </ul>	10

2	3	Эндокринная хирургия: (заболевания щитовидной железы).	- подготовка к занятию - история болезни - подготовка к текущему контролю - подготовка к тестированию - работа с литературой	4
Итого часов в 9 семестре:				24
Всего часов на самостоятельную работу:				36

### 3.7. Лабораторный практикум

Лабораторный практикум не предусмотрен учебным планом.

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

Курсовые и контрольные работы не предусмотрены учебным планом.

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

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

Сборники тестовых заданий, ситуационных задач, методические указания по выполнению учебной истории болезни, методические указания по изучению дисциплины.

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

#### 4.2.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	7
1.	«Хирургические болезни». Учебник для медицинских ВУЗов. В 2-х томах.	Под ред. В.С.Савельева	2014.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 1008с. (3-е изд.,испр).	60	ЭБС «Консультант студента»
2.	«Хирургические болезни»	Под ред. академика РАМН А.Ф.Черноусова.	2010.-М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 664с.,илл.	26	ЭБС «Консультант студента»
3.	«Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг).	Н.В.Мерзликин, Н.А.Бражникова, Б.И.Альперович, В.Х.Цхай	2012.- «ГЭОТАР-Медиа».- 1014с.	30	ЭБС «Консультант студента»

#### 4.2.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
11.	«Заболевания поджелудочной железы». Учебное пособие.	В.А.Бахтин с соавт.	2012.-Киров.-84с.	85	ЭБС Кировского ГМУ
22.	«Заболевания щитовидной железы». Учебное пособие.	В.А.Бахтин с соавт.	2010.-Киров.-76с.	-	ЭБС Кировского ГМУ
33.	«Хирургическое лечение пороков сердца и ИБС». Учебное пособие.	В.А.Вязников с соавт.	2003.-Киров.-89с.	-	ЭБС Кировского ГМУ
44	Очаговые заболевания печени: Учебное пособие	В.А. Бахтин, В.А. Янченко	2014.-Киров.-101с.	-	ЭБС Кировского ГМУ
55.	«Хирургическое лечение механической желтухи» (2 части). Учебное пособие	В.А. Бахтин, В.А. Янченко С.М. Аракелян	2010.-Киров.- 208с.	80	ЭБС Кировского ГМУ
66.	Нагноительные заболевания легких. Бронхоэктатическая болезнь. Эмпиема плевры: Учебное пособие	В.А. Бахтин, В.А. Янченко	2014.-Киров.-74с.	-	ЭБС Кировского ГМУ
77.	«Неотложные состояния» Учебное пособие	В.А. Бахтин Т.П. Захаричева В.А. Янченко	2012.-Киров.-115с.	78	ЭБС Кировского ГМУ
88.	«Водно-электролитный обмен: нарушения и коррекция» Учебное пособие	В.П. Сухоруков Т.П. Захаричева В.А. Янченко	2016.-Киров.-105с.	2	ЭБС Кировского ГМУ
99.	«Травма живота» Учебное пособие	В.А. Бахтин, В.А. Янченко	2016.-Киров.-77с.	90	ЭБС Кировского ГМУ
110.	«Острые венозные тромбозы». Учебное пособие.	В.П.Малахов.	2005.-Киров.-59с.	64	ЭБС Кировского ГМУ
111.	«Болезни	В.А.Бахтин с	2007.-	88	ЭБС Кировского

	оперированного желудка». Учебное пособие.	соавт.	Киров.-74с.		ГМУ
--	-------------------------------------------	--------	-------------	--	-----

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

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

[www.medscape.com](http://www.medscape.com)

[www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru)

[www.heptoassociation.ru](http://www.heptoassociation.ru)

<http://ip.medart.tomsk.ru/index.xml>

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

Для осуществления образовательного процесса используются:

##### **Учебные рентгенограммы/УРГ/**

1. Острая кишечная непроходимость.
2. Желчно-каменная болезнь. Острый холецистит.
3. Язвенная болезнь желудка и ДПК.
4. Перфорация полого органа.
5. Рак желудка.
6. Заболевания ободочной кишки.
7. Абсцессы брюшной полости.
6. Доброкачественные опухоли молочной железы.
9. Рак молочной железы.
10. Пневмоторакс.
11. Травма грудной клетки.
12. Эмпиема плевры.
13. Рак прямой кишки.
14. Обзорные рентгенограммы брюшной полости при травме живота.
15. Врожденные пороки сердца.
16. Очаговые заболевания печени (КТ,МРТ)
17. Гепатоскенограммы.
18. Набор ультрасонограмм.
19. Холнгиограммы интраоперационные, фистулохолагиограммы, ЭРХПГ.
20. Перфорация полого органа.
21. Паралитическая кишечная непроходимость.
22. Демпинг-синдром
23. Синдром приводящей петли.
24. Пептическая язва анастомоза.
25. Рубцовая стриктура пищевода
26. Рак пищевода.
27. Дивертикул пищевода.
28. Перфорация пищевода.
29. Ахалазия пищевода.
30. Аортография.
31. Бедренная артериография.
32. Интраоперационная артериография.

##### **Видеофильмы, мультимедиа (ВФ)**

1. Принципы активного ведения гнойных ран.
2. Принципы лечения неклостридиальных анаэробных флегмон.

##### **Мультимедийные атласы (МА).**

1. «Хирургические заболевания поджелудочной железы» Учебное пособие на CD-дисках в 3 частях. Создан на базе НИИ хирургии им. А.В. Вишневского.

2. «Атлас операций на органах брюшной полости» Э. Золлингер.

#### **Мультимедийные презентации. (МП)**

1. Заболевания пищевода
2. Заболевания щитовидной железы
3. Облитерирующие заболевания артерий.
4. Хронические заболевания вен
5. Острые венозные тромбозы
6. Острая артериальная непроходимость
7. Заболевания печени
8. Заболевания поджелудочной железы
9. Дифференциальная диагностика желтух
10. Травма живота

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2003) №0340100010912000035\_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043\_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
3. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246\_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
4. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035\_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)
5. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043\_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
6. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246\_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node 1 year Educational Renewal License от 12.07.2018, лицензии 685В-МУ\05\2018 (срок действия – 1 год),
8. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),
9. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),
10. 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:



- «В процессе преподавания дисциплины используются следующие специальные помещения:
- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – каб. № большой лекционный зал 6 корпус КОГБУЗ КОКБ
- учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа – каб. № 301, 402,403,404
- учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций – каб. № 301, 401,403 (комп. класс)
- учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации – каб. № 403 (комп. класс)
- помещения для самостоятельной работы – читальный зал библиотеки г. Киров, ул. К.Маркса,137 (1 корпус).
- помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования – каб. № 426,427.

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

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».

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

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

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

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

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

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

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

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

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: Неотложные состояния в

торакальной хирургии. Заболевания пищевода. Хирургическое лечение врожденных пороков сердца. Облитерирующие заболевания артерий. Острая артериальная непроходимость. Хронические заболевания вен. Острый венозный тромбоз. ТЭЛА. Очаговые заболевания печени. Заболевания поджелудочной железы. Дифференциальная диагностика желтух.

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.

### **Практические занятия:**

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области госпитальной хирургии.

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 учебного 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: Нагноительные заболевания легких и плевры. Бронхоэктатическая болезнь. Травма груди. Заболевания пищевода. Хирургическое лечение пороков сердца. ИБС. Хронические заболевания вен (варикозная болезнь, ПТФС и венозные ангиоспазии). Облитерирующие заболевания артерий. Острая артериальная непроходимость. Очаговые заболевания печени. Заболевания поджелудочной железы. Дифференциальная диагностика желтух. Особенности хирургического лечения механической желтухи. Заболевания щитовидной железы.

### **Самостоятельная работа:**

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Госпитальная хирургия» и включает подготовку к занятиям, написание истории болезни, подготовку к текущему контролю, подготовку к тестированию и другие виды самостоятельной работы

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

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме решения типовых

ситуационных задач, тестового контроля и написания историй болезни.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля и собеседования. Для текущего контроля освоения дисциплины используется рейтинговая система.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

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

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

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

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

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, 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.

Кафедра Госпитальной хирургии

**Приложение А к рабочей программе дисциплины (модуля)**

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

Специальность 31.05.02 Педиатрия  
Направленность (профиль) Педиатрия

**Раздел 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия): заболевания легких и плевры, и заболевания пищевода (травма груди)**

**Тема 1.1: Нагноительные заболевания легких и плевры. Бронхоэктатическая болезнь. Травма груди**

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

**Задачи:**

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

**Обучающийся должен знать:**

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

**Обучающийся должен уметь:**

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

**Обучающийся должен владеть:**

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия.**

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

**2. Практическая работа.** Выполнение практических заданий

- клинические разборы,
- чтение рентгенограмм,
- решение ситуационных задач, тестовых заданий,
- отработка практического навыка: «Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты»
- освоение манипуляции торакоцентеза по алгоритму под контролем преподавателя.

**3. Решить ситуационные задачи**

### 1) Алгоритм разбора задач

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

### 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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

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

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

### 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

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

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

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

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:*

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
  1. Виды операций при гнойном плеврите.
  2. Дренажирование плевральной полости.
  3. Активная аспирация, лаваж с применением растворов антисептиков и ОФР. Торакотомия, показания. Декортикация лёгкого. Торакопластика.
  4. Послеоперационное ведение.
  5. Осложнения послеоперационного периода, их профилактика и лечение.

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

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. В классификации абсцессов легких по патогенезу отсутствуют:

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

2. Абсцессы легких по распространенности бывают:

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

3. Острые абсцессы легких осложняются всем перечисленным, кроме:

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

4. Представителями грамотрицательных микроорганизмов, вызывающих абсцессы легких, являются

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

5. Первый период течения острого абсцесса легких характеризуется:

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

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

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

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

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

8. Клиническими особенностями гангренозного абсцесса являются:

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

9. Распространенная гангрена легкого характеризуется всем перечисленным, кроме:

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



8. Спленомегалией
9. Периферическими отеками

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

1. 1-2 недель
2. 2-3 недель
3. 3-4 недель
4. 1 месяца
5. 8 недель
6. 6 месяцев

4) Подготовить учебную историю болезни.

#### Рекомендуемая литература:

Основная:

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

Дополнительная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	7
1.	«80 лекций по хирургии».	В.С.Савельев	2008.-Триада-Х.	1	Электронная библиотека кафедры
2.	«Нагноительные заболевания легких и плевры. Бронхоэктатическая болезнь» Учебное пособие	В.А. Бахтин, В.А. Янченко	2014.-Киров.- 74с.	1	В наличии
3.	«Амбулаторная хирургия».	А.Б.Белевтин.	2011.- Москва.- 712с.	1	Электронная библиотека кафедры

## **Раздел 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия): заболевания легких и плевры, и заболевания пищевода (травма груди)**

### **Тема 1.2: Заболевания пищевода.**

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

#### **Задачи:**

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

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

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

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

#### **Обучающийся должен знать:**

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

#### **Обучающийся должен уметь:**

1. Квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
2. Распознавать различные симптомы и синдромы заболеваний пищевода.
3. Назначить инструментальные методы обследования.
4. Грамотно интерпретировать результаты обследования.
5. Ориентироваться в чтении рентенограмм при послеожоговых стриктурах, раке и ахалазии пищевода.

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

**Обучающийся должен владеть:**

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия.**

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

**2. Практическая работа.**

- клинические разборы,
- чтение рентгенограмм,
- решение ситуационных задач,
- тестовых заданий,
- отработка практических навыков (перечислить),
- освоение манипуляций (перечислить) по алгоритму под контролем преподавателя и т.п.

**3. Решить ситуационные задачи**

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

## 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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

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

## 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

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

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

## 4. Задания для групповой работы

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:*

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
1. . Анатомо-топографическое строение пищевода, его функция.
2. Классификация заболеваний пищевода.
3. Перечислите симптомы и синдромы заболеваний пищевода.

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

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. При каких типах кардиоспазма не показано хирургическое лечение?

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

2. При химическом ожоге пищевода в острой стадии показано:

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

3. Основными методами лечения кардиоспазма является:

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

4. Для диагностики новообразований средостения может быть использован:

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

5. При дивертикуле шейного отдела пищевода не показано:

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

6. Поздними проявлениями рака пищевода является:

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

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

7. В диагностике инородных тел пищевода используют:

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

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

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

9. Наименьшую опасность перфорации пищевода имеют следующие виды бужирования:

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

Какие клинические признаки встречаются при доброкачественных новообразованиях пищевода?

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

### Рекомендуемая литература:

Основная:

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

3.	«Хирургические болезни» (ком-плект из 2-х книг).	Н.В.Мерзликин, Н.А.Бражникова, Б.И.Аль-перович, В.Х.Цхай	2012.-«ГЭОТАР-Медиа».-1014с.	18	Консультант студента
----	--------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	------------------------------	----	----------------------

Дополнительная:

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

## Раздел 2. Сердечно-сосудистая хирургия: (пороки сердца, ИБС, заболевания артерий, заболевания вен, заболевания висцеральных артерий).

### Тема 2.1: Хирургическое лечение пороков сердца. ИБС

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

#### Задачи:

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

#### Обучающийся должен знать:

1. Анатомо-физиологические сведения о сердце. Предпосылки развития пороков сердца у детей - особенности фетального кровообращения.
2. Сердечная гемодинамика плода, новорожденного и ребенка 1 года жизни
3. Нормальную и топографическую анатомию сердца, грудного отдела аорты и коронарных сосудов.

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

**Обучающийся должен уметь:**

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

**Обучающийся должен владеть:**

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

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



- 6) Принципы послеоперационного ведения больных.
- 7) Принципы реабилитационных мероприятий.
- 8) Клинические проявления пороков белого типа.
- 9) Клинические проявления пороков синего типа.
- 10) Клинические проявления пороков с препятствием кровотоку.
- 11) Дополнительные методы диагностики пороков сердца.

## 2. Практическая работа. Выполнение практических заданий

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

## 3. Решить ситуационные задачи

### 1) Алгоритм разбора задач

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

### 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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

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

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

## 16.

### 17. Эталоны ответов на ситуационные задачи

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

Задачи для самостоятельного разбора на занятии

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

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

5. Вид оперативного лечения, показанного пациенту.

#### 4. Задания для групповой работы

##### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Этиопатогенез приобретённых пороков сердца и ИБС.

2. Общая симптоматика гемодинамических нарушений при ППС.

3. Классификация течения митрального стеноза по А.Н. Бакулеву.

4. Специальные дополнительные методы исследования (зондирование полостей сердца, коронарография).

5. Классификация групп пороков по Б.В. Петровскому.

6. Дифференциальная диагностика ППС.

7. Показания и виды оперативных вмешательств при ППС.

8. Показания и виды оперативных вмешательств при ИБС.

9. Диспансеризация больных, КЭК и МСЭК.

10. Особенности фетального кровообращения.

11. Особенности кровообращения новорожденного.

12. Какие пороки относим к порокам белого и синего типов, порокам с препятствием кровотоку.

13. Клинические проявления пороков белого типа.

14. Клинические проявления пороков синего типа.

15. Клинические проявления пороков с препятствием кровотоку.

16. Дополнительные методы диагностики пороков сердца.

17. Паллиативные и радикальные операции при тетраде Фалло.

18. Радикальные оперативные вмешательства при ДМЖП, ДМПП, и пороках с препятствием кровотоку.

19. Ведение больных в послеоперационном периоде.

20. Реабилитационные мероприятия.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Выбухание в области сердца (сердечный горб) при дефекте межжелудочковой перегородки на легочной гипертензии не может образоваться за счет:

1. левого желудочка
2. левого предсердия
3. правого желудочка
4. правого предсердия
5. всех перечисленных отделов

2. У больных с дефектом межжелудочковой перегородки расщепление второго тона на основании сердца не вслушивается при:

1. высокой легочной гипертензии
2. большом артериовенозном сбросе крови
3. обратном сбросе крови
4. уравновешенном сбросе
5. не зависит от степени легочной гипертензии

3. Акцент второго тона не свидетельствует о:

1. большом артериовенозном сбросе крови
2. веноартериальном сбросе крови

3. высокой легочной гипертензии
4. уравновешенного сброса крови
5. не связан ни с одним из факторов

4. Дефект межжелудочковой перегородки может быть афоничным в случае:

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

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

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

6. Расщепление створок атриовентрикулярных клапанов не характерно для:

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

7. Наиболее часто аномальный дренаж легочных вен сопровождается:

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

8. Из дефектов межжелудочковой перегородки реже всего самопроизвольно закрываются:

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

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

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

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

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

11.Анатомически частично открытый атриовентрикулярный канал характеризуется наличием:

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

### **Рекомендуемая литература:**

Основная:

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

Дополнительная:

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

## **Раздел 2. Сердечно-сосудистая хирургия: (пороки сердца, ИБС, заболевания артерий, заболевания вен, заболевания висцеральных артерий).**

### **Тема 2.2: Хронические заболевания вен (варикозная болезнь, ПТФС и венозные ангиосплазии)**

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

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

#### **Обучающийся должен знать:**

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

**Обучающийся должен уметь:**

- квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
- распознавать различные симптомы и синдромы хронических заболеваний вен.
- назначить инструментальные методы обследования.
- грамотно интерпретировать результаты обследования.
- ориентироваться в чтении рентгенограмм, УЗДсканирования вен н/конечностей.
- составлять индивидуальный план (алгоритм) лабораторно-инструментального обследования больного с варикозной болезнью и ПТФС.
- заполнять рабочую историю болезни.
- ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
- оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями
- правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

**Обучающийся должен владеть:**

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

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

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий

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

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- сформулировать предварительный диагноз
- составить план обследования

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

## 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 42 лет поступил в клинику с жалобами на наличие варикозного расширения подкожных вен, периодически появляющиеся распирающие боли и отек к вечеру и после физической нагрузки левой нижней конечности, язву на внутренней стороне левой голени. Указаний в анамнезе о перенесенном тромбозе глубоких вен нет. Варикозное расширение подкожных вен левой нижней конечности появилось 16 лет назад, трофическая язва – 2 месяца.

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз (Варикозная болезнь левой нижней конечности с рефлюксом по большой подкожной вене, осложненная трофической язвой левой голени в фазе экссудации. ХВН 3 ст).
2. Какое дополнительное инструментальное исследование необходимо для уточнения диагноза? (Ультразвуковая доплерография, флебография)
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? (Постромбофлебитическая болезнь, синдромом Клиппеля-Треноне, болезнь Паркса Вебера-Рубашова.)
4. Ваш план лечения? (Оперативное лечение после предварительной противовоспалительной и антибактериальной терапии).

## 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

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

1. Назовите возможные причины послеоперационного рецидива варикозного расширения вен?
2. Какие методы исследования необходимы?
3. Дальнейшая лечебная тактика?

## **Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
  1. Анатомо-физиологические сведения о венах нижних конечностей.
  2. Укажите механизмы венозного возврата крови в бассейне нижней полой вены.
  3. Что подразумевают под «венозно-мышечной помпой нижних конечностей».
  4. Предрасполагающие и производящие факторы в развитии варикозной болезни и ПТФС.
  5. Клинические проявления хронических заболеваний вен.
  6. Классификация хронических заболеваний вен.
  7. Функциональные пробы.
  8. Инструментальные методы диагностики заболевания вен.

9. Дифференциальная диагностика варикозной болезни и ПТФС.
10. Лечебная тактика.
11. Методы консервативной терапии хронических заболеваний вен.
12. Компрессионная терапия варикозной болезни ПТФС.
13. Фармакотерапия хронических заболеваний вен.
14. Склеротерапия (показания, техника, осложнения).
15. Оперативные методы лечения варикозной болезни (операции Троянова-Тренделенбурга, Бебкокка, Маделунга, Нарата, Линтона, Кокета, минифлебэктомия по Мюллеру).
16. Причины рецидивов варикозной болезни.
17. Осложнение хронических заболеваний вен - кровотечение.
18. Этиопатогенез, клиника и лечение тромбоза поверхностных вен.
19. Этиопатогенез, клиника и лечение трофических язв нижних конечностей.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Укажите характерные для варикотромбоза симптомы:

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

2. В диагностике острого варикотромбоза используют:

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

3. В каких случаях при варикотромбозе показана ретроградная илиокавография:

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

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

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

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

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

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

- а) средняя треть голени;
- б) верхняя треть голени;

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

7. Укажите оптимальные средства консервативного лечения варикотромбофлебита:

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

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

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

9. Противопоказаниями к радикальной операции при варикотромбофлебите являются:

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

10. Оптимальным способом хирургического лечения варикотромбофлебита являются:

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

4) Подготовить рабочую историю болезни

#### **Рекомендуемая литература:**

##### **Основная:**

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

##### **Дополнительная:**

1. Сосудистая хирургия по Хаймовичу. Под редакцией Э.Ашера. Перевод 5-гоанглийского издания под редакцией академика РАМН профессора А.В. Покровского Москва. БИНОМ. Лаборатория знаний. Том 2. – 2010 – 534 с.М. Медицина.-2000г.-352 с.
2. Основы клинической флебологии/ По редакцией академика РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: ООО «Издательство «Медицина», 2005. – 312с.
3. Варикозная болезнь вен нижних конечностей – Стандарты диагностики и лечения – 2000.



4. Константинова Г.Д., Зубарев А.Р., Градусов Е.Г. Флебология. М.: Издательский дом – Видар – М, 2000. 160 с.
5. Флебология:Руководство для врачей/Савельев В.С. и др. - М.:Медицина, 2001. – 603 с.
6. Феган Д. Варикозная болезнь. Компрессионная склеротерапия. М., 1997.- 40 с.
7. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Лыткина М.И. Основы клинической флебологии. М.: Медицина, 2005. - 312 с.

## **Раздел 2. Сердечно-сосудистая хирургия: (пороки сердца, ИБС, заболевания артерий, заболевания вен, заболевания висцеральных артерий).**

### **Тема 2.3: Острые венозные тромбозы. ТЭЛА.**

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

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

#### **Обучающийся должен знать:**

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

#### **Обучающийся должен уметь:**

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

#### **Обучающийся должен владеть:**

- диагностикой ОВТ.
- выявления симптомов Хомаса, Мозеса, Ловенберга.

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

### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

#### **1. Ответить на вопросы по теме занятия.**

- 1) Острые тромботические поражения системы нижней поллой вены. Классификация. Патоморфологические нарушения регионарной и общей гемодинамики.
- 2) Острый тромбоз системы верхней поллой вены. Этиология, ПГ и патофизиология нарушений гемодинамики. Классификация. Диагностика (клиническая, рентгенологическая, функциональная). Лечение.
- 3) Дифференциальная диагностика ОВТ.
- 4) Тактика ведения больного с острым флеботромбозом. Задачи лечения венозного тромбоза.
- 5) Принципы консервативной терапии (организация лечебного процесса, назначение антикоагулянтов прямого и непрямого действия, НФГ и низкомолекулярные гепарины, механизм действия гепаринов на свертывающую систему крови, роль препаратов нестероидного противовоспалительного действия в лечении ОВТ, деагреганты, препараты улучшающие реологические свойства крови, флеботропные препараты).
- 6) Подбор дозировки антикоагулянтов.
- 7) Пути введения антикоагулянтов прямого действия.
- 8) Контроль эффективности антикоагулянтной терапии.
- 9) Роль компрессионной терапии в лечении ОВТ.
- 10) Реабилитационные мероприятия и профилактика рецидивов венозных тромбозов.
- 11) Хирургическое лечение. Показания. Виды хирургических вмешательств (тромбэктомия, пликация вен, перевязка вен, имплантация кава-фильтра). Реконструктивные сосудистые операции. Паллиативные операции.
- 12) Роль фибринолитической терапии к современном подходе лечения ОВТ.
- 13) Тактика лечения больных с тромбофлебитами - программа ведения больного.
- 14) Консервативная терапия острых тромбофлебитов. Показания к консервативной терапии, принципы консервативной терапии.
- 15) Хирургическое лечение ОВТ. Показания к операциям.
- 16) Этиопатогенез ТЭЛА.
- 17) Классификация ТЭЛА.
- 18) Клиническая диагностика.
- 19) Лечение ТЭЛА. Консервативная терапия (гепаринотерапия, АВК, симптоматическая терапия, тромболитическая терапия). Хирургическое лечения. Показания к хирургическому лечению. Виды оперативного лечения.
- 20) Профилактика ТЭЛА. Алгоритм лечебно-диагностических мероприятий при ТЭЛА.
- 21) Рецидивирующая ТЭЛА.
- 22) Экспертиза нетрудоспособности.

#### **2. Практическая работа. Выполнение практических заданий**

- клинические разборы,
- чтение рентгенограмм, флебограмм, ангиопульмонограмм, рентгенограмм легких, сцинтиграмм, ЭКГ, ЭхоКС у больных с ОВТ и ТЭЛА.
- решение ситуационных задач, тестовых заданий,

-отработка практических навыков (отличить флебограммы с различными патологическими процессами в венозной системе).

- освоение составления индивидуального плана лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.

### 3. Решить ситуационные задачи

#### 1) Алгоритм разбора задач

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

#### 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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

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

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

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

#### Эталон ответа.

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

2.Лабораторное обследование:

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

Инструментальное обследование:

- а). ЭКГ
- б). Обзорная R-графия
- в). ЭХО КС
- г). Ангиопульмонография
- д). Перфузионное сканирование легких
- е). Прямая регистрация внутрисердечного выброса и минутного выброса сердца;
- ж). УЗД-сканирование вен нижних конечностей.

3. а). гепаринотерапия
- б). тромболитическая терапия
- в). хирургическое лечение - эмболэктомия.
4. а) острый инфаркт миокарда
- б) острая пневмония

#### 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

У больной 32 лет на пятые сутки после кесарева сечения внезапно появились боли за грудиной, удушье, потеря сознания, кратковременная асистолия. После эффективных реанимационных мероприятий состояние больной крайне тяжелое. Определяется цианоз лица и верхней половины туловища, набухание шейных вен. Одышка до 30 в минуту. В легких дыхание проводится с обеих сторон. Отмечается отек правой нижней конечности до паховой складки, усиление венозного сосудистого

рисунка на бедре. При ангиопульмонографии в легочном стволе и устье правой легочной артерии обнаружены дефекты контрастирования. Легочно-артериальное давление достигает 60 мм рт. ст.

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

### **Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
  - 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
20. Анатомо-физиологические сведения о венах нижних конечностей.
  21. Укажите механизмы венозного возврата крови в бассейне нижней полой вены.
  22. Каковы причины развития ТЭЛА.
  23. Какие виды тромбов ВПВ и НПВ Вы знаете? Какие тромбы являются эмбологенными и почему?
  24. Что является ведущим фактором в генезе гемодинамических расстройств при ТЭЛА?
  25. Объясните механизм инфаркта легких при ТЭЛА.
  26. Почему у ряда больных ТЭЛА не сопровождается возрастанием давления в малом круге кровообращения?
  27. Какие классификационные признаки ТЭЛА Вы знаете?
  28. Перечислите основные жалобы больных с ТЭЛА?
  29. Какие задачи следует решить врачу при обследовании больного с подозрением на ТЭЛА?
  30. Какими клиническими симптомами проявляется синдром сотрого легочного сердца?
  31. Какие методы лабораторной диагностики ТЭЛА Вы знаете и какова их специфичность?
  32. Перечислите методы инструментальной диагностики ТЭЛА.
  33. Какие изменения на ЭКГ выявляются у больных с ТЭЛА?
  34. Какие группы препаратов используются для медикаментозного лечения ТЭЛА?
  35. Какие прямые антикоагулянты вы знаете? Каковы принципы их дозирования при лечении ТЭЛА?
  36. Перечислите показания и противопоказания для фибринолитической терапии.
  37. Показания для хирургического лечения ТЭЛА. Какие способы хирургического лечения ТЭЛА Вы знаете?
  38. Какие методы профилактики ТГВ и ТЭЛА Вы знаете?
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
    1. Укажите характерные для варикотромбофлебита симптомы:
      - а) симптом Хоманса;
      - б) наличие гиперемированного болезненного тяжа на нижней конечности;
      - в) отек нижней конечности;
      - г) наличие тромбированных подкожных варикозных вен;
      - д) тянущие боли по ходу сосудисто-нервного пучка.
    2. В диагностике острого варикотромбофлебита используют:
      - а) ультразвуковое ангиосканирование;
      - б) радионуклидную флебографию;
      - в) компьютерную томографию;
      - г) плетизмографию;
      - д) рентгеноконтрастную флебографию.
    3. В каких случаях при варикотромбофлебите показана ретроградная илиокавография:

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

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

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

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

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

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

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

7. Укажите оптимальные средства консервативного лечения варикотромбофлебита:

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

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

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

9. Противопоказаниями к радикальной операции при варикотромбофлебите являются:

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

10. Оптимальным способом хирургического лечения варикотромбофлебита являются:

- а) операция Троянова-Тренделенбурга;
- б) радикальная флебэктомия;
- в) операция Кокетта;

- г) удаление тромбированных варикозных вен;
- д) чрескожное прошивание варикозных вен по Клаппу.

#### 4) Подготовить рабочую историю болезни

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная:

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

##### Дополнительная:

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

## Раздел 2. Сердечно-сосудистая хирургия: (пороки сердца, ИБС, заболевания артерий, заболевания вен, заболевания висцеральных артерий).

### Тема 2.4: Облитерирующие заболевания артерий

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

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

#### Обучающийся должен знать:

- нормальную анатомию аорты и магистральных артерий конечностей
- физиологию и патофизиологию системы кровообращения
- строение стенки артерий
- топографическую анатомию магистральных артерий конечностей с местами определения пульсации
- основные реконструктивные операции на магистральных артериях.
- клинические проявления облитерирующего атеросклероза нижних конечностей.
- клинические проявления облитерирующего эндартериита сосудов конечностей.
- клинические проявления мультифокальных поражений артерий сосудистых бассейнов.
- клинико-диагностические критерии острых эмболий магистральных артерий.
- клинико-диагностические критерии острых тромбозов магистральных артерий.
- основные критерии и степени хронической артериальной ишемии.
- основные критерии и степени острой артериальной ишемии.

- тактика врачей общего профиля при подозрении на острую артериальную непроходимость.
- принципы консервативного лечения больных облитерирующими заболеваниями артерий.
- принципы консервативного лечения острых артериальных тромбозов.
- основные виды реконструктивных операций в зависимости от характера и уровня поражения магистральных артерий.
- основные виды эмболэктомий и методы профилактики постишемических расстройств.

#### **Обучающийся должен уметь:**

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

#### **Обучающийся должен владеть:**

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

#### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

##### **1. Ответить на вопросы по теме занятия.**

- 1) Приведите общие сведения о частоте хронической артериальной патологии и острой артериальной непроходимости.
- 2) Классификация хронической артериальной и острой артериальной непроходимости.
- 3) Основные клинические жалобы больных при облитерирующих заболеваниях и при острой артериальной непроходимости.
- 4) Основные объективные данные можно выявить при осмотре пораженных конечностей.
- 5) Составьте алгоритм диагностики при облитерирующих заболеваниях артерий конечностей.

- 6) Какие реконструктивные операции выполняются при хронической артериальной ишемии.
- 7) Какие паллиативные операции выполняются при хронической артериальной ишемии
- 8) Какой объем консервативной терапии должен назначаться больным с острыми тромбозами магистральных артерий.
- 9) Перечислите основные вмешательства, выполняемые при эмболиях магистральных артерий.
- 10) Какой комплекс реабилитационных мероприятий должен проводиться в амбулаторных условиях больным острой артериальной непроходимостью после выписки их из стационара.

## 2. Практическая работа. Выполнение практических заданий

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

## 3. Решить ситуационные задачи

### 1) Алгоритм разбора задач

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

### 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной С., 58 лет, в 17 часов почувствовал резкую боль в левой стопе и голени, онемение их и похолодание. У больного в анамнезе ИБС, ПИКС от 10.07.2014г. с формированием аневризмы левого желудочка. В 18.00 час. вызвал «скорую помощь» и в 19 часов был доставлен в приемный покой областной клинической больницы. При осмотре состояние больного средней тяжести. АД 140/90 мм рт.ст., пульс – 86 уд/мин. Левая стопа и голень бледные, прохладные на ощупь. Анестезия кожи левой стопы, гипостезия до с/3 голени. Глубокая чувствительность сохранена. Активные движения пальцами левой стопы несколько ограничены, пассивные в полном объеме. Пульсация на передней, задней большеберцовой и подколенной артериях не определяется, на бедренной артерии пульсация даже немного усилена, справа пульсация определяется на всех уровнях

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

### 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

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



### **Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
  1. Приведите общие сведения о частоте облитерирующих заболеваний и острой артериальной непроходимости.
  2. Классификация степеней ХАН и острой артериальной ишемии.
  3. Основные объективные симптомы при осмотре пораженной конечности.
  4. Дополнительные специальные методы диагностики пораженных магистральных артерий.
  5. Основные реконструктивные операции выполняемые больным хроническими заболеваниями артерий.
  6. Паллиативные оперативные вмешательства при хронической артериальной ишемии.
  7. Основные медикаментозные препараты, используемые при лечении острых артериальных тромбозов.
  8. Основные интраоперационные методы профилактики постишемических расстройств после эмболэктомий.
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
  1. Укажите характерные для варикотромбофлебита симптомы:
    - а) симптом Хоманса;
    - б) наличие гиперемированного болезненного тяжа на нижней конечности;
    - в) отек нижней конечности;
    - г) наличие тромбированных подкожных варикозных вен;
    - д) тянущие боли по ходу сосудисто-нервного пучка.
  2. В диагностике острого варикотромбофлебита используют:
    - а) ультразвуковое ангиосканирование;
    - б) радионуклидную флебографию;
    - в) компьютерную томографию;
    - г) плетизмографию;
    - д) рентгеноконтрастную флебографию.
  3. В каких случаях при варикотромбофлебите показана ретроградная илиокавография:
    - а) сочетание варикотромбофлебита и тромбоза глубоких вен голени;
    - б) сафенофemorальный тромбоз;
    - в) сочетание варикотромбофлебита и посттромбофлебитической болезни;
    - г) сочетание варикотромбофлебита и тромбоза суральных вен
    - д) во всех случаях варикотромбофлебита.
  4. Чем опасен переход тромба из подкожной в глубокую венозную систему:
    - а) развитием венозной гангрены;
    - б) развитием легочной эмболии;
    - в) развитием эмболоопасного тромбоза;
    - г) развитием хронической венозной недостаточности;
    - д) не опасен.
  5. Распространение тромботического процесса на глубокие вены может происходить через:
    - а) сафено-подколенное сосудье;
    - б) мышечные вены;
    - в) перфорантные вены;

- г) сафено-бедренное соустье;
- д) суральные вены.

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

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

7. Укажите оптимальные средства консервативного лечения варикотромбофлебита:

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

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

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

9. Противопоказаниями к радикальной операции при варикотромбофлебите являются:

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

10. Оптимальным способом хирургического лечения варикотромбофлебита являются:

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

4) Подготовить рабочую историю болезни

#### **Рекомендуемая литература:**

##### **Основная:**

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

##### **Дополнительная:**

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

## **Раздел 2. Сердечно-сосудистая хирургия: (пороки сердца, ИБС, заболевания артерий, заболевания вен, заболевания висцеральных артерий).**

### **Тема 2.5: Острая артериальная непроходимость.**

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

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

#### **Обучающийся должен знать:**

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

#### **Обучающийся должен уметь:**

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

- проводить лечебно-диагностическую пробу при подозрении на острую артериальную непроходимость.
- оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями.
- проводить комплекс реабилитационных мероприятий после различных реконструктивных операций в амбулаторных условиях.
- правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

#### **Обучающийся должен владеть:**

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

#### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

##### **1. Ответить на вопросы по теме занятия.**

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

##### **2. Практическая работа. Выполнение практических заданий**

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

##### **3. Решить ситуационные задачи**

###### 1) Алгоритм разбора задач

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

###### 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной С., 58 лет, в 17 часов почувствовал резкую боль в левой стопе и голени, онемение их и похолодание. У больного в анамнезе ИБС, ПИКС от 10.07.2014г. с формированием аневризмы левого желудочка. В 18.00 час. вызвал «скорую помощь» и в 19 часов был доставлен в приемный покой областной клинической больницы. При осмотре состояние больного средней тяжести. АД 140/90 мм рт.ст., пульс – 86 уд/мин. Левая стопа и голень бледные, прохладные на ощупь. Анестезия кожи левой стопы, гипостезия до с/3 голени. Глубокая чувствительность сохранена. Активные движения пальцами левой стопы несколько ограничены, пассивные в полном объеме. Пульсация на передней, задней большеберцовой и подколенной артериях не определяется, на бедренной артерии пульсация даже немного усилена, справа пульсация определяется на всех уровнях

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

### 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

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

### **Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
  9. Приведите общие сведения о частоте облитерирующих заболеваний и острой артериальной непроходимости.
  10. Классификация степеней ХАН и острой артериальной ишемии.
  11. Основные объективные симптомы при осмотре пораженной конечности.
  12. Дополнительные специальные методы диагностики пораженных магистральных артерий.
  13. Основные реконструктивные операции выполняемые больным хроническими заболеваниями артерий.
  14. Паллиативные оперативные вмешательства при хронической артериальной ишемии.
  15. Основные медикаментозные препараты, используемые при лечении острых артериальных тромбозов.
  16. Основные интраоперационные методы профилактики постишемических расстройств после эмболэктомий.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

### 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Укажите характерные для варикотромбофлебита симптомы:
  - а) симптом Хоманса;
  - б) наличие гиперемированного болезненного тяжа на нижней конечности;

- в) отек нижней конечности;
- г) наличие тромбированных подкожных варикозных вен;
- д) тянущие боли по ходу сосудисто-нервного пучка.

2. В диагностике острого варикотромбофлебита используют:

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

3. В каких случаях при варикотромбофлебите показана ретроградная илиокавография:

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

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

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

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

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

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

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

7. Укажите оптимальные средства консервативного лечения варикотромбофлебита:

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

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

- а) является, если имеется варикозная болезнь;
- б) не является;
- в) является, если срок заболевания менее 3-х дней;
- г) операция показана всегда;

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

4) Подготовить рабочую историю болезни

### **Рекомендуемая литература:**

#### **Основная:**

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

#### **Дополнительная:**

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

### **Раздел 3. Заболевания органов брюшной полости: (заболевания поджелудочной железы, заболевания печени и желчных протоков, механическая желтуха)**

#### **Тема 3.1: Очаговые заболевания печени**

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

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

#### **Обучающийся должен знать:**

- Нормальную макро и микроанатомию печени
- Основные функции печени
- Особенности артериального и портального кровоснабжения печени
- Строение печеночной доли
- Деление печени на доли и сегменты
- Строение гиссоновых и кавальных ворот
- классификацию очаговых заболеваний печени;
- ивазивные и неинвазивные инструментальные и лабораторные методы диагностики очаговых заболеваний печени;

- клиническую картину первичного рака печени в различные стадии заболевания;
- клиническую картину метастатического рака печени, определение синхронных и метастатических метастазов;
- в сравнительном аспекте эпидемиологию, этапы развития, стадии клинического течения, особенности локализации и внешнего вида, распространения в ткани печени и метастазирования альвеококкоза и эхинококкоза;
- клиническую картину доброкачественных очаговых поражений печени (гемангиом, непаразитарных кист, аденом).
- Особенности хирургической тактики при доброкачественных, злокачественных и паразитарных очаговых поражениях печени;
- принципы хирургического лечения и этапы операции при очаговых поражениях печени;
- принципы послеоперационного ведения больных.

#### **Обучающийся должен уметь:**

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

#### **Обучающийся должен владеть:**

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

#### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

##### **1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Какие сосудистые системы участвуют в кровоснабжении печени, их строение.
2. Деление печени на доли сегменты.
3. Классификация очаговых заболеваний печени.
4. Каковы принципы построения диагностического алгоритма при очаговых поражениях печени.
5. Особенности клиники, диагностики и лечения первичного и метастатического рака.
6. Перечислите доброкачественные очаговые заболевания печени. Какие из них подлежат хирургическому лечению в обязательном порядке.



7. Этиология, эпидемиология и патогенез альвеококкоза и эхинококкоза печени.
8. Методы консервативного оперативного лечения паразитарных поражений печени.
9. Этиология, клиника, диагностика и лечение абсцессов печени.

## **2. Практическая работа.**

Выполнение практических заданий

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

## **3. Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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

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

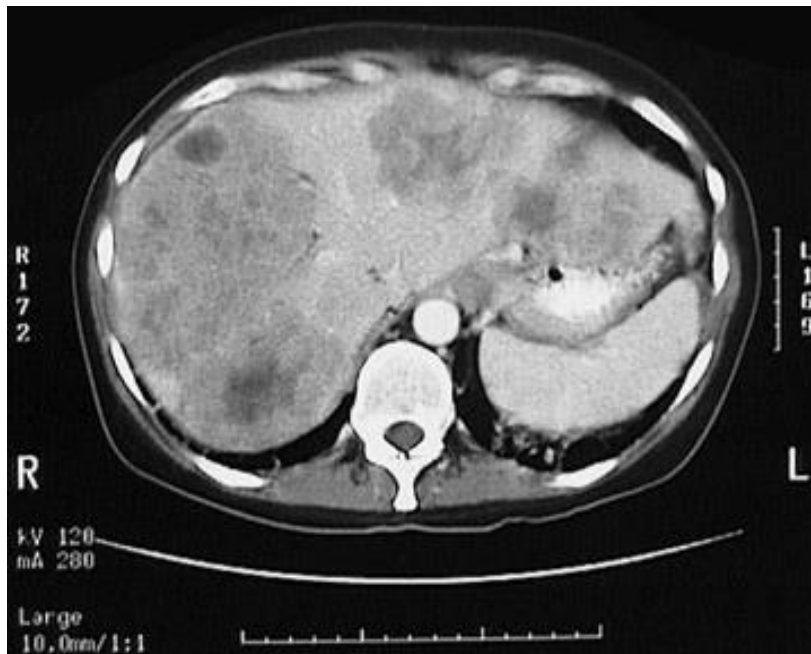
Осмотрена хирургом, который направил больную на дообследование.

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

Общий анализ крови: Эр - 3,14 млн; НЬ -88 г/л, Лейк - 6,8 тыс, СОЭ - 47 мм/ч. АН мочи без патологии. Биохимический анализ крови: общ белок - 74 г/л; А1 - 47%, G1-53%, билирубин общ. - 17 мкмоль/л; АСТ - 27 ИЕ, АЛТ - 29 ИЕ; протромбиновый индекс - 66 %.

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

скопия:  
дистальные  
кишки на 26 см  
выявлено,  
дефектов, не  
узлы не



Ректоромано-  
осмотрена прямая и  
отделы сигмовидной  
- патологии не  
слизистая розовая без  
кровоочит.  
Геморроидальные  
обнаружены.

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

### 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

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

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

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

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



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

**Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:**

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

1. К ПОДДЕРЖИВАЮЩЕМУ СВЯЗОЧНОМУ АППАРАТУ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СВЯЗКИ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
  - 1) серповидной
  - 2) венечных
  - 3) треугольных
  - 4) печеночно-двенадцатиперстной
  - 5) круглой.
  
2. В СОСТАВЕ ПЕЧЕНОЧНО-ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ СВЯЗКИ ПРОХОДЯТ
  - 1) воротная вена
  - 2) общая печеночная артерия
  - 3) общий печеночный проток
  - 4) собственная печеночная артерия;
  - 5) панкреато-дуоденальная артерия.
3. СЕГМЕНТАРНОЕ СТРОЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ЕЁ ДЕЛЕНИЕ НА
  - 1) 3 сегмента
  - 2) 5 сегментов
  - 3) 8 сегментов
  - 4) 10 сегментов
  - 5) 12 сегментов.
4. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ
  - 1) воротной вены
  - 2) верхней брыжеечной артерии
  - 3) селезеночной вены
  - 4) собственной печеночной артерии
  - 5) гастродуоденальной артерии.
  
5. ОТТОК КРОВИ ИЗ ПЕЧЕНИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:
  - 1) в верхнюю полую вену
  - 2) в воротную вену
  - 3) в селезеночную вену
  - 4) в нижнюю полую вену
  - 5) в пупочную вену
6. АЛЬВЕОКОККОЗ ПЕЧЕНИ РАСПРОСТРАНЕН
  - 1) В Сибири
  - 2) На Дальнем Востоке
  - 3) В Западной Европе
  - 4) В Калининградской области
  - 5) В США
  - 6) В Австралии
7. ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ ВСТРЕЧАЕТСЯ
  - 1) В Африке
  - 2) В Латинской Америке
  - 3) В России
  - 4) В Молдавии
  - 5) В Украине
  - 6) В Армении
8. ЛОКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕОПЕРАБЕЛЬНОГО РАКА ПЕЧЕНИ ВКЛЮЧАЮТ
  - 1) Термоабляцию
  - 2) Криодеструкцию
  - 3) Алкоголизацию
  - 4) Околоопухолевую резекцию печени

5) Обширную резекцию печени

6) Пункционную биопсию

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

1) Доксорубицин

2) Цисплатин

3) Кселода

4) Нексавар (сорафениб)

5) 5-фторурацил

10. ПРАВСТОРОННЯЯ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЯ ПОДРАЗУМЕВАЕТ УДАЛЕНИЕ:

1) 1,2,3,5 сегментов

2) 2,3,5,6 сегментов

3) 1,2,3,4 сегментов

4) 5,6,7,8 сегментов

5) 6,7,8,9 сегментов

Ответы.

1- 4

2- 1,2,3

3- 3

4- 1,4

5- 4

6- 1,2,4

7- 3,4,5,6

8- 1,2,3,4

9- 4

10- 4

4) Написать историю болезни

### Рекомендуемая литература:

Основная:

1. «Хирургические болезни» под. ред. В.С. Савельева. Учебник, в 2-х томах. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1008 с. (2-е изд., испр. )

2. «Хирургические болезни» (комплект из 2-х книг). Н.В.Мерзликин,Н.А.Бражникова, Б.И.Аль-перович, В.Х. Цхай.- - «ГЭОТАР-Медиа».-2012.-1014с.

Дополнительная:

1. Альперович Б.И. «Хирургия печени».- М. : ГЭОТАР\_Медиа, 2010. — 352 с. : ил. (Серия «Библиотека врача-специалиста»).

2. В.А. Вишневский «Операции на печени» М. Миклош 2003г.

3. Радченко В.Г. с соавт. Основы клинической гепатологии. Заболевания печени и желчевыводящих путей. СПб. Изд. «Диалект».-2005, 864с с ил.

4. В.Т. Ивашки «Лечение осложнений цирроза печени» Методическое руководство для врачей.- Литерра, 2008, 64с.

5. Ю.И. Патютко «Хирургическое лечение злокачественных очаговых заболеваний печени».-«Практическая медицина».-2005.-314 с.

6. В.А. Журавлёв. Актуальные, спорные и нерешенные вопросы хирургии печени. М 2008г.

**Раздел 3. Заболевания органов брюшной полости: (заболевания поджелудочной железы, заболевания печени и желчных протоков, механическая желтуха)**

**Тема 3.2: Заболевания поджелудочной железы.**

**Цель:** формирование теоретических знаний и практических навыков по диагностике и

лечению больных с хирургическими заболеваниями поджелудочной железы.

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

**Обучающийся должен знать:**

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

**Обучающийся должен уметь:**

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

**Обучающийся должен владеть:**

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

- Классификация врожденных аномалий развития ПЖ.
- Классификация хронического панкреатита.
- Принципы консервативного лечения ХП.
- Показания к операции при ХП.
- Стадии формирования ложных кист ПЖ.

- Какие осложнения ложных кист являются показаниями к экстренной операции.

## 2. Практическая работа. Выполнение практических заданий

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

## 3. Решить ситуационные задачи

### 1) Алгоритм разбора задач

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

### 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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

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

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

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

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

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

### Решение задачи.

Предварительный анализ клинической ситуации, наиболее специфичных проявлений заболевания: у больного имеется хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта с преимущественным поражением ПЖ, подтверждение тому: 1) данные анамнеза - употребление алкоголя 3 раза в неделю и

связь обострений болезни с алкоголем; характер боли, сопровождающейся характерными изменениями в анализах крови и мочи; стадийность развития заболевания; 2) изменения в копрограмме (преобладание нейтрального жира); 3) УЗИ (фиброз и кальцифицирование ПЖ).

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

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

План дообследования больного:

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

Лечение:

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

### 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Больной Л., 46 лет. Поступил в инфекционное отделение с жалобами на желтуху покровов, сильный кожный зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время, постоянные умеренные боли и тяжесть в правой половине живота и эпигастральной области, слабость, незначительное похудание, отсутствие аппетита. Заболел 2 месяца назад. На фоне полного здоровья отметил пожелтение склер, затем кожных покровов. Госпитализирован в инфекционный стационар с диагнозом «вирусный гепатит». Несмотря на проводимое лечение желтуха нарастала, присоединился кожный зуд.

На консультацию приглашен хирург. При осмотре - состояние средней тяжести, кожные покровы интенсивно желтого цвета с зеленоватым оттенком, на коже живота и конечностей - следы расчесов. В легких везикулярное дыхание, пульс 58 в минуту, А/Д 120/70, Живот обычной формы, не вздут. При пальпации мягкий, умеренно болезнен в области правого подреберья. Печень +1,5 см, край ее уплотнен. В проекции желчного пузыря определяется плотно-эластичное, легко смещаемое, малобольезненное образование 6х6 см. По данным УЗИ отмечается расширение вне и внутрипеченочных желчных протоков, конкрементов в них не определяется, размеры желчного пузыря 10х12 см, содержимое эхосвободное. Размеры поджелудочной железы: головка уплотнена, ее размер 45 мм, тело 25 мм, хвост 18 мм. Лабораторные тесты: общ. ан. крови без существенных изменений, СОЭ 29 мм/ч. Биохимические показатели: общ.белок 65,8 г/л; билирубин общ 365 мкмоль/л, прям 320 мкмоль/л, АСТ 56, АЛТ 43 (N до 32), ЩФ 1026 (N 264). СА – 2202 (N до 32).

- Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Какова природа желтухи?
- Каков план обследования больного.



- С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
- Какова тактика хирурга в данной ситуации?

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
  1. Классификация заболеваний поджелудочной железы.
  2. Симптомы и синдромы заболеваний поджелудочной железы.
  3. Методы обследования больных с патологией поджелудочной железы.
  4. Инструментальные методы диагностики заболеваний поджелудочной железы.
  5. Классификация хронических панкреатитов, особенности диагностики.
  6. Показания к хирургическому лечению, основные методы оперативных вмешательств при хроническом панкреатите.
  7. Кисты поджелудочной железы, классификация, диагностика.
  8. Методы оперативного лечения кист поджелудочной железы.
  9. Патогномичные признаки рака поджелудочной железы, диагностика, паллиативные и
  10. Радикальные оперативные вмешательства.
  11. Клиника и диагностика травм поджелудочной железы.
  12. Хирургическая тактика при повреждениях поджелудочной железы.
  13. Панкреатические свищи, причины, диагностика, методы лечения.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля .

#### 1. Вопрос

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

#### **Ответы:**

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

#### 2. Вопрос

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

#### **Ответы:**

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

#### 3. Вопрос

Признаки инкреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите:

#### **Ответы:**

1. желтуха
2. частые потери сознания
3. высокое содержание сахара в крови и моче
4. увеличение печени, пальпируемый желчный пузырь
5. креаторея, стеаторея

#### 4. Вопрос

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

**Ответы:**

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

#### 5. Вопрос

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

**Ответы:**

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

#### 6. Вопрос

Укажите симптомы, характерные для нарушения внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы:

**Ответы:**

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

#### 7. Вопрос

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

**Ответы:**

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

#### 8. Вопрос

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

**Ответы:**

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

#### 9. Вопрос

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

**Ответы:**

1. эндоскопической панкреатографией
2. лапароскопией

3. фистулографией
4. ультразвуковой эхолокацией
5. телехолангиоскопией

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

4) Подготовить рабочую историю болезни.

### Рекомендуемая литература:

Основная:

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

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

Дополнительная:

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

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

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

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

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

### Раздел 3. Заболевания органов брюшной полости: (заболевания поджелудочной железы, заболевания печени и желчных протоков, механическая желтуха)

#### Тема 3.3: Дифференциальная диагностика желтух. Особенности хирургического лечения механической желтухи.

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

**Задачи:**

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

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

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

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

**Обучающийся должен знать:**

1. Обмен билирубина в норме.
2. Нормальные показатели общего билирубина, свободного и связанного.
3. Методы физикального обследования больных с заболеваниями печени.
4. Основные заболевания внутренних органов, сопровождающиеся развитием желтухи.
5. Причины развития гипербилирубинемии, классификацию желтух.
6. классификацию механической желтухи
7. клинико-диагностические критерии гемолитической желтухи
8. клинико-диагностические критерии паренхиматозной желтухи;
9. клинико-диагностические критерии механической желтухи;
10. лабораторные и дополнительные методы обследования печени и желчевыводящей системы;
11. Вопросы оперативной хирургии печени и желчевыводящей систем

12. хирургическую тактику при механической желтухе
13. принципы предоперационной подготовки больных с механической желтухой;
14. паллиативные методы желчеотведения при различных видах механической желтухи;
15. радикальные оперативные вмешательства;
16. методы предоперационного малоинвазивного желчеотведения;
17. этапные оперативные вмешательства у больных с механической желтухой, показания к ним;
18. принципы послеоперационного ведения больных;
19. уход за различными видами желчеотводящих дренажей.
20. основные причины постхолецистэктомического синдрома;
21. методы диагностики, показания к оперативному лечению;
22. принципы профилактики постхолецистэктомического синдрома.
23. роль врача общей практики в своевременной диагностике постхолецистэктомического синдрома.

**Обучающийся должен уметь:**

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

**Обучающийся должен владеть:**

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия.**

1. Образование и обмен билирубина.
2. Понятие желтухи, классификация желтух.
3. Дифференциально-диагностические критерии гемолитической и паренхиматозной желтухи.
4. клиническая дифференциальная диагностика паренхиматозной и механической желтухи.
5. Лабораторная дифференциальная диагностика гемолитической, паренхиматозной и механической желтухи.

6. Инструментальные методы обследования печени и желчевыводящей системы.
7. Дифференциально-диагностические возможности УЗИ, КТ и ЯМРТ в диагностике паренхиматозной и механической желтухи.
8. Показания и противопоказания к лапароскопии, техника выполнения, лапароскопические признаки паренхиматозной и механической желтухи
9. Этиологическая классификация механической желтухи.
10. Принципы предоперационной подготовки больных с механической желтухой, принципы инфузионной и экстракорпоральной дезинтоксикации.
11. Способы малоинвазивных желчеотведений..
12. Этапные желчеотводящие операции, показания. принципы выполнения.
13. Методы паллиативного желчеотведения при механической желтухе.
14. Радикальные оперативные вмешательства при различных видах механической желтухи.
15. Основные принципы послеоперационного ведения больных с желтухой.
16. Определение постхолецистэктомического синдрома.
17. Истинный и ложный постхолецистэктомический синдром, критерии.
18. Диагностика постхолецистэктомического синдрома, инструментальные методы обследования.
19. Показания к оперативному лечению.
20. Основные методы оперативного лечения.

## **2. Практическая работа.** Выполнение практических заданий

- 1) Освоить практический навык «Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного с желтухой, интерпретировать полученные результаты» , Освоить манипуляцию «Выполнять фистулографию при желчных свищах» по алгоритму»).
- 2) Цель работы: научить студентов составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты и освоить манипуляцию по выполнению фистулографии при желчных свищах.
- 3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни, объективное обследование. Формулировка предварительного диагноза. На основании имеющихся данных: составить план обследования больного: лабораторные исследования, инструментальная диагностика. По полученным данным сформулировать окончательный диагноз и определить тактику лечения (консервативного или хирургического).  
Алгоритм проведения фистулографии: подготовить набор для исследования (перчатки, шприц, перевязочный материал, зажим, водорастворимый контраст.  
Место проведения: рентгенологический кабинет, режим исследования – рентгеноскопия.  
Больной помещается на рентгеновский стол. Выясняется переносимость больным йодсодержащих препаратов. Надеваются стерильные перчатки. В шприц набирается 20 мл контраста. Проводящий исследование одевает защитный фартук. Шприц плотно соединяется с дренажной трубкой, выходящей из брюшной полости. Включается рентгеновский аппарат и экран. В дренаж под небольшим давлением вводится 2-3 мл контраста. На экране отслеживается правильность введения, отсутствие «экстравазатов», после чего вводится остальной контраст. Производится рентгеновский снимок в прямой и, при необходимости, в боковой проекции.
- 4) Результаты: получение снимка с тенью свищевого хода контрастным изображением внутри и внепеченочных желчных протоков.
- 5) Выводы: желчный свищ поддерживается (не закрывается самостоятельно) вследствие препятствия для оттока на уровне: общего печеночного протока, общего желчного протока вследствие А) обтурации камнем, Б) обтурации опухолью, В) рубцового стеноза.

## **3. Решить ситуационные задачи**

- 1) Алгоритм разбора задач:
  - сформулировать предварительный диагноз
  - составить план обследования
  - провести дифференциальный диагноз
  - составить план лечения с написанием листа назначений и обоснования показания к

операции и ее предварительному объему

## 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная, 49 лет. Заболела 3 дня тому назад. После обеда почувствовала внезапно острые боли в правом подреберье, иррадиирующие в поясницу, лопатку, правое надплечье. Неоднократно была рвота желчью. После инъекции спазмолитиков врачом скорой помощи боли несколько уменьшились. На второй день заболевания появилась иктеричность склер (подобные боли в правом подреберье с появлением желтухи были полгода тому назад). Затем больная заметила обесцвеченный кал и интенсивно окрашенную мочу. В день поступления в стационар с утра появились резкие приступообразные боли в области правого подреберья. Инъекции спазмолитиков боли не сняли. При пальпации живота имеется напряжение брюшной стенки в правой половине. Из-за напряжения мышц живота желчный пузырь и печень не определяется.

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

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

## 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Больная 49 лет поступила с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую ключицу, тошноту, озноб, головные боли.

Боли появились 10 часов назад после погрешностей в диете. Прием Но-Шпы болей не купировал. "Скорой помощью" была доставлена в отделение экстренной хирургии. Подобные боли, меньшей интенсивности, отмечает в течение 2 лет. Боли быстро купировались Но-Шпой К врачу не обращалась, не обследовалась. Страдает ожирением, мать оперирована по поводу калькулезного холецистита.

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

В крови лейкоцитов  $13,4 \times 10^9$ %, билирубин - 82 мкмоль/л, за счет прямой фракции. Больной в течение 1 суток проводилась консервативная терапия. Эффекта не отмечалось. Выполнена срочная операция. На операции выявлен флегмонозно измененный желчный пузырь, холедох диаметром до 15 мм, из просвета его через культю пузырного протока поступает мутная желчь с хлопьями и примесью песка.

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

## Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов

лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

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

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

**1. Вопрос**

Ширина холедоха в супрадуоденальной части у неоперированных больных равна

**18. Ответы:**

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

**2. Вопрос**

После холецистэктомии чаще всего применяется дренаж:

**19. Ответы:**

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

**3. Вопрос**

Для желтухи на почве холедохолитиаза не характерно:

**20. Ответы:**

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

**4. Вопрос**

Симптом Курвуазье не характерен для:

**21. Ответы:**

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

**5. Вопрос**

Для механической желтухи, обусловленной холедохо-литиазом, не характерны:

**22. Ответы:**

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

**6. Вопрос**

Осложнением холедохолитиаза является:

**23. Ответы:**

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

**7. Вопрос**

Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?

**24. Ответы:**

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

**8. Вопрос**

Какое сочетание клинических симптомов соответствует синдрому Курвуазье?

**25. Ответы:**

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

**9. Вопрос**

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

**26. Ответы:**

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

**10. Вопрос**

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

**27. Ответы:**

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



### 11. Вопрос

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

### 28. Ответы:

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

### 12. Вопрос

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

### 29. Ответы:

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

### 13. Вопрос

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

### 30. Ответы:

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

### 14. Вопрос

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

### 31. Ответы:

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

### 15. Вопрос

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

### 32. Ответы:

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

4)Подготовить учебную историю болезни.

**Рекомендуемая литература:**

Основная:

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

Дополнительная:

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

**Раздел 4.Эндокринная хирургия (заболевания щитовидной железы)**

**Тема 4.1: Заболевания щитовидной железы.**

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

**Задачи:**

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

**Обучающийся должен знать:**

1. Базисные знания (до разбора темы):
  - анатомо-физиологические особенности строения, кровоснабжения и иннервации щитовидной железы;
  - химическая природа, синтез, транспорт, механизм действия, функции и регуляция секреции гормонов щитовидной железы;

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

**Обучающийся должен уметь:**

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

**Обучающийся должен владеть:**

3. Читать и описывать скенограммы, томограммы, УЗИ-снимки шеи для установки патологических изменений в строении и функции щитовидной железы.
4. Заполнять рабочую историю болезни.
5. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
6. Выполнять пункционную биопсию, знать методику правильного забора материала для цитологического исследования.
7. Собрать набор для трахеостомии и провести данную операцию.
8. Ассистировать на операциях по поводу заболеваний щитовидной железы.
9. Оказывать неотложную помощь при тиреотоксическом кризе, послеоперационном кровотечении, гипопаратиреозе.
10. Оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями.
11. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.
12. Планировать и проводить диспансерное наблюдение за больными с заболеваниями щитовидной железы в послеоперационный период.

## **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

### **1. Ответить на вопросы по теме занятия.**

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

### **2. Практическая работа.**

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

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

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

Алгоритм проведения пальпации щитовидной железы:

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

При первом способе врач, находящийся спереди от больного, ставит согнутые II—V пальцы обеих кистей за задние края грудино-ключично-сосцевидных мышц, а большие пальцы

располагает в области щитовидных хрящей несколько кнутри от передних краев упомянутых мышц. В момент пальпации больного просят сделать глоток, в результате чего щитовидная железа перемещается вместе с гортанью и проходит под пальцами врача. Перешеек щитовидной железы пальпируется с помощью скользящих движений пальцев в вертикальном направлении.

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

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

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

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

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

### **3. Ситуационные задачи для разбора на занятии**

1) Алгоритм разбора задач:

-сформулировать предварительный диагноз

-составить план обследования

-провести дифференциальный диагноз

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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

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

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

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

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

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

5. Ваша тактика в лечении больной. Больную следует экстренно взять в операционную, интубировать. Развести края раны, опорожнить гематому, выявить и устранить источник кровотечения, ушить рану, установив в нее резиновый выпускник.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Женщина 36 лет обратилась к терапевту с жалобами на деформацию шеи, создающую косметические неудобства. Объемное образование на передней поверхности шеи она заметила 6 месяцев

назад. Связать его возникновение с чем-либо она не может. За истекшее время размеры образования не изменились. Самочувствие больной хорошее. Пациентка нормостенической конституции. Пульс ритмичный, 60/мин, АД 120/80 мм рт.ст.

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

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

### **Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

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

2). Ответить на вопросы для самоконтроля:

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

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

#### **1. Вопрос**

Для тиреотоксического криза характерно все, кроме:

#### **33. Ответы:**

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

#### **2. Вопрос**

При тиреотоксикозе наблюдается:

#### **34. Ответы:**

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

#### **3. Вопрос**

Осложнением не характерным для операций на щитовидной железе является:

#### **35. Ответы:**

1. кровотечение
2. воздушная эмболия

3. жировая эмболия
4. повреждение трахеи
5. поражение возвратного нерва

**4. Вопрос**

Для болезни Гревса - Базедова не характерно наличие:

**36. Ответы:**

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

**5. Вопрос**

Гипокортицизму, сопутствующему тиреотоксическому зобу, не соответствует:

**37. Ответы:**

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

**6. Вопрос**

Наиболее частым осложнением струмэктомии является:

**38. Ответы:**

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

**7. Вопрос**

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

**39. Ответы:**

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

**8. Вопрос**

Для выявления злокачественных опухолей щитовидной железы чаще всего применяется:

**40. Ответы:**

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

**9. Вопрос**

При 2а стадии рака щитовидной железы выполняют:

**41. Ответы:**

1. гемиструмэктомию с резекцией перешейка, в последующем прием тиреоидина
2. субтотальную резекцию щитовидной железы
3. операцию Крайля
4. экстракапсулярную тотальную струмэктомию
5. все неверно

- 4). Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.  
4. Подготовить реферат на тему: «Осложнения травм щитовидной железы»

**Рекомендуемая литература:**

Основная:

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

Дополнительная:

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

**Разделы 1-4.**

**Тема: Зачетное занятие.**

**Цель:**

**Задачи:**

**Обучающийся должен знать:**

**Обучающийся должен уметь:**

**Обучающийся должен владеть:**

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

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

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

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

**Дополнительная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
11.	«Заболевания поджелудочной железы». Учебное пособие.	В.А.Бахтин с соавт.	2012.-Киров.-84с.	85	ЭБС Кировского ГМУ
22.	«Заболевания щитовидной железы». Учебное пособие.	В.А.Бахтин с соавт.	2010.-Киров.-76с.	-	ЭБС Кировского ГМУ
33.	«Хирургическое лечение пороков сердца и ИБС». Учебное пособие.	В.А.Вязников с соавт.	2003.-Киров.-89с.	-	ЭБС Кировского ГМУ
44.	Очаговые заболевания печени: Учебное пособие	В.А. Бахтин, В.А. Янченко	2014.-Киров.-101с.	-	ЭБС Кировского ГМУ
55.	«Хирургическое лечение механической желтухи» (2 части). Учебное пособие	В.А. Бахтин, В.А. Янченко С.М. Аракелян	2010.-Киров.- 208с.	80	ЭБС Кировского ГМУ
66.	Нагноительные заболевания легких. Бронхоэктатическая болезнь. Эмпиема плевры: Учебное пособие	В.А. Бахтин, В.А. Янченко	2014.-Киров.-74с.	-	ЭБС Кировского ГМУ
77.	«Неотложные состояния» Учебное пособие	В.А. Бахтин Т.П.	2012.-Киров.-115с.	78	ЭБС Кировского ГМУ

		Захарищева В.А. Янченко			
88.	«Водно-электролит- ный обмен: нарушение и коррекция» Учебное пособие	В.П. Сухору- ков Т.П. Захари- щева В.А. Янченко	2016.-Ки- ров.-105с.	2	ЭБС Киров- ского ГМУ
99.	«Травма живота» Учебное пособие	В.А. Бахтин, В.А. Янченко	2016.-Ки- ров.-77с.	90	ЭБС Киров- ского ГМУ
110.	«Острые венозные тромбозы». Учебное пособие.	В.П.Малахов.	2005.-Ки- ров.-59с.	64	ЭБС Киров- ского ГМУ
111.	«Болезни оперирован- ного желудка». Учеб- ное пособие.	В.А.Бахтин с соавт.	2007.-Ки- ров.-74с.	88	ЭБС Киров- ского ГМУ

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

**Кафедра Госпитальной хирургии**

**Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)**

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

**«Госпитальная хирургия»**

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Направленность (профиль) ОПОП - Педиатрия

**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>		
ОК-1	способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	З3. Принципы объединения симптомов в синдромы.	У3. Анализировать симптомы патологических процессов и заболеваний, устанавливать логическую взаимосвязь между этиологическим фактором и развитием патологического процесса, анализировать механизмы развития заболеваний и патологических процессов; обосновывать принципы терапии.	В3. Навыками составления схем патогенеза патологических процессов и заболеваний.	<i>Разделы 1-4.</i> 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия). 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия). 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия.	8 <i>семестр</i>
ОК-4	способностью действовать в нестандартных ситуациях, готовностью	З2. Основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, включая вопросы	У2. Принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.	В2. Способностью осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком	<i>Разделы 1-4.</i> 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия).	9 семестр

	нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	профессиональной этики.		современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности.	2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия). 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия.	
ОПК-1	готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности	33. Правила и принципы профессионального поведения с учетом основных требований информационной безопасности.	У3. Применять требования информационной безопасности для решения практических задач.	В3. Способами совершенствования профессиональной деятельности; компьютерной техникой, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях с учетом требований информационной безопасности.	<i>Разделы 1-4.</i> 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия). 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия). 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия.	9 семестр
ОПК-4	способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	32. Основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.	У2. Соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать правила врачебной этики и деонтологии, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня; законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией.	В2. Принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с детьми и подростками, их родителями и родственниками.	<i>Разделы 1-4.</i> 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия). 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия). 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия.	9 семестр
ОПК-5	способностью и готовностью	31. Принципы доказательной медицины;	У1. Осуществлять поиск решения	В1. Способами совершенствования	<i>Разделы 1-4.</i> 1. Заболевания органов	8-9 семестр

	анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	дисциплинарную, административную, уголовную ответственность медицинских работников.	профессиональных задач с использованием теоретических знаний и практических умений; предотвращать возможные врачебные ошибки.	профессиональной деятельности.	грудной клетки (торакальная хирургия). 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия). 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия.	
ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации	33. Правила оформления и схемы написания истории болезни, истории развития ребенка, направления в стационар, экстренного извещения, проведения противоэпидемических мероприятий и диспансерного наблюдения; системный подход к анализу медицинской информации.	У3. Заполнять направление в стационар, экстренное извещение в органы санэпиднадзора, историю болезни и историю развития ребенка. Составлять план диспансерного наблюдения и проведения противоэпидемических мероприятий в очаге.	В3. Способностью оформлять истории болезни, истории развития ребенка, направления в стационар, экстренного извещения, проведения противоэпидемических мероприятий и диспансерного наблюдения в соответствии с установленными требованиями.	<i>Разделы 1-4.</i> 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия). 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия). 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия.	9 семестр
ОПК-11	готовностью к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	32. Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	У2. Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	В2. Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными.	<i>Разделы 1-4.</i> 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия). 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия). 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия.	9 семестр
ПК-2	способностью и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного	33. Современные методы оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, медико-профилактические технологии, методические подходы к проведению и	У3. Оценивать влияние природных и социальных факторов на развитие болезней, проводить комплексные медико-профилактические мероприятия, организовать проведение и оценивать	В3. Методами оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, проведения медико-профилактических мероприятий, современными технологиями проведения	<i>Разделы 1-4.</i> 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия). 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия).	9 семестр

	наблюдения за здоровыми детьми и детьми с хроническими заболеваниями	оценки эффективности профилактических, обще- оздоровительных мероприятий.	эффективность профилактических и общеоздоровительных мероприятий.	профилактических и общеоздоровительных мероприятий.	3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия.	
ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	34. Современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных, методы специфической диагностики инфекционных и паразитарных заболеваний, гельминтозов и их диагностические возможности.	У4. Анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах.	В5. Навыками интерпретации результатов диагностических технологий по возрастно-половым группам.	<i>Разделы 1-4.</i> 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия). 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия). 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия.	8-9 семестр
ПК-6	способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г.	33. Причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики подростков и взрослого населения терапевтического профиля. Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую).	У3. Назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз	В3. Методами общего клинического обследования больных для выявления основных патологических симптомов, синдромов заболеваний. Навыком составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыком проведения дифференциального диагноза; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики	<i>Разделы 1-4.</i> 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия). 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия). 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия.	8-9 семестр

	Женева, 1989 г.					
ПК-11	готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	34. Стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	У4. Применять стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	В4. Навыками применения стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	Разделы 1-4. 1. Заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия). 2. Заболевания сердца и сосудов (сердечно-сосудистая хирургия). 3. Заболевания органов брюшной полости. 4. Эндокринная хирургия.	9 семестр

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

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Неудовлетворительно/ не зачтено	Удовлетворительно/ зачтено	Хорошо/ зачтено	Отлично/ зачтено	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
<b>ОК-1(3)</b>						
Знать	Не знает принципы объединения симптомов в синдромы.	Не в полном объеме знает основные принципы объединения симптомов в синдромы, допускает существенные ошибки	Знает основные принципы объединения симптомов в синдромы, допускает ошибки	Знает принципы объединения симптомов в синдромы.	Тест, учебная история болезни	Тест, собеседование
Уметь	Не умеет анализировать симптомы патологических процессов и заболеваний, устанавливать логическую взаимосвязь между этиологическим фактором и развитием патологического процесса, анализировать механизмы развития заболеваний и патологических процессов; обосновывать принципы терапии	Частично освоено умение анализировать симптомы патологических процессов и заболеваний, устанавливать логическую взаимосвязь между этиологическим фактором и развитием патологического процесса, анализировать механизмы развития заболеваний и патологических процессов; обосновывать принципы терапии	Правильно использует симптомы патологических процессов и заболеваний, устанавливать логическую взаимосвязь между этиологическим фактором и развитием патологического процесса, анализировать механизмы развития заболеваний и патологических процессов; обосновывать принципы терапии	Самостоятельно использует симптомы патологических процессов и заболеваний, устанавливать логическую взаимосвязь между этиологическим фактором и развитием патологического процесса, анализировать механизмы развития	Тест, учебная история болезни	Тест, собеседование

			допускает ошибки	заболеваний и патологических процессов; обосновывать принципы терапии допускает ошибки		
Владеть	Не владеет навыками составления схем патогенеза патологических процессов и заболеваний.	Не полностью владеет навыками составления схем патогенеза патологических процессов и заболеваний	Способен использовать навыки составления схем патогенеза патологических процессов и заболеваний	Владеет навыками составления схем патогенеза патологических процессов и заболеваний	Тест, учебная история болезни	Тест, собеседование
ОК-4 (2)						
Знать	Не знает основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, включая вопросы профессиональной этики.	Не в полном объеме знает основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, включая вопросы профессиональной этики допускает существенные ошибки	Знает основные основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, включая вопросы профессиональной этики, допускает ошибки	Знает основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, включая вопросы профессиональной этики.	Тест, учебная история болезни	Тест, собеседование
Уметь	Не умеет принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.	Частично освоено умение принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.	Правильно принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность, допускает ошибки	Самостоятельно использует принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.	Тест, учебная история болезни	Тест, собеседование
Владеть	Не владеет навыками осуществления организационно-управленческой работы в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности.	Не полностью владеет навыками осуществления организационно-управленческой работы в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности.	Способен использовать навыки осуществления организационно-управленческой работы в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности.	Владеет навыками осуществления организационно-управленческой работы в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности.	Тест, учебная история болезни	Тест, собеседование
ОПК-1 (3)						



Знать	Фрагментарные знания правил и принципов профессионального поведения с учетом основных требований информационной безопасности	Общие, но не структурированные знания правил и принципов профессионального поведения с учетом основных требований информационной безопасности	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания правил и принципов профессионального поведения с учетом основных требований информационной безопасности	Сформированные систематические знания правил и принципов профессионального поведения с учетом основных требований информационной безопасности	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение применения требований информационной безопасности для решения практических задач.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение применения требований информационной безопасности для решения практических задач.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение применения требований информационной безопасности для решения практических задач.	Сформированное умение применения требований информационной безопасности для решения практических задач.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
Владеть	Фрагментарное применение навыков совершенствования профессиональной деятельности; компьютерной техникой, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях с учетом требований информационной безопасности.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков совершенствования профессиональной деятельности; компьютерной техникой, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях с учетом требований информационной безопасности.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков совершенствования профессиональной деятельности; компьютерной техникой, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях с учетом требований информационной безопасности.	Успешное и систематическое применение навыков совершенствования профессиональной деятельности; компьютерной техникой, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях с учетом требований информационной безопасности.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование

**ОПК-4 (2)**

Знать	Не знает основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.	Не в полном объеме знает основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками, допускает существенные ошибки	Знает основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками, допускает ошибки	Знает основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
Уметь	Не умеет соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать правила врачебной этики и деонтологии, законы и нормативные акты по	Частично освоенное умение соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать правила врачебной этики и деонтологии, законы и	Правильно анализирует, соблюдает морально-правовые нормы; соблюдать правила врачебной этики и деонтологии,	Самостоятельно соблюдает морально-правовые нормы; соблюдать правила врачебной этики	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование

	работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня; законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией.	нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня; законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией.	законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня; законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией. допускает ошибки	и деонтологии, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня; законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией.		
Владеть	Не владеет принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с детьми и подростками, их родителями и родственниками.	Не полностью владеет принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с детьми и подростками, их родителями и родственниками.	Способен использовать принципы врачебной деонтологии и врачебной этики; соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с детьми и подростками, их родителями и родственниками.	Владеет принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с детьми и подростками, их родителями и родственниками.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
<b>ОПК-5 (1)</b>						
Знать	Фрагментарные знания принципов доказательной медицины; дисциплинарную, административную, уголовную ответственность медицинских работников.	Общие, но не структурированные знания принципов доказательной медицины; дисциплинарную, административную, уголовную ответственность медицинских работников.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания принципов доказательной медицины; дисциплинарную, административную, уголовную ответственность медицинских работников.	Сформированные систематические знания принципов доказательной медицины; дисциплинарную, административную, уголовную ответственность медицинских работников.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение осуществления поиска решения профессиональных задач с	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение осуществлять поиск решения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение осуществлять поиск решения	Сформированное умение осуществлять поиск решения	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование

	использованием теоретических знаний и практических умений; предотвращать возможные врачебные ошибки.	профессиональных задач с использованием теоретических знаний и практических умений; предотвращать возможные врачебные ошибки.	профессиональных задач с использованием теоретических знаний и практических умений; предотвращать возможные врачебные ошибки.	профессиональных задач с использованием теоретических знаний и практических умений; предотвращать возможные врачебные ошибки.		
Владеть	Фрагментарное применение навыков совершенствования профессиональной деятельности.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков совершенствования профессиональной деятельности....	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков совершенствования профессиональной деятельности.	Успешное и систематическое применение навыков совершенствования профессиональной деятельности	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
<b>ОПК-6 (3)</b>						
Знать	Фрагментарные знания правил оформления и схемы написания истории болезни, истории развития ребенка, направления в стационар, экстренного извещения, проведения противоэпидемических мероприятий и диспансерного наблюдения; системный подход к анализу медицинской информации	Общие, но не структурированные знания правил оформления и схемы написания истории болезни, истории развития ребенка, направления в стационар, экстренного извещения, проведения противоэпидемических мероприятий и диспансерного наблюдения; системный подход к анализу медицинской информации	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания правил оформления и схемы написания истории болезни, истории развития ребенка, направления в стационар, экстренного извещения, проведения противоэпидемических мероприятий и диспансерного наблюдения; системный подход к анализу медицинской информации	Сформированные систематические знания правил оформления и схемы написания истории болезни, истории развития ребенка, направления в стационар, экстренного извещения, проведения противоэпидемических мероприятий и диспансерного наблюдения; системный подход к анализу медицинской информации	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование

Уметь	Частично освоенное умение заполнять направление в стационар, экстренное извещение в органы санэпиднадзора, историю болезни и историю развития ребенка. Составлять план диспансерного наблюдения и проведения противоэпидемических мероприятий в очаге.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение заполнять направление в стационар, экстренное извещение в органы санэпиднадзора, историю болезни и историю развития ребенка. Составлять план диспансерного наблюдения и проведения противоэпидемических мероприятий в очаге.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение заполнять направление в стационар, экстренное извещение в органы санэпиднадзора, историю болезни и историю развития ребенка. Составлять план диспансерного наблюдения и проведения противоэпидемических мероприятий в очаге.	Сформированное умение заполнять направление в стационар, экстренное извещение в органы санэпиднадзора, историю болезни и историю развития ребенка. Составлять план диспансерного наблюдения и проведения противоэпидемических мероприятий в очаге	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
Владеть	Фрагментарное применение навыков оформлять истории болезни, истории развития ребенка, направления в стационар, экстренного извещения, проведения противоэпидемических мероприятий и диспансерного наблюдения в соответствии с установленными требованиями	В целом успешное, но не систематическое применение навыков оформлять истории болезни, истории развития ребенка, направления в стационар, экстренного извещения, проведения противоэпидемических мероприятий и диспансерного наблюдения в соответствии с установленными требованиями	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков оформлять истории болезни, истории развития ребенка, направления в стационар, экстренного извещения, проведения противоэпидемических мероприятий и диспансерного наблюдения в соответствии с установленными требованиями	Успешное и систематическое применение навыков оформлять истории болезни, истории развития ребенка, направления в стационар, экстренного извещения, проведения противоэпидемических мероприятий и диспансерного наблюдения в соответствии с установленными требованиями	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
<b>ОПК-11 (2)</b>						
Знать	Фрагментарные знания обязанностей врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	Общие, но не структурированные знания обязанностей врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания обязанностей врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных	Сформированные систематические знания обязанностей врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики,	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование

		помещений медицинских организаций.	и диагностических помещений медицинских организаций.	санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.		
Уметь	Частично освоенное умение оказания лечебно-диагностической помощи больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оказания лечебно-диагностической помощи больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оказания лечебно-диагностической помощи больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	Сформированное умение оказания лечебно-диагностической помощи больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
Владеть	Фрагментарное применение навыков асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными.	Успешное и систематическое применение навыков асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
<b>ПК-2 (3)</b>						
Знать	Фрагментарные знания современных методов оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, медико-профилактические технологии, методические подходы к проведению и оценки эффективности профилактических, обще-	Общие, но не структурированные знания современных методов оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, медико-профилактические технологии, методические подходы к проведению и оценки эффективности профилактических, обще-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания современных методов оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, медико-профилактические технологии, методические подходы к проведению и	Сформированные систематические знания современных методов оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, медико-профилактические технологии, методические	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование

	оздоровительных мероприятий.	оздоровительных мероприятий.	оценки эффективности профилактических, общеоздоровительных мероприятий.	подходы к проведению и оценки эффективности профилактических, общеоздоровительных мероприятий.		
Уметь	Частично освоенное умение оценивать влияние природных и социальных факторов на развитие болезней, проводить комплексные медико-профилактические мероприятия, организовать проведение и оценивать эффективность профилактических и общеоздоровительных мероприятий.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оценивать влияние природных и социальных факторов на развитие болезней, проводить комплексные медико-профилактические мероприятия, организовать проведение и оценивать эффективность профилактических и общеоздоровительных мероприятий.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оценивать влияние природных и социальных факторов на развитие болезней, проводить комплексные медико-профилактические мероприятия, организовать проведение и оценивать эффективность профилактических и общеоздоровительных мероприятий.	Сформированное умение оценивать влияние природных и социальных факторов на развитие болезней, проводить комплексные медико-профилактические мероприятия, организовать проведение и оценивать эффективность профилактических и общеоздоровительных мероприятий.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
Владеть	<i>Фрагментарное применение навыков</i> оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, проведения медико-профилактических мероприятий, современными технологиями проведения профилактических и общеоздоровительных мероприятий.	<i>В целом успешное, но не систематическое применение навыков</i> оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, проведения медико-профилактических мероприятий, современными технологиями проведения профилактических и общеоздоровительных мероприятий.	<i>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков</i> оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, проведения медико-профилактических мероприятий, современными технологиями проведения профилактических и общеоздоровительных мероприятий.	<i>Успешное и систематическое применение навыков</i> оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, проведения медико-профилактических мероприятий, современными технологиями проведения профилактических и общеоздоровительных мероприятий.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
<b>ПК-5 (4)</b>						
Знать	Фрагментарные знания современных методов клинического, лабораторного, инструментального	Общие, но не структурированные знания современных методов клинического, лабораторного,	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания современных методов	Сформированные систематические знания современных методов	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование

	обследования больных, методы специфической диагностики инфекционных и паразитарных заболеваний, гельминтозов и их диагностические возможности.	инструментального обследования больных, методы специфической диагностики инфекционных и паразитарных заболеваний, гельминтозов и их диагностические возможности.	клинического, лабораторного, инструментального обследования больных, методы специфической диагностики инфекционных и паразитарных заболеваний, гельминтозов и их диагностические возможности.	клинического, лабораторного, инструментального обследования больных, методы специфической диагностики инфекционных и паразитарных заболеваний, гельминтозов и их диагностические возможности.		
Уметь	Частично освоенное умение анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах.	Сформированное умение анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
Владеть	Фрагментарное применение навыков интерпретации результатов диагностических технологий по возрастано-половым группам.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков интерпретации результатов диагностических технологий по возрастано-половым группам.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков интерпретации результатов диагностических технологий по возрастано-половым группам.	Успешное и систематическое применение навыков интерпретации результатов диагностических технологий по возрастано-половым группам.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
<b>ПК-6 (3)</b>						
Знать	Фрагментарные знания причин возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики подростков и взрослого населения терапевтического профиля.	Общие, но не структурированные знания причин возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики подростков и взрослого населения	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания причин возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной	Сформированные систематические знания причин возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов. Современные методы клинической,	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование

	Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую).	терапевтического профиля. Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую	диагностики подростков и взрослого населения терапевтического профиля. Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую	лабораторной и инструментальной диагностики подростков и взрослого населения терапевтического профиля. Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую		
Уметь	Частично освоенное умение назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз	Сформированное умение назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
Владеть	Фрагментарное применение навыков общего клинического обследования больных для выявления основных патологических симптомов, синдромов заболеваний. Навыком составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыком проведения дифференциального диагноза; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики	В целом успешное, но не систематическое применение навыков общего клинического обследования больных для выявления основных патологических симптомов, синдромов заболеваний. Навыком составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыком проведения дифференциального диагноза; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики...	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков общего клинического обследования больных для выявления основных патологических симптомов, синдромов заболеваний. Навыком составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыком проведения дифференциального диагноза; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и	Успешное и систематическое применение навыков общего клинического обследования больных для выявления основных патологических симптомов, синдромов заболеваний. Навыком составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыком проведения дифференциального диагноза; интерпретацией результатов	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование



			специфических методов диагностики	лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики		
<b>ПК-11 (4)</b>						
<b>Знать</b>	Фрагментарные знания стандартов и протоколы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	Общие, но не структурированные знания стандартов и протоколы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания стандартов и протоколы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Сформированные систематические знания стандартов и протоколы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
<b>Уметь</b>	Частично освоенное умение применять стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение применять стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	В целом успешное, но содержащие отдельные пробелы умение применять стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	Сформированное умение применять стандарты и протоколы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование
<b>Владеть</b>	Фрагментарное применение навыков применения стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков применения стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	В целом успешное, но содержащие отдельные пробелы применение навыков применения стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	Успешное и систематическое применение навыков применения стандартов и протоколов оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	Решение ситуационных задач, тест	Тест, собеседование

## 2. Типовые контрольные задания и иные материалы

Примерные вопросы к зачету, критерии оценки (ОК-1, ОК-4, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-11)

1. Опухоли и кисты поджелудочной железы. Клиника, диагностика, лечение.

2. Хронический панкреатит, формы. Этиология, клиника, лечение.
3. Кисты поджелудочной железы. Этиология, диагностика, лечение.
4. Классификация очаговых заболеваний печени.
5. Первичный рак печени: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
6. Метастатический рак печени: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
7. Альвеококкоз печени: этиология, клиника, диагностика, лечение.
8. Эхинококкоз печени: этиология, клиника, диагностика, лечение.
9. Классификация заболеваний щитовидной железы. Узловой зоб. Диагностика, методы лечения.
10. Диффузный токсический зоб. Этиопатогенез тиреотоксикоза. Клиника, консервативное лечение. Показания и объем оперативного лечения при токсическом зобе.
11. Оперативное лечение зоба, объем операций при различных его формах. Осложнения.
12. Дивертикулы пищевода. Клиника, диагностика, лечение. Язвенный эзофагит: клиника, диагностика. Лечение.
13. Ахалазия кардии (кардиоспазм). Классификация, клиника, диагностика, лечение.
14. Рубцово-язвенные стенозы желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика, патогенез обменных нарушений, их коррекция. Лечение.
15. Химические ожоги пищевода. Первая помощь и лечение. Ранние и поздние осложнения.
16. Консервативное и хирургическое лечение рубцовых стриктур пищевода.
17. Патогенез, клиника, диагностика варикозного расширения вен нижних конечностей. Лечение (консервативное, склерозирующее, оперативное).
18. Этиология и патогенез посттромбофлебитического синдрома нижних конечностей. Диагностика и методы лечения.
19. Дифференциальный диагноз заболеваний, приводящих к хронической венозной недостаточности нижних конечностей.
20. Этиология и патогенез острых тромбозов глубоких вен нижних конечностей. Клиническая картина заболеваний в зависимости от локализации поражения. Тактика и лечение.
21. Острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз. Клиника, диагностика, лечение.
22. Антикоагулянтная и фибринолитическая терапия острых венозных тромбозов.
23. Клиническая картина острых тромбозов поверхностных вен нижних конечностей. Лечение.
24. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей. Клиническая картина, степени хронической артериальной непроходимости. Лечение.
25. Облитерирующий эндартерит. Этиология, патогенез, клиническая картина. Лечение.
26. Острая артериальная непроходимость. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Стадии острой недостаточности кровообращения.
27. Острая эмболия артерий конечностей. Клиническая картина в зависимости от стадии недостаточности кровообращения. Тактика, лечение.
28. Острые артериальные тромбозы. Клиническая картина в зависимости от стадии недостаточности кровообращения.
29. Классификация желтух. Клиника. Лабораторная и инструментальная диагностика.
30. Причины механической желтухи. Клиника, диагностика, лечение.
31. Понятие высокой и низкой механической желтухи. Диагностика, хирургическая тактика.
32. Абсцессы легкого. Классификация. Клиника острого абсцесса, диагностика, лечение.
33. Гангрена легкого. Определение понятия. Патогенез, клиника, диагностика и методы лечения.
34. Бронхоэктатическая болезнь. Определение понятия. Классификация, этиология. Патогенез, диагностика. Показания к хирургическому лечению.
35. Острые и хронические гнойные воспаления плевры. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
36. Травматический гемоторакс. Классификация, клиника, лечение.
37. Врожденные пороки сердца. Классификация. Гемодинамика плода, новорожденного, ребенка первого года жизни. Методы диагностики пороков.

38. Врожденные пороки «белого типа». Клиника, методы хирургического лечения.
39. Врожденные пороки «синего типа». Клиника, методы хирургического лечения.
40. Основные врожденные пороки «с препятствием кровотоку». Клиника, методы хирургического лечения
41. Основные врожденные пороки «синего типа». Клиника, методы хирургического лечения.
42. Гидатидозный эхинококкоз печени. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение
43. Альвеококкоз печени. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
44. Злокачественные опухоли печени. Клиника, диагностика, лечение.
45. Печено-клеточный рак. Клиника, диагностика, лечение.

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 (ОК-1, ОК-4, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-11)**

*I уровень:*

1. Среди осложнений, связанных с производством плевральной пункции, сопровождающейся введением антибиотиков, к моментальному летальному исходу могут привести (**ОПК-5, ОПК-11, ПК-5**):
  1. Внутриплевральное кровотечение
  2. Воздушная эмболия головного мозга
  3. Анафилактический шок
  4. Плевро-пульмональный шок
  5. Геморрагический шок
  
2. При пневмонии основным фактором возникновения гипоксемии является (**ПК-5**):
  1. Сокращение кровотока через неентилируемые участки легких
  2. Поверхностное дыхание, гиповентиляция
  3. Повышение метаболизма
  4. Повышение внутрилегочного давления
  
3. При лечении абсцедирующей пневмонией используются (**ОПК-11, ПК-5**):
  1. Санационные бронхоскопии
  2. Ингаляции
  3. Отхаркивающие средства
  4. Интрабронхиальное введение протеолитических ферментов

5. Противовоспалительные дозы рентгенотерапии

4. Активный дренаж плевральной полости показан (**ОПК-5, ОПК-11, ПК-6**):

1. При торакотомии
2. При гемотораксе вследствие перелома ребер
3. При рецидивирующем гемотораксе
4. При эмпиеме плевры
5. При нижнедолевой пневмонии

5. Осложнением острого абсцесса легкого может быть (**ОК-1, ПК-5**):

1. прорыв абсцесса в плевральную полость
2. кровотечение
3. аспирация гноя в здоровое легкое
4. сепсис
5. образование сухой полости в легком

6. Для гангрены легкого не характерно (**ОК-1, ОПК-11, ПК-5**):

1. развитие заболевания при ареактивности организма
2. отсутствие грануляционного вала на границе поражения
3. распространенный некроз легочной ткани
4. выраженная интоксикация
5. гомогенное затемнение округлой формы при рентгенологическом исследовании

7. Противопоказанием к операции лобэктомии при остром абсцессе легкого может быть (**ОК-1, ОПК-11, ПК-5**):

1. нарастание гнойной интоксикации
2. повторное кровотечение из вскрывшегося абсцесса
3. развитие гангрены легкого
4. подозрение на полостную форму рака легкого
5. отказ больного от операции

8. Причиной перехода острой эмпиемы плевры в хроническую может быть (**ОК-1, ПК-5, ПК-2**):

1. неудавшаяся попытка облитерации полости в остром периоде
2. преждевременное удаление дренажа
3. большая первичная полость
4. туберкулез и другая специфическая флора
5. бронхо-плевральный свищ

9. При большой воздушной кисте легкого возможны (**ОК-1, ПК-5, ПК-11**):

1. пневмоторакс
2. легочное кровотечение
3. нагноение кисты
4. Гидроторакс

10. Для острого пневмоторакса характерно (**ОК-1, ОПК-11, ПК-5**):

1. одышка в покое

2. болевой синдром вплоть до шока
3. горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости
4. тахикардия
5. изменение перкуторного звука

11. Клинико-Р-логически установлен диагноз острой эмпиемы плевры, гнойно-резорбтивная лихорадка. Какие из перечисленных методов лечения следует применять? (ОК-1, ОПК-11, ПК-5)

1. курс санационной бронхоскопии
2. плевральные пункции с промыванием полости плевры и введением антибиотиков
3. дренирование плевральной полости с активной аспирацией содержимого
4. дезинтоксикационную и антибиотикотерапию

12. Какие методы применяются при исследовании аспирированной из плевры геморрагической жидкости у больного с заболеванием легких? (ОК-1, ОПК-11, ПК-5)

1. определение форменных элементов крови
2. цитологическое исследование
3. определение белка в жидкости
4. определение гемоглобина
5. посев на чувствительность к антибиотикам

13. Укажите три наиболее частых осложнения острого абсцесса легкого (ОК-1, ОПК-11, ПК-5):

1. эмпиема плевры
2. пиопневмоторакс
3. флегмона грудной клетки
4. амилоидоз
5. абсцесс головного мозга
6. легочное кровотечение

14. Бронхоэктазы развиваются вследствие (ОК-1, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5):

1. врожденных причин
2. хронической пневмонии
3. туберкулеза легких
4. нарушения проходимости бронхиального дерева
5. курения

15. Перечислите показания к хирургическому лечению абсцесса легких (ОК-1, ОПК-11, ПК-5):

1. отхождение большого количества гнойной мокроты
2. обнаружение "сухой полости" при рентгенологическом исследовании
3. обширная деструкция легочной ткани при неудовлетворительном дренировании
4. размеры полости абсцесса более 6 см
5. интоксикация, сохраняющаяся на фоне консервативной терапии

16. В каких случаях при абсцессе легкого показана экстренная резекция легкого? (ОК-

**1, ОПК-11, ПК-5):**

1. развитие пиопневмоторакса
2. обнаружение пневмоперикардита
3. эрозивное кровотечение из полости абсцесса
4. повторное кровохарканье
5. сепсис

17. Абсолютным показанием для реторакотомии не является (**ОК-1, ОПК-11, ПК-5):**

1. Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
2. Первичная несостоятельность культи бронха
3. Внутривезикулярное кровотечение
4. Ателектаз легкого
5. Напряженный пневмоторакс

18. При спонтанном пневмотораксе с полным коллапсом легкого дренирование плевральной полости не целесообразно (**ОК-1, ОПК-11, ПК-5):**

1. По средней аксиллярной линии в 6 межреберья
2. Во втором межреберья по среднеключичной линии
3. В 7 межреберья по задней аксиллярной линии
4. В 8 межреберья по задней аксиллярной линии
5. Два дренажа: во втором межреберья по среднеключичной линии и 8 межреберья по задней аксиллярной линии

19. Достоверным признаком легочного кровотечения не является (**ОК-1, ОПК-11, ПК-5):**

1. Выделение крови изо рта
2. Кашель с выделением алой пенной крови
3. Наличие затемнения в легком
4. Наличие экссудата в плевральной полости
5. Наличие крови в бронхах при бронхоскопии

20. Показанием для срочной широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки не является (**ОК-1, ОПК-11, ПК-5):**

1. Пневмоторакс.
2. Гемоторакс.
3. Свернувшийся гемоторакс.
4. Продолжающееся кровотечение в плевральную полость.
5. Сам факт проникающего ранения.

*2 уровень:*

1. Сопоставьте гнойный процесс легких и плевры его определению (**ОК-1, ОПК-11, ПК-5):**

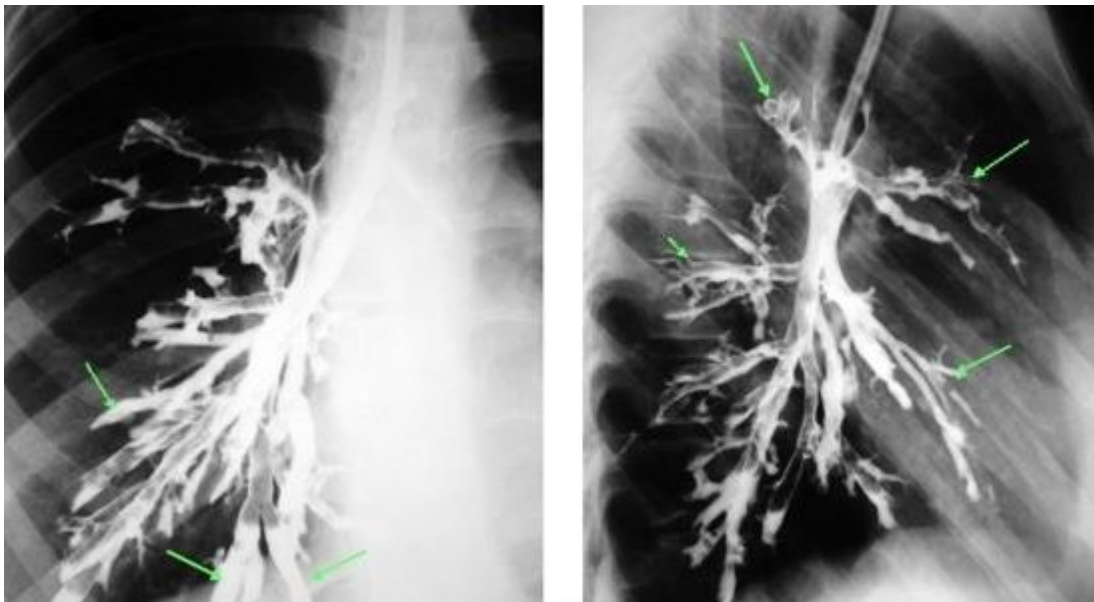
—	Острый абсцесс легких это	1]	гнойный или гнилостный распад некротических участков легочной ткани, заполненных гноем и отграниченной от неповрежденных отделов пиогенной капсулой.
—	Гангрена легкого это	2]	гнойно-гнилостный некроз значительного участка легочной ткани, без четких признаков демаркации,

имеющий тенденцию к дальнейшему распространению и проявляющийся крайне тяжелым общим состоянием больного.

Гангренозный абсцесс это

гнойно-гнилостный некроз участка легочной ткани, с менее обширным, чем при гангрене омертвением паренхимы, склонным к отграничению, когда в процессе демаркации формируется полость с пристеночным или свободно лежащими секвестрами легочной ткани.

2. Какой патологический процесс в бронхах имеется на представленных рентгеновских снимках (ОК-1, ОПК-11, ПК-5):



Ответ: \_\_\_\_\_

3. Сопоставьте понятие его определению:

- |                |                                                                                                                             |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| — Пневмоторакс | 1] скопление воздуха в плевральной полости.                                                                                 |
| — Гемоторакс   | 2] скопление крови в плевральной полости.                                                                                   |
| — Хилоторакс   | 3] скопление в плевральной полости лимфатической жидкости (лимфы) в результате повреждения грудного лимфатического протока. |

4. Сопоставьте симптомы острого холецистита фамилиям авторов, описавших их (ОК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-11)

- |           |                                                                       |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------|
| — Ортнера | 1] болезненность при поколачивании правой рёберной дуги ребром кисти; |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------|

—	Мерфи	2] произвольная задержка дыхания на вдохе при пальпации правого подреберья;
—	Кера	3] боль на высоте вдоха во время пальпации правого подреберья;
—	Мюсси—Георгиевского (френикус-симптом)	4] болезненность при надавливании пальцем между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
—	Щёткина—Блюмберга	5] в случае вовлечения в воспалительный процесс брюшины.

5. Определите последовательность мероприятий при остром холецистите (**ОК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6**)

Госпитализация, дообследование

назначение постельного режима, голода, холода на правое подреберье,

в/венное, введения спазмолитиков, антибиотиков,

инузионная дезинтоксикационная терапия,

новокаиновые блокады (паранефральная, субкисфоидная, круглой связки печени).

Ответ: — — — — —

3 уровень:

1. Сообщение:

Молодой мужчина при автокатастрофе ударился правой половиной грудной клетки. Его беспокоят сильные боли в области ушиба, особенно при дыхании. При осмотре выраженная болезненность при пальпации 5-7 ребер справа от передне-подмышечной линии. Подкожная эмфизема в этой области. При аускультации ослабление дыхания справа. При перкуссии тимпанит, состояние больного относительно удовлетворительное, одышки и тахикардии нет. Отмечается некоторая бледность кожных покровов. (**ОК-1, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-11**)

1. Ваш предварительный диагноз?

ушиб грудной клетки

закрытая травма груди с повреждением костного каркаса

сочетанная травма груди и живота

пневмоторакс

перелом 5-7 ребер справа от передне-подмышечной линии

повреждение правого легкого

подкожная эмфизема

правосторонний пневмоторакс

2. План обследования:

осмотр

рентгеноскопия(графия) грудной клетки

ЭКГ

клинические и биохимические анализы



- плевральная пункция
- торакоскопия
- консультация смежных специалистов

3. Причина появления подкожной эмфиземы:

- разрыв сегментарного бронха
- разрыв легочной артерии
- повреждение легкого
- повреждение пищевода

4. Хирургическая тактика:

- Лечение в амбулаторных условиях
- Госпитализация в хирургический (травматологический) стационар

2. Сообщение:

У больного 48 лет после перенесенного гриппа, начавшегося с температуры 39,5°C, вот уже в течение 3 недель держится субфебрильная температура. Больной отмечает сухой кашель, слабость, упадок сил, одышку. Слева в верхнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание. СОЭ 45 мм/ч. В скудной мокроте слизистого характера много эритроцитов. Рентгенологически в верхней доле правого легкого определяется неравномерной интенсивности затемнение без четких границ. На боковой снимке определяется ателектаз III сегмента. При бронхографии было выявлено значительное сужение верхнедолевого бронха и изъеденность его контуров, отсутствие бронха переднего сегмента. (ОК-1, ОПК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-11)

1. Ваш диагноз?

- Абсцесс легкого
- Гангрена легкого
- Центральный рак легкого
- Хронический бронхит в стадии обострения

2. Составьте план обследования больного.

- Расспрос и физикальный осмотр
- Общеклиническое обследование
- Бронхография с биопсией
- Торакоскопия
- УЗИ органов брюшной полости
- Компьютерная томография легких
- Исследование мокроты на атипичные клетки
- Ответ \_ \_ \_ \_ \_

3. Каков предположительный объем операции

- лобэктомия
- билобэктомия
- пульмонэктомия

4. Каков может быть прогноз?

- благоприятный
- относительно благоприятный
- сомнительный
- неблагоприятный

### 3. Сообщение:

На прием в поликлинику явился больной через 10 суток после случайного приема небольшого количества аккумуляторной кислоты с жалобами на невозможность полноценного питания, боли в пищеводе и верхней трети живота. Объективно: состояние средней тяжести, пульс - 88 уд./мин, АД - 130/70 мм рт. ст., температура тела субфебрильная, на обзорной рентгенограмме патологии не выявлено. (ОК-1, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-11)

Что следует провести хирургу?

- эзофагогастроскопию;
- анализы крови и мочи;
- госпитализацию в хирургический стационар;
- раннее бужирование в условиях поликлиники;
- консервативное лечение амбулаторно

Какие осложнения могут развиваться в ближайшее время?

- Болевой шок
- Токсический шок
- Кровотечение
- Рак пищевода
- Перфорация пищевода
- Медиастинит
- Стриктура пищевода

Перечислите мероприятия неотложной помощи

- обезболивание
- противошоковая терапия
- антибактериальная терапия
- наложение гастростомы
- гемостатическая терапия
- пластика пищевода

*Критерии оценки:*

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

### 3.3 Примерные ситуационные задачи, критерии оценки (ОК-1, ОК-4, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-11)

3.3.

#### Задача № 10

(ОК-1, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-11)

У больного, 48 лет, находящегося на лечении в кардиологическом отделении по поводу инфаркта миокарда в течение недели стала нарастать слабость, дважды отмечалась рвота "кофейной гущей", жидкий

дегтеобразный стул.

В течение 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Отмечает сезонность обострений. Неоднократно лечился консервативно в терапевтических отделениях.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные, Тоны сердца приглушены, аритмичные. Пульс 102 уд. в мин. АД-100/70 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, единичные сухие хрипы, число дыханий 28 в мин. Язык покрыт коричневым налетом. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Перистальтика равномерно усилена. Ректально: на перчатке черного цвета кал. В крови эритроцитов -  $2,5 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 84 г/л, гематокрит - 27%.

ФГДС: по малой кривизне желудка в области угла неглубокая язва 1,5x1,0 см, прикрытый рыхлым тромбом черно-красного цвета, в двенадцатиперстной кишке белесоватый звездчатый рубец на медиальной стенке.

1. Сформулируйте диагноз?
2. Что, на Ваш взгляд, могло спровоцировать данное осложнение у этого больного?
3. Какое обследование необходимо провести?
4. Какой должна быть хирургическая тактика?
5. Напишите лист назначений.

### Задача № 17

(ОК-1, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-11)

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

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

Осмотрена хирургом, который направил больную на дообследование.

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

Общий анализ крови: Эр - 3,14 млн; НЬ - 88 г/л, Лейк - 6,8 тыс, СОЭ - 47 мм/ч. АН мочи без патологии. Биохимический анализ крови: общ белок - 74 г/л; А1 - 47%, G1-53%, билирубин общ. - 17 мкмоль/л; АСТ - 27 ИЕ, АЛТ - 29 ИЕ; протромбиновый индекс - 66 %.

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

Ректороманоскопия: осмотрена прямая и дистальные отделы сигмовидной кишки на 26 см - патологии не выявлено, слизистая розовая без дефектов, не кровоточит. Геморроидальные узлы не обнаружены.

5. Ваш предварительный диагноз
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальный диагноз. 4. Тактика лечения.

### Задача № 36

(ОК-1, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-11)

На 2-е сутки после операции (аппендэктомия) по поводу флегмонозного аппендицита у больного Т., 34 лет, появились общая слабость, головокружение. При осмотре состояние больного

тяжелое. Больной повышенного питания. Обращает на себя внимание бледность кожного покрова и слизистых, конечности прохладные на ощупь, больной несколько заторможен, при разговоре зевает. В легких везикулярное дыхание. Пульс 92 удара в минуту слабого наполнения, ритм правильный, АД 90/60 мм. рт. ст. Живот слегка вздут, напряжен, особенно в нижних отделах и правой подвздошной области, болезнен, определяются симптомы раздражения брюшины, притупление в перкуторного звука по правому флангу.

1. Что послужило причиной ухудшения состояния больного?
2. Какими лабораторными и инструментальными методами диагностики можно подтвердить ваше предположение.
3. Какие неотложные мероприятия необходимо провести больному.
4. Хирургическая тактика.

### Задача № 5

(ОК-1, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-11)

Больная 66 лет, доставлена в хирургическое отделение с жалобами на резко болезненное выпячивание в левой паховой области, вздутие живота, задержку стула и газов, тошноту, рвоту.

Заболела остро 20 часов назад. После поднятия мешка с картошкой появилось опухолевидное выпячивание в левой паховой области. За медицинской помощью не обращалась. Прикладывала горячую грелку. Боли не стихали, приняли схваткообразный характер, появилось вздутие живота, неоднократная рвота с примесью желчи. Доставлена машиной «Скорой помощи».

Состояние средней тяжести. Повышенного питания. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс 98 уд. в мин. АД 90/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот вздут, при перкуссии тимпанит с металлическим оттенком, определяется «шум плеска». При пальпации болезненность в нижних отделах живота, больше слева. Перистальтика не выслушивается. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. В левой паховой области под паховой складкой опухолевидное образование 6x4 см, резко болезненное, «кашлевой толчок» отрицательный.

При ректальном пальцевом исследовании ампула прямой кишки пустая, новообразований не пальпируется.

В крови лейкоцитов  $12,4 \times 10^9$ /л. Анализ мочи без патологии.

По экстренным показаниям больная взята на операцию. Под местной анестезией бедренным доступом после вскрытия грыжевого мешка выявлено, что ущемленная петля подвздошной кишки багрово-красного цвета, кровоизлияния в брыжейке, пульсация сосудов не определяется, перистальтики нет. После комплекса мероприятий цвет кишки не изменился, перистальтики нет, серозный покров кишки тусклый, пульсация брыжеечных сосудов не определяется.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Предполагаемый механизм ущемления.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Дополнительные методы обследования.
5. Признаки нежизнеспособности кишки.
6. Какова дальнейшая хирургическая тактика?

### Задача № 18

(ОК-1, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-11)

Больной, 45 лет, поступил в клинику с жалобами на резко болезненное, невосприимчивое выпячивание в правой паховой области, вздутие живота, задержку газов.

Заболел более 8 часов назад, когда после поднятия тяжести на работе появились интенсивные боли в области грыжевого выпячивания. Обратился в медпункт, был направлен к хирургу в поликлинику, затем доставлен в экстренную хирургию.

Выпячивание появилось 3 года назад, постепенно увеличивалось, самостоятельно вправлялось в положении лежа. К врачу больной не обращался.

Состояние средней тяжести. Температура тела в норме. Пульс 90 уд. в мин. Кожные покровы бледные, влажные. Язык покрыт белым налетом. Живот умеренно вздут, резко болезненный в правой паховой области, где определяется грыжевое выпячивание размером 8х5 см, напряженное, резко болезненное, расположенное кнутри и кверху от лонного бугорка. Симптом кашлевого толчка отрицательный. Перистальтика неравномерная, ослабленная. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Больной был оперирован.

На операции: выделен и вскрыт грыжевой мешок, в нем имеется серозногеморрагический выпот и две петли тонкой кишки, которые визуальны были не изменены, перистальтировали, пульсация сосудов отчетливая. Ущемляющее кольцо рассечено, кишечные петли вправлены в брюшную полость. Операция закончилась грыжесечением и пластикой пахового канала по Жирару-Спасокукоцкому. В первые сутки после операции у больного появились признаки распространенного перитонита.

1. Ваш диагноз при поступлении больного в клинику.
2. На основании каких симптомов поставлен диагноз?
3. Дифференциальная диагностика.
4. Причина послеоперационного перитонита.
5. Какую хирургическую тактику нужно применить в данном случае?
6. Принципы терапии в послеоперационном периоде.

*Критерии оценки:*

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

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

### **3.4. Примерный перечень практических навыков, критерии (ОК-1, ОК-4, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-11)**

1. Обработать операционное поле.
2. Произвести обработку рук перед операцией.
3. Выполнить подкожную, внутривенную, внутримышечную, внутривенную инъекцию.
4. Произвести местную инфильтрационную анестезию по А.В. Вишневскому.
5. Произвести межреберную анестезию.
6. Произвести паравертебральную блокаду при переломах ребер.
7. Произвести анестезию при: а) переломе бедра в средней трети б) шейки бедра.
8. Произвести лечебно-диагностическую пункцию коленного сустава.
9. Произвести транспортную иммобилизацию табельными средствами при переломах бедра и голени.
10. Техника блокады по Школьникову-Селиванову.
11. Техника новокаиновой блокады по Лорину-Эпштейну.
12. Техника диагностической пункции брюшной полости.
13. Техника лапароцентеза методом «шарящего катетера».
14. Установить зонд Блекмора. Правила ухода за зондом Блекмора.
15. Оказать неотложную помощь при острой задержке мочи.
16. Произвести катетеризацию мочевого пузыря мягким катетером.
17. Оказать неотложную помощь при утоплении.
18. Оказать неотложную помощь при ранах.
19. Произвести обработку пролежней.
20. Проведение проб на совместимость крови донора и реципиента при переливании крови по снегов АВО, резус-фактору и индивидуальную совместимость.

21. Оказать неотложную помощь при возникновении посттрансфузионных реакций и осложнений.
22. Оказать неотложную помощь при острой дегидратации.
23. Оказать неотложную помощь при термических, химических и лучевых ожогах.
24. Оказать неотложную помощь при электротравме.

*Критерии оценки:*

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

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

### **3.5. Примерное задание к написанию учебной истории болезни (ОК-1, ОК-4, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-11)**

#### **КРАТКАЯ СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

1. Общие сведения о больном (паспортная часть).
2. Жалобы больного в момент поступления: основные, опрос по системам.
3. История развития заболевания (анамнез заболевания).
4. История жизни больного (анамнез жизни).
5. Объективное обследование: общие данные, обследование по системам, местные признаки основного заболевания (локальный статус).
6. Предварительный диагноз.
7. План обследования больного.
8. Результаты специальных (дополнительных) методов обследования.
9. Дифференциальный диагноз.
10. Клинический диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания) и его обоснование.
11. Этиология и патогенез заболевания.
12. Лечение: общие принципы лечения, план лечения курируемого больного, метод лечения и его обоснование, «Лист назначений» (консервативная терапия до- и после операции), предоперационный эпикриз, протокол операции.
13. Течение болезни (дневники).
14. Окончательный диагноз (основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания).
15. Эпикриз (заключение по поводу течения и исхода болезни).
16. Прогноз.
17. Список использованной литературы.
18. Дата сдачи истории болезни и подпись куратора.

#### **ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ (паспортная часть)**

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Возраст.
3. Профессия и место работы.
4. Место жительства.
5. Дата поступления (год, месяц, число, часы, минуты).
6. Диагноз направившего учреждения.
7. Клинический диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующее заболевание).
8. Операция (название, день и час). Если не оперирован, отметить - «не было». Осложнения после операции.
9. Дата выписки.
10. Группа крови и резус-принадлежность.

## ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО В МОМЕНТ ПОСТУПЛЕНИЯ

Фиксируют жалобы, предъявляемые больным при госпитализации в стационар, а не на момент курации. Сначала перечисляют основные жалобы, отмеченные самим больным, обусловленные тем заболеванием, по поводу которого он был госпитализирован в хирургическую клинику. Жалобам дают подробную характеристику. Так при описании боли указывают ее характер (острая, тупая, жгучая, распирающая, тянущая), локализацию, интенсивность, периодичность, иррадиацию, чем спровоцирована и чем купируется (не путать «боль» и «болезненность» - физикальный феномен!) Активно выявляют те жалобы, которые могут иметь место при данном заболевании, хотя больной их и не упомянул.

Затем излагают жалобы, которые могут быть обусловлены другими причинами, производя тщательный опрос по системам.

### ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (анамнез заболевания)

По возможности точно, выясняют начало заболевания, отмечают острое или постепенное его развитие, с чем связывают его появление сам больной. Указывают порядок госпитализации (экстренно, планово) и время госпитализации от начала заболевания (до 6 часов, от 7 до 24 часов, более суток). Определяют вид транспортировки больного. Отражают последовательно время и характер появления первых признаков заболевания, последовательность возникновения его основных симптомов, динамику их развития до поступления больного в стационар. Дают краткие сведения о предыдущем амбулаторном, стационарном и санаторно-курортном лечении, длительности и результатах этого лечения. Обязательно изучают имеющиеся у больного документы, характеризующие течение болезни до поступления в клинику (выписки, справки, заключения, лабораторные анализы, результаты инструментальных методов исследования) и записывают их данные в историю болезни.

### ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО (анамнез жизни)

Отражают краткие биографические данные в хронологическом порядке с указанием социально-бытовых условий, местности и состава семьи, где родился больной. Отмечают условия быта, питания, развития.

Уточняют данные о наследственности, взаимоотношениях в семье.

У девушек и женщин выясняют начало менструаций, их ритм, интенсивность. У женщин отмечают количество беременностей и родов, как они протекали, наличие аборт. У мужчин - «военный анамнез» (служба в армии, пребывание на фронте).

Указывают профессии больного, их смену, вредность, тяжесть.

Выясняют наличие вредных привычек: злоупотребление спиртными напитками, курение, наркомания, с уточнением времени увлечения ими и употребляемых количествах.

Обязательно отражают все перенесенные в прошлом заболевания, травмы, операции, сопутствующие заболевания, с обращением особого внимания на такие, как туберкулез, сифилис, гепатит, кишечные инфекции, ревматизм, малярия, аллергические заболевания.

Указывают наличие в анамнезе гемотрансфузий и аллергических реакций на лекарственные препараты, их проявления.

В клинической работе куратор должен суметь выявить основной этиологический момент и те причины, которые способствовали развитию заболевания у данного больного.

### ОБЩИЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Оценивают общее состояние больного: удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое, крайне тяжелое (не путать с «самочувствием»!); сознание (ясное, помраченное, спутанное, отсутствует); уровень умственного развития, его соответствие возрасту; самокритичность, ориентировку во времени и в пространстве; расстройства речи, письма.

Дают характеристику выражению лица (живое, спокойное, осмысленное, возбужденное, страдальческое, маскообразное). Указывают положение больного в постели (активное, пассивное, вынужденное). Отмечают наличие патологических видов дыхания: типа Чейна-Стокса, Куссмауля, Биота.

Описывают кожный покров и слизистые оболочки: цвет, сухость кожи, эластичность, наличие пигментации или депигментации, сыпи, рубцов (их форму, размеры, спаянность с подлежащими тканями). Оценивают развитие и распределение подкожно-жировой клетчатки (равномерное, чрезмерное, умеренное, недостаточное).

Обследуют лимфатические узлы: шейные, над- и подключичные, подмышечные, паховые (где прощупываются, количество, форма, плотность, болезненность, подвижность).

Определяют степень развития мышечной системы, тонус, болезненность и силу мышц; наличие судорог (клонических, тонических).

Указывают изменения со стороны костной системы: деформации, периоститы, искривления,

барабанные пальцы.

Характеризуют суставы: деформации, припухлость, подвижность (активная, пассивная), болезненность при пальпации.

При описании головы отмечают ее форму, волосяной покров, окраску кожи лица (бледное, красное, цианотичное), положение глазных яблок в глазнице, блеск глаз, состояние конъюнктивы роговицы, зрачков (узкие, широкие, одинаковые), наличие и симметричность зрачковых реакций.

Осматривают ушные раковины, наружные слуховые ходы (наличие и характер выделений). Оценивают слух, дают ему характеристику.

#### **Исследование шеи**

При осмотре и пальпации шеи обращают внимание на ее форму, симметричность, видимую пульсацию сосудов, выраженность вен шеи, размеры и консистенцию щитовидной железы (степень увеличения), симптом смещения патологических образований во время глотания.

#### **Исследование молочных желез**

Обязательно проводят в положении больной стоя и лежа. При этом обращают внимание на величину, форму, симметричность расположения, окраску кожи, высоту стояния сосков, наличие выделений, трещин на соске, втяжение кожи, пигментацию, усиление рисунка подкожных вен.

Пальпацию молочных желез начинают со здоровой стороны. Выявленные изменения описывают согласно четырем ее квадрантам. При этом указывают размеры уплотнения или инфильтрата, подвижность, поверхность, спаянность с кожей, выделения из соска, наличие флюктуации. Отмечают состояние регионарных лимфатических узлов.

### **ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО СИСТЕМАМ**

#### **Дыхательная система**

Начинают с описания дыхания через нос: свободное, затрудненное. Обращают внимание на выделения из носа: их количество, цвет, характер, запах.

Гортань: голос громкий, тихий, сиплый, афония. Дыхание свободное, затрудненное.

Указывают тип грудной клетки (нормостеническая, астеническая, гиперстеническая, плоская, эмфизематозная, паралитическая, симметричная, асимметричная). Наличие деформации грудной клетки: ладьевидная, куриная. Искривления позвоночника: лордоз, сколиоз, кифоз (горб). Симметричность очертаний над- и подключичных ямок, состояние межреберных промежутков. Равномерность, симметричность дыхательных движений обеих половин грудной клетки, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры. Тип дыхания, его ритм, число дыхательных движений в одну минуту.

При пальпации грудной клетки отмечают наличие болезненности при ощупывании ребер, межреберных промежутков, голосовое дрожание, эластичность, резистентность.

При перкуссии грудной клетки определяют верхние границы легких спереди и сзади по отношению к остистому отростку 7 шейного позвонка, ширину полей Кренига. Определяют нижние границы легких по всем линиям грудной клетки с каждой стороны (*но не проставлять «границы легких в норме!»*). Проводят определение подвижности нижнего края легких по средней и задней подмышечной линиям. На симметричных участках грудной клетки проводят сравнительную перкуссию, при этом отмечают характер перкуторного звука, его изменения.

Аускультативно выявляют тип дыхания: везикулярное, чистое, жесткое с удлинением выдохом, скандированное, бронхиальное (ослабленное, усиленное, амфорическое), побочные дыхательные шумы (хрипы сухие или влажные, крепитацию, шум трения плевры). Определяют характер бронхофонии.

#### **Сердечно-сосудистая система**

Проводят смотр области сердца: верхушечный толчок и его свойства (локализация, ширина, высота, сила), пульсация сосудов в области яремной ямки.

При перкуссии области сердца определяют границы его относительной тупости - правую, левую, верхнюю, талию сердца, которые указывают по вертикальным топографическим линиям и по уровню ребер (*а не просто «границы сердца в норме!»*).

При аускультации описывают тоны сердца (громкие, ясные, глухие), их соотношение и акцентуацию, расщепление и раздвоение, ритм галопа. Отмечают физиологические и патологические шумы сердца, их отношение к фазам сердечной деятельности, характер, места наилучшего выслушивания, иррадиацию, изменение характера в зависимости от положения тела. Шум трения перикарда и место его выслушивания.

При исследовании пульса отмечают свойства пульсовой волны (ритм, частота и наполнение, напряжение, форма, симметричность).

Артериальное давление определяют на обеих верхних конечностях, отмечая максимальное и минимальное давление.

#### **Пищеварительная система**

Начинают с осмотра полости рта. Отметив наличие или отсутствие запаха изо рта, приступают к



описанию языка, наличия и характера налета, трещин, состояния сосочков. Осматривают слизистую полости рта и глотки, миндалины.

Живот обследуют в горизонтальном и вертикальном положении. При осмотре живота обращают внимание на его форму, симметричность, наличие и размеры рубцов на передней брюшной стенке, расширение венозной сети, участие передней брюшной стенки в акте дыхания, наличие видимой перистальтики кишечных петель и желудка, расхождение прямых мышц живота, видимые выпячивания.

Ориентировочной перкуссией выявляют наличие свободного газа в брюшной полости (исчезновение печеночной тупости) и жидкости (притупление в отлогих отделах живота, изменяющее границу при изменении положения тела).

Затем проводят ориентировочную, поверхностную пальпацию живота, при которой выявляют наличие болезненной области и напряжение брюшных мышц, ригидность брюшной стенки (*не путать с «напряжением»!*), обследуют пупочное кольцо и белую линию живота. Потом проводят глубокую пальпацию живота, при которой определяют расположение, форму и величину органов брюшной полости, наличие опухолей, инфильтратов, асцита и целого ряда специальных симптомов, наблюдаемых при различных заболеваниях. При нащупывании подозрительного образования описывают его локализацию, поверхность, размеры, плотность, подвижность, болезненность.

Глубокую (скользящую) пальпацию проводят в следующей последовательности: сигмовидная, слепая кишка, конечный отрезок подвздошной, червеобразный отросток, поперечный восходящий и нисходящий отделы. Дают их характеристику (болезненность, подвижность, консистенция, диаметр, гладкая или бугристая поверхность). Определяют границы желудка, шум плеска, видимую перистальтику.

Перкуторно определяют верхнюю границу печени, ее консистенцию, характер прощупываемого передне-нижнего края печени (закругленный, тонкий, неровный, бугристый, плотный, эластичный). Проводят пальпацию области желчного пузыря (симптомы Ортнера, Кера, Губергрица и др.).

Определяют прощупываемость и болезненность поджелудочной железы в положении больного лежа, на боку, стоя, наклонив туловище вперед, вбок, назад (симптомы Воскресенского, Мейо-Робсона и др.).

Перкуторно определяют верхнюю и нижнюю границы селезенки, ее размер, наличие болезненности. Дают характеристику пальпируемого нижнего края селезенки.

При аускультации живота отмечают усиление, отсутствие перистальтики (где именно); шум плеска и т.д.

Осматривают пахово-мошоночную область и область бедренного канала (*обязательно в положении стоя и лежа*). При этом обращают внимание на наличие патологических выпячиваний, изменение величины и формы мошонки. Отмечают локализацию припухлости по отношению к пупартовой связке и лонному бугорку, поверхность припухлости, консистенцию. При пальпации исследуют органы мошонки, определяют размеры наружного отверстия пахового и бедренного каналов, наличие симптома «кашлевого толчка», определяют его направления. Проводят аускультацию припухлости.

#### **Исследование прямой кишки**

Осмотр области анального отверстия проводят в коленно-локтевом положении больного, в положении на спине, на боку и «на корточках». Отмечают наличие трещин, расчесов, выделений, выпадение узлов.

При пальцевом обследовании прямой кишки определяют тонус сфинктера, состояние ампулы, ее стенок, наличие геморроидальных узлов, воспалительных инфильтратов или опухолей. У мужчин при этом производят исследование предстательной железы с описанием ее размеров, поверхности, болезненности.

Отмечают характер, цвет, количество, оформленность стула, наличие патологических примесей (кровь, слизь), нарушения акта дефекации.

#### **Мочеполовая система**

При осмотре больного с подозрением на заболевание почек отмечают цвет лица, наличие отеков на лице, состояние поясничных областей. Пальпацию почек проводят в вертикальном положении, в положении больного на спине и на боку. Отмечают их величину, подвижность, болезненность, симптом Пастернацкого. Проводят пальпацию области мочеточников. Выполняют пальпацию и перкуссию мочевого пузыря. Выясняют нарушение акта мочеиспускания, его затруднение, прерывистость; суточный диурез, видимые патологические примеси в моче.

У мужчин осматривают и пальпируют яички, их придатки, семенные канатики. У женщин проводят бимануальное исследование, при котором отмечают нахождение и болезненность сводов влагалища, положение и подвижность матки, ее размеры, болезненность, наличие и характер выделений из влагалища.

#### **МЕСТНЫЕ ПРИЗНАКИ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (локальный статус)**

Проводят подробное и точное описание патологических изменений на месте локализации болезненного процесса, если данный процесс не нашел подробного отражения в выше изложенных разделах. При

этом также используют методы осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации.

### **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

- Основное заболевание.
- Осложнения.
- Сопутствующее заболевание.

Основным считают то заболевание, по поводу которого больной поступил в клинику. Оно является аргументированным выводом из основных жалоб пациента, данных анамнеза и результатов объективного обследования.

Осложнением является заболевание, развивающееся как следствие прогрессирования основного заболевания.

Сопутствующее заболевание - болезнь, не имеющая общей этиологии и патогенеза с основным заболеванием, но приносящая беспокойство больному.

### **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО**

Составляют программу обследования больного, необходимую для установления клинического диагноза, которая включает:

1. Лабораторные исследования (общие анализы крови и мочи, биохимические исследования, серологические реакции, исследование мокроты, желудочного сока, желчи, кала, бактериологическое и цитологическое исследование пунктатов, экссудатов, раневого отделяемого).

2.Эндоскопические исследования: ЭФГДС, ЭРХПГ, лапароскопия, цистоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия и др.

3. Рентгенологические исследования: рентгенография, рентгеноскопия, пневмо- перитонеум, компьютерная томография и др.

4. Ультразвуковое сканирование.

5. Функциональные исследования (ЭКГ, ФКГ, функция внешнего дыхания, термография и т.д.).

6. Биопсии (пункционная, трепанационная, интраоперационная)

7.Определение группы крови и резус-фактора.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ СПЕЦИАЛЬНЫХ (ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ) МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО**

Из «Истории болезни» больного берут данные всех проведенных дополнительных методов обследования (обязательно проставляют даты проведения исследований).

Делают формальные и аналитические заключения по каждому проведенному исследованию. Например: «В общем анализе крови отмечено повышение уровня лейкоцитов до  $12 \times 10^9/\text{л}$ . (норма - до  $9 \times 10^9/\text{л}$ .) и увеличение СОЭ до 20 мм/ч (норма - до 10 мм/ч.) (формальное заключение), что характеризует наличие воспалительного процесса (аналитическое заключение).

Изображают график температурной кривой за весь период курации.

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальную диагностику проводят с 3-4 заболеваниями, имеющими схожую клиническую картину только с основным заболеванием.

Кратко описывают их клиническую картину, обосновав необходимость взятия данного заболевания для дифференцирования.

Отражают на основании чего исключают это заболевание с подробным разбором жалоб, анамнеза, клинических симптомов заболевания, результатов дополнительных методов обследования больного.

### **КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Сначала формулируют диагноз, указав:

- Основное заболевание.
- Осложнения основного заболевания.
- Сопутствующие заболевания.

#### **ПРИМЕР:**

«Основное заболевание: ЖКБ: Острый калькулезный холецистит. Осложнение: местный перитонит. Сопутствующее заболевание: ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ИМ в 1996 г), гипертоническая болезнь II ст, II ФК, НК II<sub>A</sub>.»

Затем приводят данные, которыми обоснован диагноз, причем обоснованию подлежит только основное заболевание и его осложнения:

1. Заключение, выведенное из жалоб.

2. Выводы из данных развития болезни.

3. Факты из анамнеза жизни, обусловившие настоящее заболевание или способствовавшие ему.
4. Данные объективного обследования, местные проявления болезни
5. Данные, полученные специальными методами

### **ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

В *академической* истории болезни излагают ведущие *современные* теории, объясняющие этиологию и патогенез основного заболевания. В описании ссылаются на литературные источники согласно «Списка литературы» в конце «Истории болезни». Убедительно аргументируют свою точку зрения на этиопатогенез заболевания с привлечением данных, полученных при обследовании больного.

### **ЛЕЧЕНИЕ**

Вначале проводят обзор всех существующих методов лечения данного заболевания. Описывают показания и противопоказания к консервативному и оперативному методам лечения. Изображают схемы различных оперативных вмешательств, их этапы. Указывают возможные ближайшие и отдаленные осложнения.

Затем излагают «План лечения», выбор метода лечения курируемого больного и его обоснование. Описывают подготовку к операции («Предоперационное лечение»), выбор обезболивания, ведение послеоперационного периода («Послеоперационное лечение»). Препараты выписывают в рецептурной форме, с указанием сбоку от них фармакологической группы, механизма действия и обоснования назначения. В «Листе назначений» придерживаются схемы консервативной терапии:

1. Режим, диета. 5. Общеукрепляющее лечение.
2. Этиотропное лечение. б. Иммунокорректирующее лечение.
3. Патогенетическое лечение. 7. Физиолечение.
4. Симптоматическое лечение. 8. Местное лечение.

### **ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ**

Пишут всем больным, планируемым на оперативное лечение (указывают фамилию, имя, отчество больного, возраст, полный диагноз). Приводят результаты дополнительных методов обследования, подтверждающих диагноз. Ставят показания к операции. Указывают вид анестезии и планируемый объем хирургического вмешательства. Обязательно отмечают согласие больного на операцию.

#### **ПРИМЕР:**

«15.09.99. (дата написания эпикриза)

На операцию подготовлена Иванова И.И., 65 лет, поступившая 15.09.99. с диагнозом ЖКБ: Острый калькулезный флегмонозный холецистит. Осложнение: местный перитонит. Сопутствующее заболевание: ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ИМ в 1996 г), гипертоническая болезнь II ст, II ФК, НК II<sub>A</sub>.»  
 Ранее обследована, на УЗИ (20.07.99) - в желчном пузыре с утолщенной стенкой множественные мелкие камни, холедох - 7 мм.. В анамнезе - механической желтухи не было. Показано экстренное оперативное вмешательство. Консультирована кардиологом, абсолютных противопоказаний к операции нет. Планируется холецистэктомия под общим обезболиванием. Согласие больной на операцию получено.

(подпись врача).»

### **ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ**

Указывают полный диагноз и вид выполненного хирургического вмешательства. Описывают основные этапы выполнения операции: обработка операционного поля, операционный доступ, выявленные патологические изменения при ревизии внутренних органов (обосновывают выбор вида операции), хирургические манипуляции (выделение анатомических образований, рассечение тканей, перевязка сосудов, резекции органов, наложение анастомозов и т.д.). Указывают технические особенности, интраоперационные осложнения, способ завершения операции: послойное ушивание раны, дренирование, тампонирование. При эксклюзивных видах хирургического вмешательства рисуют схему операции. Указывают возможные осложнения в послеоперационном периоде.

### **ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ (ДНЕВНИК)**

Во время курации дневник заполняют ежедневно. В нем отражают динамику заболевания за прошедшие сутки. Запись начинают с изложения жалоб больных, затем дают оценку общего состояния больного. При этом кратко описывают данные всех систем организма, с обращением особого внимания на описание той системы, которая поражена патологическим процессом. Обязательно описывают локальный статус, его изменения, выявленные на перевязках. Отмечают проводимое лечение (лекарственные препараты, физиопроцедуры, переливание крови и кровезаменителей), назначение дополнительных анализов.

Если больной прооперирован, то тогда пишут «Дневник после операции». В нем, кроме вышеизложенных данных, обязательно указывают количество суток, прошедших с момента операции, состояние послеоперационной раны, количество и характер отделяемого по дренажам и т.д.

Дата	Температура тела		Дневник	Назначения
	У	В		
Сутки			Общее состояние больного. Жалобы. Физиологические отправления. Состояние внутренних органов. Пульс, артериальное давление. Описание системы с патологическим процессом. Перевязка: характеристика и динамика раневого процесса, что сделано во время перевязки и какая наложена повязка.	Режим. Диета. Лекарственные назначения. Физиотерапевтические процедуры. Назначения анализов.  Подпись.

### ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- Основное заболевание.
- Осложнения.
- Сопутствующее заболевание.

### ЭПИКРИЗ (выписной, этапный)

Указывают фамилию, имя, отчество, возраст больного, даты поступления и выписки из стационара (либо дату окончания курации), окончательный диагноз. Приводят результаты дополнительных методов исследования, подтверждающих диагноз. Далее излагают сведения о предпринятых методах лечения и их результатах. Указывают дату и название операции, течение послеоперационного периода (сроки удаления дренажей, снятия швов, развития осложнений). Перечисляют основные принципы консервативного лечения (в том числе, до операции и после нее), их эффективность. Окончательный итог лечения отмечают как выздоровление, улучшение, без перемен. Затем записывают, в каком состоянии больной выписан и куда: домой, на амбулаторное лечение, переведен в больницу по месту жительства, отправлен на дальнейшее лечение в специализированное учреждение.

При выписке больному дают рекомендации (по режиму, диете, амбулаторному лечению, примерных сроках нетрудоспособности, санаторно-курортному лечению).

#### ПРИМЕР:

«Иванова И.И., 65 лет, находилась на стационарном лечении во II хирургическом отделении СГКБ с 15.09.99. по 25.09.99 с диагнозом ЖКБ: острый калькулезный флегмонозный холецистит. Местный перитонит. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ИМ в 1996 г), гипертоническая болезнь II ст, II ФК, НК IIа. Диагноз подтвержден УЗИ (20.07.99). После консультации кардиолога, 15.09.99 оперирована в экстренном порядке. Выполнена холецистэктомия, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась противошоковая, дезинтоксикационная, кардиотропная, симптоматическая терапия, получала курс антибактериальной терапии (гентамицин). Улавливающий дренаж из брюшной полости удален на 3 сут, швы сняты на 8 сут., послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

25.09.99 выписана с выздоровлением в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства. При выписке результаты дополнительных методов исследования - в пределах нормы (в «Амбулаторной карте» либо в «Выписке из истории болезни стационарного больного» указывают конкретные последние результаты исследований).

Рекомендовано:

1. Ограничение тяжелой физической нагрузки на 1 месяц.
2. Режим питания с ограничением жирного, жареного, маринованного, соленого.
3. Консультация хирурга по месту жительства 30.09.99

25.09.99. Подпись врача»

### ПРОГНОЗ

Излагают на основании всех имеющихся данных. Указывают предположения по дальнейшему

течению и исходу болезни в отношении выздоровления, жизни и трудоспособности (прогноз благоприятный, неблагоприятный).

*За этим ставят личную подпись с указанием даты окончания истории болезни.*

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

В конце истории болезни обязательно приводят список прочитанной литературы, использованной при работе с больными и написании истории болезни. Литературные источники указывают *по правилам библиографии*: номер по порядку, фамилию автора, его инициалы, полное название книги или журнала, название статьи журнала, место издания и название издательства, год, том, номер страницы журнала или количество страниц в монографии.

ПРИМЕР:

1. Покровский А.В. Клиническая ангиология. М., Медицина, 1979, -368 с.
2. Яблоков Е.Г., Кузнецов Н.А., Ильин В.Н. и соавт. Гемодилюция в комплексном лечении острых подвздошно-бедренных венозных тромбозов. Хирургия, 1988, № 10, стр. 85-88.

*Критерии оценки:*

- **«отлично»** - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, логично, использована современная медицинская терминология. Правильно собран анамнез с соблюдением этических и деонтологических норм, проведен физикальный осмотр, клиническое обследование, проанализированы результаты современных лабораторно-инструментальных исследований и выделены патологические симптомы и синдромы заболевания, сформулирован клинический диагноз с учетом МКБ, назначены патогенетически оправданные методы диагностики, проведен дифференциальный диагноз с инфекционной и неинфекционной патологией, интерпретированы методы специфической диагностики, осуществлен алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии, профилактических мероприятий. Студент свободно и аргументировано анализирует научно-медицинскую информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинко-диагностических аспектов. Назначено адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение.

- **«хорошо»** - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, литературным языком, использована современная медицинская терминология. Допущены недочеты при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализа состояния, выделении клинических синдромов, формулировке клинического диагноза, проведении дифференциального диагноза, назначении патогенетически оправданных методов диагностики и алгоритма выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии. Студент анализирует информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинко-диагностических и лечебных аспектов.

- **«удовлетворительно»** - работа не полностью соответствует правилам оформления истории болезни. Допущены ошибки в употреблении терминов, при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализе состояния, выделении синдромов. Имеются неточности при формулировке клинического диагноза, выделении основной и сопутствующей патологии, назначении методов диагностики и лечения. Не сделано заключение по дифференциальному диагнозу и оценке лабораторных данных.

- **«неудовлетворительно»** - история болезни не соответствует правилам оформления. Допущены существенные ошибки в сборе анамнеза, проведении физикального обследования, выделении синдромов и формулировке диагноза, составлении плана обследования и лечения, неправильно интерпретированы лабораторные данные и проведен дифференциальный диагноз. Содержание истории болезни не отражает патологии курируемого больного или работа написана не по курируемому больному.

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

### 3.1. 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 08.02.2018 № 61-ОД

#### **Субъекты, на которых направлена процедура:**

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

#### **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	<b>36</b>
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	8
Кол-во баллов за правильный ответ	4
Всего баллов	<b>32</b>
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	4
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	<b>32</b>
Всего тестовых заданий	<b>30</b>
Итого баллов	<b>100</b>
Мин. количество баллов для аттестации	70

#### **Описание проведения процедуры:**

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

#### Тестирование на бумажном носителе:

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

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

#### Тестирование на компьютерах:

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

#### **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/экзаменационные 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 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 экзаменационным 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:**

Оценка уровня освоения практических умений и навыков может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины (модуля).

Прием сдачи практических навыков состоит из двух этапов:

1 этап – обучающемуся выдается ФИО больного и номер палаты, в которой это больной находится, лист-микроквации (схема обследования больного):

1. Ф.И.О. больного
2. Возраст
3. Профессия
4. Жалобы при поступлении, связанные с основным заболеванием
5. Жалобы, связанные с сопутствующими заболеваниями
6. Развитие заболевания (время появления начальных признаков, их динамика, лечение до поступления в клинику)
7. Особенности анамнеза жизни (перенесенные заболевания, наследственность, гинекологический анамнез)
8. Общие объективные данные
9. Дыхательная система
10. Система кровообращения
11. Пищеварительная система
12. Локальный статус
13. Предварительный диагноз
14. Какие дополнительные методы исследования необходимы Вам для уточнения диагноза?
15. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
16. План лечения.

Обучающийся должен опросить и осмотреть больного и заполнить выше указанные пункты.

1 этап – собеседование и демонстрация манипуляций по вопросам примерный перечень которых указан в пункте 3.4. (см. пример)

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

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

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

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

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

Место проведения: чистая перевязочная или операционная.

Больной помещается на операционный стол. Выясняется переносимость больным препарата для местной инфильтрационной анестезии. Производится УЗИ брюшной полости\* (если это возможно). Надеваются стерильные перчатки. Обработывается операционное поле вокруг места проведения лапароцентеза. Точка для пункции по умолчанию средняя линия живота на 2 см ниже пупка\* (при наличии ультразвукового наведения – пункция производится над местом скопления жидкости под брюшной стенкой). В шприц набирается 20 мл анестетика и после обработки операционного поля производится местная анестезия на всю толщу в точке прокола брюшной стенки. По бокам от предполагаемого места прокола на кожу накладываются две цапки и ассистент подтягивает кожу вверх. Остроконечным скальпелем производится разрез кожи 5



мм. на глубину не более 7 мм. В место разреза вводится троакар очень осторожно под углом 45% троакар продвигается вперед до ощущения провала. После чего стилет троакара извлекается, а через гильзу в живот вводится стерильная трубка от системы для в\в инфузий. К трубке подсоединяется шприц и производится аспирация из брюшной полости.

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

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

#### **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».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные/экзаменационные 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 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 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 может проводиться по вопросам билета и по ситуационной задаче. Результат собеседования при проведении 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.

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