

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

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

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

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ** **«Хирургия»**

Специальность 31.08.67 Хирургия

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 2 года

Кафедра госпитальной хирургии

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии:

1. Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия, утвержденным приказом Минобрнауки России от 26.08.2014 года №1110.
2. Учебным планом по специальности 31.08.67 Хирургия, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России 27. 06. 2018 года (протокол № 5).
3. Профессиональным стандартом «Врач - хирург», утвержденный приказом Минтруда России от 26.08.2014г. №1110.

Рабочая программа дисциплины одобрена:  
кафедрой госпитальной хирургии 27.06.2018 г. (протокол № 12)

Заведующий кафедрой В.А. Бахтин

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

Председатель комиссии И.А. Коковихина

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

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

**Разработчики:**

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

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

**Рецензенты:**

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

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

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)	4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)	4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП	4
1.4. Объекты профессиональной деятельности	5
1.5. Виды профессиональной деятельности	5
1.6. Формируемые компетенции выпускника	5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	11
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	12
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	12
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	15
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	15
3.4. Тематический план лекций	16
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	29
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	54
3.7. Лабораторный практикум	55
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ	55
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	55
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)	55
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	55
4.2.1. Основная литература	55
4.2.2. Дополнительная литература	55
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	58
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	58
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	58
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	59
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	62
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	63

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

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

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

Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

#### профилактическая деятельность;

сформировать навыки предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

способствовать приобретению знаний по проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

способствовать приобретению навыков проведения сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения, различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

#### диагностическая деятельность;

сформировать навыки диагностики заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными и иными методами исследования;

сформировать навыки диагностики неотложных состояний;

сформировать навыки диагностики беременности;

способствовать приобретению знаний по проведению медицинской экспертизы;

#### лечебная деятельность;

способствовать приобретению навыков по оказанию специализированной медицинской помощи;

способствовать приобретению навыков в участии оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

способствовать приобретению навыков в участии оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

#### реабилитационная деятельность;

способствовать приобретению навыков проведения медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

#### психолого-педагогическая деятельность;

способствовать приобретению знаний по формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

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

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

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

Является предшествующей для изучения дисциплин: Государственная итоговая аттестация.

#### 1.4. Объекты профессиональной деятельности

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

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее подростки) и возрасте старше 18 лет (далее взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

#### 1.5. Виды профессиональной деятельности

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

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая

#### 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.	УК-1	готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	методы осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, методы оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека с более глубоким пониманием сущности изучаемых явлений и взаимосвязей; причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и	давать оценки причин и условий возникновения и развития хирургических заболеваний у человека; для оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека; проводить санитарно-просветительную работу по гигиеническим вопросам, осуществлять поиск решений различных задач в нестандартных ситуациях, проводить санитарно-	методами оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека; основами профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний; принципами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам, что может использоваться для самостоятельной разработки программ и проектов	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач	Тест, собеседование, практические навыки

			<p>клинические проявления; основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс; возможные типы их нарушений и принципы лечения в детском возрасте и у взрослых; патофизиологию травмы и кровопотери, профилактику и терапию шока и кровопотери, патофизиологию раневого процесса; основы иммунологии, микробиологии; основы рационального питания, принципы диетотерапии у хирургических больных при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; принципы организации и проведения диспансеризации населения; формы и методы санитарно-просветительной работы; правила санитарно-эпидемиологического режима</p>	<p>просветительную работу с населением и больными;</p>			
2.	ПК-1	<p>готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни,</p>	<p>Этиологию, эпидемиологию, патогенез наиболее часто встречающихся инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний; причины и условия возникновения и распространения неинфекционных заболеваний у населения;</p>	<p>Осуществлять комплекс необходимых первичных противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных болезней; использовать инструктивно-методические документы, регламентирующие</p>	<p>Приемами эпидемиологической диагностики приоритетных нозологических форм; правилами проведения противоэпидемических мероприятий в очаге; методами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам;</p>	<p>Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач;</p>	<p>Тест, собеседование, практические навыки,</p>

		предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленные на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	профилактические и противоэпидемические мероприятия	профилактическую и противоэпидемическую работу; осуществлять комплекс первичных профилактических мероприятий неинфекционных заболеваний	методами профилактики антропонозных и зоонозных инфекций с различными путями передачи; навыками популяционной диагностики; теоретическими и методическими основами профилактики наиболее распространенных неинфекционных заболеваний.		
3.	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническим и больными	общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, методы реабилитации; вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы в хирургии;	выявить факторы риска развития того или иного хирургического заболевания, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные	методами обследования позволяющими установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: варикозная болезнь, облитерирующие заболеваний сосудов; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; неосложненные грыжи живота; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит; холедохолитиаз и холангит	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,

				данные; решить вопрос о трудоспособности и больного; вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическими учреждениями; проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность			
4.	ПК-5	готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; Критерии диагноза различных заболеваний; Клиническую картину (симптомы и синдромы), осложнения, критерии диагноза инфекционных заболеваний	классификацию заболеваний внутренних органов в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; Критерии диагноза различных заболеваний; Клиническую картину (симптомы и синдромы), осложнения, критерии диагноза инфекционных заболеваний	установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевнобольных пациентов; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата; подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация; сформулировать клинический диагноз;	Методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза; алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,



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

					<p>кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи; открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей; варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбоз и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия</p>		
6.	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов,	Взаимосвязь функциональных систем организма и их регуляции. Основы физиотерапии и лечебной физкультуры. Показания и противопоказания к санаторно-курортному	Определять показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур, а также санаторно-курортного лечения.	Способностью организации медицинской реабилитации пациентов, с различными заболеваниями на стационарном, амбулаторном и санаторно-курортном этапах реабилитации.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,

		нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	лечению				
7.	ПК-9	Готовностью к формированию у населения и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<p>Формы и методы гигиенического образования и воспитания населения.</p> <p>Основные факторы риска, оказывающие влияние на состояние здоровья.</p> <p>Хронические неинфекционные заболевания, вносящие наибольший вклад в структуру смертности.</p> <p>Главные составляющие здорового образа жизни.</p>	<p>Организовать работу у населения и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.</p> <p>Анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека и населения страны, города, села, объяснять влияние различных факторов на здоровье человека.</p> <p>Устанавливать взаимосвязь между индивидуальным здоровьем человека и здоровьем города, страны.</p> <p>Понимать значение образа жизни для сохранения здоровья человека и планировать свою жизнедеятельность на основе знаний о здоровом образе жизни человека.</p>	Основными методами формирования у населения мотивации на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,

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

Общая трудоемкость дисциплины составляет 29 зачетных единиц, 1044 час.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры			
		№1	№2	№3	№4

1	2	3	4	5	6
Контактная работа (всего)	300	72	84	72	72
в том числе:					
Лекции (Л)	34	8	10	8	8
Практические занятия (ПЗ)	134	32	38	32	32
Семинары (С)	132	32	36	32	32
Самостоятельная работа (всего)	600	144	168	144	144
В том числе:					
- Подготовка к занятиям	164	44	40	40	40
- Отработка практических навыков	300	70	90	70	70
- Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	136	30	38	34	34
Вид промежуточной аттестации	экзамен	144	36	36	36
Общая трудоемкость (часы)	1044	252	288	252	252
Зачетные единицы	29	7	8	7	7

### 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.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	<b>Организация хирургической помощи</b>	Организация амбулаторно-поликлинической хирургической помощи в условиях города Организация хирургической стационарной помощи городскому населению Организация хирургической помощи сельскому населению Современное состояние организации хирургической помощи Центральная районная больница – основное звено в обеспечении сельского населения квалифицированной специализированной медицинской помощью Областная (краевая, республиканская) больница – лечебно-консультативный, научно-педагогический и организационно-методический центр Перспективы развития и основные тенденции в улучшении качества хирургической помощи сельскому населению Организация специализированных видов хирургической помощи Организация службы крови в системе медицинской помощи населению Организация специализированной помощи больным с заболеваниями сосудов Организация научно-практической работы

			специалистов хирургического профиля
2.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	<b>Клиническая и топографическая анатомия и оперативная хирургия</b>	Клиническая и топографическая анатомии, оперативная хирургия головы и шеи Клиническая и топографическая анатомия головы и шеи Клиническая, топографическая анатомия и оперативная хирургия груди Клиническая, топографическая и оперативная живота Клиническая, топографическая и оперативная хирургия таза и промежности Клиническая, топографическая анатомия и оперативная хирургия позвоночника Клиническая, топографическая анатомии и оперативная хирургия конечностей
3	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	<b>Методы исследования в хирургии</b>	Первичный осмотр и физикальные методы исследования в хирургии Лабораторные методы исследования Инструментальные методы исследования: неинвазивные и инвазивные.
4	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	<b>Обезболивание и интенсивная терапия в хирургии</b>	Общая анестезиология Виды, способы и методы анестезии Поверхностное местное обезболивание кожи и слизистых оболочек Местное инфильтрационное обезболивание Блокада нервных стволов, сплетений и узлов Перидуральная анестезия Спинно-мозговая анестезия Подготовка больного к общей анестезии Клинико-физиологическая оценка общего состояния больного Определение степени риска операции Диагностика и помощь при острой сердечно-сосудистой недостаточности, вопросы реаниматологии Общая реаниматология Приемы и методы поддержания и восстановления жизненных функций организма Особенности реанимационной помощи в сельских условиях Интенсивная терапия и трансфузиология
5	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	<b>Торакальная хирургия</b>	Заболевания легких и плевры Заболевания средостения Заболевания пищевода Травма грудной клетки
6	УК-1 ПК-1 ПК-2	<b>Хирургия органов брюшной полости</b>	Хирургические заболевания желудка Хирургические заболевания кишечника и брыжейки

	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9		Хирургические заболевания печени и желчных протоков Хирургические заболевания селезенки Хирургические заболевания поджелудочной железы Грыжи Инородные тела желудочно-кишечного тракта Травма живота
7	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	<b>Основы колопроктологии</b>	Заболевания прямой кишки и анального канала Острый парапроктит Хронический парапроктит – свищи прямой кишки Травматические повреждения прямой кишки и промежности. Инородные тела прямой кишки Травматические повреждения прямой кишки и промежности Показания к первичному ушиванию ран прямой кишки и промежности Показания к наложению колостомы Интраоперационные и послеоперационные осложнения, ранние и поздние Злокачественные опухоли толстой кишки Рак прямой кишки Хирургическое лечение осложненного рака прямой кишки Рак ободочной кишки Кишечная непроходимость Диагностика осложненного рака ободочной кишки Хирургическое лечение осложненного рака ободочной кишки
8	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	<b>Хирургия эндокринной системы</b>	Хирургические заболевания щитовидной железы Хирургические заболевания паращитовидных желез Хирургические заболевания инсулярного аппарата поджелудочной железы Хирургические заболевания надпочечников
9	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	<b>Заболевания и повреждения сосудов</b>	Заболевания вен. Профилактика ВТО в хирургической практике Заболевания артерий Повреждения кровеносных сосудов Заболевания лимфатической системы конечностей
10	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	<b>Неотложная хирургическая помощь у детей</b>	Особенности хирургии детского возраста Введение в хирургию детского возраста Особенности специальных методов обследования Особенности оперативных вмешательств Гнойно-воспалительные заболевания у детей Гнойные заболевания новорожденных Эпифизарный остеомиелит Особенности течения и лечения остеомиелита у

			детей Хирургические заболевания органов брюшной полости Особенности течения и лечения острого аппендицита Особенности течения и лечения перитонита у детей Особенности течения и лечения непроходимости желудочно-кишечного тракта
11	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	<b>Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)</b>	Учение о ранах. Патогенез раневого процесса. Фазы раневого процесса. Техника хирургической обработки гнойного очага. Основные принципы активной хирургической тактики. Анаэробная неклостридиальная инфекция. Острые гнойные заболевания кожи, подкожной клетчатки, забрюшинного пространства. Антибактериальная терапия в хирургии

### 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	5	6	7	8	9	10	11
1	Государственная итоговая аттестация	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

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

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов	
1	2	3	4	5	6	7	8	
1	Организация хирургической помощи	1	4		4	20	29	
2	Клиническая и топографическая анатомия и оперативная хирургия	2	6		6	20	34	
3	Методы исследования в хирургии	3	8		8	40	59	
4	Обезболивание и интенсивная терапия в хирургии	2	6		6	16	30	
5	Торакальная хирургия	4	16		16	48	84	
6	Хирургия органов брюшной полости	7	40		38	232	317	
7	Основы колопроктологии	1	6		6	20	33	
8	Хирургия эндокринной системы	4	12		12	40	68	
9	Заболевания и повреждения сосудов	4	16		16	72	108	
10	Неотложная хирургическая помощь у детей	2	4		4	16	26	
11	Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)	4	16		16	76	112	
	Вид промежуточной аттестации:	экзамен						144
	Итого:	34	134		132	600	1044	

### 3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)			
				№ сем 1	№ сем 2	№ сем 3	№ сем 4
1	2	3	4	5	6	7	8
1	1	Организация хирургической помощи	<p>Организация амбулаторно-поликлинической хирургической помощи в условиях города, в поликлинике, организация специализированной помощи в поликлинике колопроктологической, сосудистой и др.</p> <p>Организация работы зав. отделением (кабинетом) в поликлинике. Система взаимодействия хирургической службы поликлиники с другими поликлиническими службами, со стационаром, станцией скорой медицинской помощи и другими учреждениями здравоохранения.</p> <p>Организация хирургической стационарной помощи городскому населению. Функции и структура хирургической службы городской больницы. Организация хирургической помощи сельскому населению</p> <p>Центральная районная больница – основное звено в обеспечении сельского населения квалифицированной специализированной медицинской помощью. Областная (краевая, республиканская) больница – лечебно-консультативный, научно-педагогический и организационно-методический центр</p> <p>Организация работы отделений переливания крови в лечебных учреждениях. Оказание скорой и неотложной хирургической помощи населению. Состояние и пути совершенствования скорой и неотложной хирургической помощи населению. Роль станции скорой и неотложной помощи в улучшении оказания неотложной хирургической помощи. Организация скорой и неотложной хирургической помощи в городах, в условиях сельской местности.</p> <p>Система взаимодействия и преемственности скорой и неотложной хирургической помощи, больничных и внебольничных учреждений.</p> <p>Закон РФ «Об обязательном медицинском страховании» и механизмы его реализации. Обязательное медицинское страхование. Добровольное медицинское страхование</p>	1			
2	2	Клиническая топографическая анатомия и оперативная хирургия	<p>Клиническая и топографическая анатомия головы и шеи</p> <p>Мозговой отдел головы, костная основа и мягкие ткани. Оболочки головного мозга.</p> <p>Кровоснабжение головного мозга</p> <p>Щитовидная и паращитовидные железы</p> <p>Клиническая, топографическая анатомия и оперативная хирургия груди</p> <p>Грудная полость: легкие и органы средостения. Перикард, сердце, крупные сосуды. Плевра и легкие. Трахея и бронхи. Артерии, вены и нервы. Пункция и дренирование плевры и перикарда.</p> <p>Резекция легкого. Операции на пищеводе</p> <p>Клиническая, топографическая анатомия и оперативная хирургия живота. Свободные пространства (поддиафрагмальные,</p>	2			



			<p>сальниковая сумка, подпеченочное, преджелудочная щель). Внутренние органы: желудок, двенадцатиперстная кишка, тонкая кишка, толстая кишка, червеобразный отросток, печень и желчные протоки, селезенка, поджелудочная железа.</p> <p>Кровоснабжение органов брюшной полости и венозный отток. Лимфатическая система. Пути лимфоотока и метастазирования</p> <p>Иннервация органов брюшной полости</p> <p>Пути распространения воспалительных процессов. Забрюшинное пространство</p> <p>Органы забрюшинного пространства</p> <p>Фасции и клетчаточные пространства</p> <p>Пути распространения воспалительных процессов и злокачественных опухолей</p> <p>Оперативная хирургия. Оперативные доступы к органам полости живота</p> <p>Операции при грыжах. Паховых и бедренных грыжах. Виды резекции желудка. Пункция и шов печени.</p> <p>Операции на поджелудочной железе</p> <p>Резекция тонкой и толстой кишки</p> <p>Операции на почке и мочеточника</p> <p>Клиническая, топографическая анатомия и хирургия таза и промежности.</p>				
3	3	Методы исследования в хирургии	<p>Первичный осмотр и физикальные методы исследования в хирургии</p> <p>Лабораторные методы исследования</p> <p>Инструментальные методы исследования: неинвазивные и инвазивные.</p>	3			
4	4	Обезболивание и интенсивная терапия в хирургии	<p>Общая анестезиология</p> <p>Виды, способы и методы анестезии</p> <p>Поверхностное местное обезболивание кожи и слизистых оболочек. Местное инфильтрационное обезболивание</p> <p>Блокада нервных стволов, сплетений и узлов. Перидуральная анестезия</p> <p>Спинно-мозговая анестезия. Подготовка больного к общей анестезии. Клинико-физиологическая оценка общего состояния больного</p> <p>Определение степени риска операции. Диагностика и помощь при острой сердечно-сосудистой недостаточности, вопросы реаниматологии. Общая реаниматология. Приемы и методы поддержания и восстановления жизненных функций организма.</p> <p>Особенности реанимационной помощи в сельских условиях.</p> <p>Интенсивная терапия и трансфузиология.</p>	2			
5.	5	Заболевания легких и плевры	<p>Заболевания легких и плевры</p> <p>Нагноительные заболевания легких и плевры. Абсцесс и гангрена легкого</p> <p>Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика Дифференциальная диагностика Показания к оперативному лечению Предоперационная подготовка</p> <p>Виды хирургического лечения</p> <p>Выбор обезболивания</p> <p>Операционные доступы</p> <p>Методы и объем операций</p> <p>Осложнения во время операций их профилактика и лечение</p> <p>Послеоперационная терапия</p> <p>Ведение плевральной полости после операций</p> <p>Послеоперационные ближайшие осложнения, их профилактика и лечение. Противопоказания к хирургическому</p>		1		

			<p>лечению</p> <p>Предоперационная подготовка</p> <p>Методы обезболивания</p> <p>Хирургические доступы</p> <p>Виды операций при бронхоэктатической болезни Пункционная биопсия (трансторакальная и трансбронхиальная)</p> <p>Прескаленная биопсия. Цитологические исследования мокроты.</p> <p>Пневмомедиастинография</p> <p>Изменение функций внешнего дыхания</p>				
6.	5	Заболевания средостения	<p>Заболевания средостения. Медиастинит. Этиология.</p> <p>Классификация. Клиника</p> <p>Методы диагностика</p> <p>Дифференциальная диагностика</p> <p>Методы консервативного лечения</p> <p>Показания к хирургическому лечению</p> <p>Виды операций</p> <p>Методы дренирования средостения</p> <p>Внеплевральные. Чрезплевральные</p> <p>Проточное промывание, лаваж</p> <p>Ближайшие результаты консервативного лечения</p> <p>Доброкачественные и злокачественные опухоли средостения</p> <p>Классификация. Диагностика</p> <p>Пневмомедиастинография</p> <p>Другие методы рентгенологического и инструментального исследования при опухолях средостения</p> <p>Показания к операций</p> <p>Оперативные доступы при опухолях средостения</p> <p>Показания к консервативным методам лечения при опухолях (химиотерапия, лучевая терапия)</p> <p>Миастения как хирургическая проблема</p> <p>Клиника миастений</p> <p>Дифференциальная диагностика</p> <p>Консервативное лечение</p> <p>Миастенический и холинэргический кризы.</p> <p>Хирургическое лечение миастении.</p> <p>Послеоперационное ведение, его особенности</p> <p>Ближайшие и отдаленные результаты</p> <p>Осложнения при операциях на средостении.</p> <p>Профилактика осложнений и их лечение.</p>		1		
7.	5	Заболевания пищевода	<p>Заболевания пищевода. Эзофагиты</p> <p>Классификация. Этиология. Диагностика.</p> <p>Лечение. Консервативное. Оперативное</p> <p>Кардиоспазм. Ахалазия кардии</p> <p>Этиология. Патогенез</p> <p>Дифференциальная диагностика ахалазии. С кардиоспазмом</p> <p>С раком пищевода с переходом на кардию.</p> <p>Лечение кардиоспазма</p> <p>Медикаментозное. Кардиодилатация</p> <p>Показания к операции Виды операций</p> <p>Осложнения после операций. Рецидивы</p> <p>Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы</p> <p>Классификация грыж</p> <p>Методы диагностики, их особенности</p> <p>Клиника, сочетание с холециститом и дискинезией желчных протоков, с пилороспазмом Дифференциальная диагностика С холециститом</p> <p>С дискинезией желчных протоков</p> <p>С пилороспазмом Со стенокардией</p> <p>Лечение Консервативное, хирургическое</p> <p>Травма пищевода</p>		1		

			<p>Виды травм, классификация  Медиастинит после травмы пищевода  Гастростома, ее виды  Назогастральный зонд  Химические ожоги пищевода  Особенности ожогов кислотой и щелочью  Первая помощь при ожогах  Бужирование пищевода  Показания к созданию искусственного пищевода  Виды пластика пищевода  Кожные вставки при пластике пищевода  Создание пищевода из тонкой кишки  Создание пищевода из левой половины ободочной кишки  Создание пищевода из правой половины ободочной кишки  Создание пищевода из большой кривизны желудка  Показания к подкожному, загрудинному, внутриплевральному проведению пищевода</p>				
8.	5	Травма грудной клетки	<p>Травма грудной клетки  Повреждения грудной клетки  Механизм повреждения грудной клетки  Классификация. Виды пневмотораксов  Закрытый. Открытый. Клапанный  Напряженный Плевропульмональный шок.  Этиология. Профилактика шока  Лечение шока. Эмфизема средостения  Травматическая асфиксия. Гемоторакс (гемопневмоторакс). Механизм возникновения. Вида гемоторакса  Значение ранних пункций и введения антибиотиков в лечении гемоторакса  Ранения и разрывы легких. Травматические пневмонии, их профилактика. Лечение травматической пневмонии. Открытые повреждения грудной клетки.  Классификация открытых повреждений. Диагностика повреждений. Повреждения сердца при проникающем ранении. Клиника  Диагностика. Лечение. Хирургические доступы при ранении легкого  Хирургические доступы при ранении сердца.  Методика ушивания раны сердца  Огнестрельные ранения легких  Инородные тела легких. Травматические каверны. Клиника. Показания к хирургическому лечению. Осложнения открытых повреждений грудной клетки  Закрытые повреждения грудной клетки  Классификация закрытых повреждений грудной клетки. Клиника и диагностика ушибов мягких тканей. Клиника и диагностика при переломах ребер  Синдром с давлением грудной клетки  Множественные переломы ребер  Оскольчатые переломы ребер. Переломы грудины. Методы лечения при множественных переломах ребер и грудины.  Сочетанные повреждения грудной брюшной полостей. Сочетанные повреждения грудной клетки и других органов. Клиника. Методы диагностики</p>		1		
9.	6	Хирургические заболевания желудка	<p>Хирургические заболевания желудка  Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Ювенильные язвы. Методы диагностики. Лабораторные  Эндоскопические. Осложнения язвенной болезни. Перфорация. Кровотечение  Стенозирование. Пенетрация. Малигнизация.</p>		1		

			<p>Внутренние фистулы Атипичные формы осложнений Методы остановки гастродуоденальных кровотечений. Консервативные методы лечения язвенной болезни. Эндоскопические методы лечения язвенной болезни. Хирургические методы лечения язвенной болезни. Показания и обоснования к хирургическим методам лечения язвенной болезни. Предоперационная подготовка. Методы резекции желудка. Виды ваготомий и дренирующих операций. Хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях. Хирургическая тактика при перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки. Особенности послеоперационного ведения больных. Послеоперационные осложнения. Диагностика и лечение. Ранние осложнения после операций на желудке Несостоятельность швов культи 12-перстной кишки. Несостоятельность швов анастомоза. Кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта Кровотечения в брюшную полость Анастомозиты. Прочие осложнения Поздние осложнения после операций на желудке. Демпинг-синдром Синдром приводящей петли Пептические язвы. Прочие осложнения Амбулаторное ведение больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки Гастродуоденальные кровотечения неязвенной этиологии; Послеоперационные осложнения Предоперационная подготовка. Радикальные операции. Паллиативные операции. Комбинированные методы лечения. Послеоперационное ведение больных. Осложнения после операций (см. осложнения после резекции желудка при язвенной болезни) Другие заболевания желудка</p>			
10.	6	Хирургические заболевания кишечника и брыжейки	<p>Хирургические заболевания кишечника и брыжейки. Язвы тонкой кишки (неспецифические язвы, специфические язвы). Клиника. Диагностика Дивертикулы 12-перстной и тонкой кишок. Принципы хирургического лечения. Опухоли тонкой кишки Злокачественные опухоли 12-перстной кишки (рак, саркомы, злокачественные лимфомы и др.) Доброкачественные опухоли 12-перстной кишки Новообразования тонкой кишки Патоморфология. Клиника Методы диагностики. Лечение (хирургическое, комбинированные методы лечения). Опухоли и кисты брыжейки. Эпидемиология новообразований брыжейки тонкой кишки. Предрасполагающие факторы и непосредственные причины Патоморфологические и патофизиологические изменения при кишечной непроходимости Клиника острой кишечной непроходимости. Методы диагностика Общие принципы лечения. Показания к оперативному лечению Предоперационная подготовка</p>	1		

			<p>Дренирование кишечника, показания, выбор метода. Лечение больных в послеоперационном периоде.</p> <p>Тонкокишечная непроходимость</p> <p>Странгуляционная непроходимость</p> <p>Заворот. Инвагинация. Узлообразование</p> <p>Обтурационная непроходимость</p> <p>Спаечная непроходимость</p> <p>Ранняя послеоперационная механическая кишечная непроходимость</p> <p>Толстокишечная непроходимость</p> <p>Обтурационная непроходимость раковой этиологии. Непроходимость толстой кишки при каловом завале</p> <p>Непроходимость толстой кишки, вызванная редкими причинами</p>				
11.	6	Хирургические заболевания печени и желчных протоков	<p>Хирургические заболевания печени, желчных протоков. Функциональное состояние печени при хирургической патологии. Доброкачественные и злокачественные опухоли печени</p> <p>Методы диагностика. Лучевые: рентген, УЗИ, КТ, МРТ. Определение функциональной и анатомической операбельности при злокачественных опухолях печени. Особенности диагностики первичной и вторичной (метастатической) злокачественной опухоли печени. Хирургическое лечение опухолей печени. Непаразитарные кисты печени. Методы оперативного лечения</p> <p>Паразитарные заболевания печени</p> <p>Эхинококкоз печени (гидатидозный)</p> <p>Альвеококкоз печени. Абсцессы печени</p> <p>Циррозы печени и портальная гипертензия. Классификация цирроза печени. Классификация портальной гипертензии. Методы диагностика портальной гипертензии. Радиоизотопные исследования печени и селезенка. Рентгеноконтрастные и манометрические исследования кровообращения печени при портальной гипертензии. Эндоскопические и морфологические методы. Хирургические методы лечения осложнений цирроза печени и портальной гипертензии</p> <p>Тактика хирурга при остром кровотечении из варикозных вен пищевода и желудка</p> <p>Установка обтурирующего зонда-баллона при кровотечении из варикозных вен пищевода, желудка. Неотложные операции при портальной гипертензии</p> <p>Лечение острой печеночной недостаточности при портальной гипертензии. Непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения цирроза печени и портальной гипертензии.</p> <p>Хирургические заболевания желчных протоков. Желчнокаменная болезнь</p> <p>Показания к хирургическому лечению</p> <p>Методы хирургического лечения</p> <p>Осложнения желчекаменной болезни</p> <p>Механическая желтуха. Клиника механической желтухи. Осложнения механической желтухи. Особенности предоперационной подготовки больных механической желтухой</p> <p>Эндоскопические методы лечения. Миниинвазивные технологии. Хирургические методы лечения</p> <p>Показания к холедохотомии и техника ее выполнения. Выбор метода завершения</p>		1		

			<p>холедохотомии. Показания и техника операций на большом дуоденальном сосочке. Осложнения во время операций на желчных протоках. Послеоперационные осложнения (ранние и поздние). Особенности ведения больных с наружным дренированием желчных протоков. Острый холецистит</p> <p>Осложнения острого холецистита</p> <p>Тактика хирурга при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста</p> <p>Консервативное лечение</p> <p>Предоперационная подготовка</p> <p>Выбор метода оперативного вмешательства при остром холецистите</p> <p>Опасности и осложнения во время операции</p> <p>Послеоперационный период</p> <p>Осложнения послеоперационного периода</p> <p>Особенности тактика хирурга при ферментативных холециститах</p> <p>Операции при стриктурах внепеченочных желчных протоков</p> <p>Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения постхолецистэктомического синдрома.</p> <p>Хирургия повреждений внепеченочных желчных протоков</p> <p>Причины травмы внепеченочных желчных протоков</p> <p>При операции на желчных протоках и печени</p> <p>При операциях на органах желудочно-кишечного тракта</p> <p>Диагностика повреждений желчных протоков в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, тактика хирурга</p>				
12.	<b>6</b>	Хирургические заболевания селезенки	<p>Хирургические заболевания селезенки</p> <p>Заболевания кроветворной системы, требующие спленэктомии</p> <p>Доброкачественные опухоли селезенки</p> <p>Злокачественные опухоли селезенки</p> <p>Непаразитарные кисты селезенки</p> <p>Паразитарные кисты селезенки</p> <p>Тактика хирурга при случайном повреждении селезенки при операциях на соседних органах</p> <p>Спленэктомия</p> <p>Особенности спленэктомии при увеличенной селезенке, перисплените</p> <p>Ближайшие и отдаленные результаты спленэктомии.</p>		1		
13.	<b>6</b>	Хирургические заболевания поджелудочной железы	<p>Острый панкреатит. Эпидемиология</p> <p>Этиология. Патогенез. Патоморфология</p> <p>Классификация. Клиника. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Консервативные методы лечения. Показания к хирургическому лечению. Предоперационная подготовка</p> <p>Хирургическое лечение</p> <p>Оперативные доступы к поджелудочной железе. Показания к радикальным операциям. Послеоперационное ведение больных</p> <p>Осложнения острого панкреатита. Забрюшинная флегмона</p> <p>Внутренние свищи. Наружные свищи</p> <p>Дифференциальная диагностика осложнений острого панкреатита</p> <p>Хронический панкреатит</p> <p>Кальцинозный и калькулезный хронический панкреатит</p> <p>Псевдотуморозный панкреатит</p> <p>Склерозирующий панкреатит</p>		1		

			<p>Лечение хронического панкреатита  Консервативная терапия. Хирургическое лечение. Операции на желчных протоках  Операции на поджелудочной железе  Операции на притоках поджелудочной железы. Операции на желудочно-кишечном тракте. Осложнения хирургического лечения хронического панкреатита. Опухоли поджелудочной железы. Рак поджелудочной железы  Клиника. Хирургические методы лечения. Послеоперационное ведение  Кисты поджелудочной железы  Хирургическое лечение</p>				
14.	6	Грыжи	<p>Общее учение о грыжах. Классификация  Эпидемиология. Этиология  Составные части грыжи  Хирургическое лечение  Послеоперационный период. Осложнения  Невправимая грыжа. Ущемленная грыжа  Механизм ущемления. Особенности оперативного вмешательства.  Диафрагмальные грыжи  Травматические диафрагмальные грыжи  Клинические формы. Нетравматическая диафрагмальная грыжа  Грыжи пищеводного отверстия  Грыжи треугольника Бохдалека  Позадигрудные диафрагмальные грыжи  Прямая паховая грыжа. Анатомические особенности. Клинические проявления  Диагностика. Лечение хирургическое  Послеоперационные осложнения  Лечение послеоперационных осложнений  Косые паховые грыжи. Параингинальные (околопаховые) грыжи. Осложнения паховых грыж. Послеоперационные грыжи.  Профилактика и лечение послеоперационных осложнений  Пупочная грыжа. Грыжа белой линии живота. Внутривентральные внутренние грыжи (брыжеечно-пристеночные, грыжи винслова отверстия или сальникового отверстия, брыжейки поперечно-ободочной кишки или сальниковой сумки, брыжейки тонкой кишки, сигмовидной кишки, червеобразного отростка и сальника, серповидной связки печени, дугласова пространства, перепончато-сальниковые)  Предбрюшинные внутренние грыжи в области тазовой брюшины  Хирургическое лечение</p>		1		

15.	6	Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Травма живота	Инородные тела желудочно-кишечного тракта Хирургия инородных тел Диагностика Осложнения, вызываемые инородными телами желудочно-кишечного тракта Лечение Общие сведения. Эпидемиология Классификация. Зависимость травмы от ранящего предмета. Сочетанная травма Живота и опорно-двигательного аппарата. Ранения стенки живота. Травма паренхиматозных органов Особенности диффузных разрывов паренхиматозных органов. Двухфазные разрывы паренхиматозных органов Травмы полых органов. Особенности двухфазных разрывов полых органов Особенности клинки операционной ревизии брюшной полости и хирургической тактика при травмах забрюшинно расположенных отделов половых органов. Изолированные ранения органов брюшной полости Особенности тактики. Забрюшинные гематомы. Диагностика. Особенности тактики. Лечение			1	
16.	7	Основы колопроктологии	Злокачественные опухоли толстой кишки. Рак прямой кишки. Клиника Диагностика. Осложнения. Кишечная непроходимость. Кровотечение. Абсцедирование. Хирургическое лечение осложненного рака прямой кишки Радикальные операции. Паллиативные и циторедуктивные операции. Рак ободочной кишки. Клиника. Диагностика Осложнения. Кишечная непроходимость Кровотечение. Перфорация. Местное распространение. Хирургическое лечение осложненного рака ободочной кишки			1	
17.	8	Хирургические заболевания щитовидной железы	Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. Тиреотоксикоз Этиология. Патогенез. Клиника Диагностика и ее методы. Характерные изменения крови и мочи. Интерпретация лучевых методов исследования органов шеи и грудной клетки. Оценка радиоизотопных методов исследования Оценка результатов биопсии Лечение. Консервативное. Радиоизотопное. Хирургическое Типы операций и показания к их выполнению. Осложнения. Эндемический зоб. Узловой зоб Этиология. Патогенез. Клиника Диагностика. Показания к операции Обезболивание. Типы операций Осложнения. Хронические тиреоидиты Аутоиммунный тиреоидит Хашимото Тиреоидит Риделя. Рак щитовидной железы. Предраковые заболевания Классификация рака. Особенности метастазирования. Клиника Современные методы исследования Выбор метода и объема операции Комбинированное лечение, хирургическое, радиоизотопное, рентгенотерапия, гормональное			1	
18.	8	Хирургические заболевания паразитовидных	Гиперпаратиреоз. Этиология Патогенез. Клиника. Диагностика Дифференциальная диагностика Оперативное лечение. Ведение			1	



		желез	послеоперационного периода Отдаленные результаты лечения.				
19.	8	Хирургические заболевания инсулярного аппарата поджелудочной железы	Сахарный диабет. Этиология Патогенез. Клиника. Методы исследования. Поражение внутренних органов и сосудов. Осложнения. Сахарный диабет и хирургические заболевания Предоперационная подготовка Выбор обезболивания. Особенности ведения послеоперационного периода. Осложнения, их лечение Инсулома. Клиника. Методы исследования. Оперативное лечение Ведение послеоперационного периода. Результаты лечения. Ульцерогенная аденома. Патогенез Клиника синдрома Золлингера–Эллисона. Диагностика. Лечение Ведение послеоперационного периода.			1	
20.	8	Хирургические заболевания надпочечников	Опухоль мозгового слоя надпочечника Морфология. Клиника. Диагностика Предоперационная подготовка; Оперативное лечение. Ведение операционного и послеоперационного периода. Результаты лечения. МСЭ Опухоли коркового слоя надпочечников Морфология коркового слоя. Гормоны коры и их биологическое действие Клиника гормонально активных опухолей. Комплекс диагностических методов. Особенности ведения предоперационного периода. Оперативное лечение. Гормонотерапия в послеоперационном периоде. Аддисонова болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Оценка исследований крови, мочи Значение данных измерения артериального давления Современное гормональное лечение Особенности предоперационного, операционного и послеоперационного ведения.			1	
21.	9	Заболевания вен. Профилактика ВТО в хирургической практике	Заболевания венозной системы Хроническая венозная недостаточность Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика клиническая, ультразвуковая. Лечение. Консервативное. Склеротерапия Хирургическое. Реабилитация. ЛФК Диспансеризация. Реабилитация. ЛФК Основные тромботические и воспалительные поражения системы нижней полой вены. Классификация Патоморфологические нарушения регионарной и общей гемодинамики Диагностика. Клиническая. Рентгенологическая. Функциональная Лечение. Консервативное. Хирургическое. Флебит, тромбофлебит Посттромбофлебитический синдром Этиология. Патогенез. Диагностика Клиническая. Ультразвуковая. Лучевая Функциональная. Лечение. Консервативное. Хирургическое Экспертиза трудоспособности Острый тромбоз системы верхней полой вены. Этиология. Патогенез и патофизиология нарушений гемодинамики. Классификация Диагностика. Клиническая Лучевая Магнитно-резонансная томография Функциональная. Лечение			1	

			<p>Принципы консервативной терапии          Хирургическое лечение Показания          Реконструктивные сосудистые операции          Паллиативные операции</p>				
22.	9	Заболевания артерий	<p>Облитерирующий тромбангиит. Этиология          Патогенез. Классификация. Клиника          Диагностика (ультразвуковая,          рентгеноагиография). Лечение.          Консервативное. Хирургическое          (паллиативные и реконструктивное          операции). Показания и противопоказания          Хирургическая тактика. Облитерирующий          атеросклероз. Этиология. Патогенез          Клиника. Диагностика (ультразвуковые          методы). Лечение. Консервативное.          Реабилитация. ЛФК Хирургическое.          Показания и противопоказания          Артерио-венозные аневризмы.          Классификация. Этиология. Патогенез          Клиника. Диагностика (ультразвуковая,          контрастная ангиография). Эмболия и острые          тромбозы артерий конечностей          Терминология. Этиология и патогенез острой          ишемии. Степени острой ишемии          Клиника острой ишемии. Диагностика          Клиническая. Ангиография.          Рентгеноконтрастная ангиография          Дифференциальная диагностика          Показания и противопоказания к операциям          на артериях конечности          Принципы консервативного лечения          Виды операций. Показания к ампутациям          Ведение послеоперационного периода,          осложнения. Острые нарушения          мезентериального кровообращения          Этиология. Патогенез. Клиника          Диагностика. Лечение. Тромбоэмболия          легочной артерии. Этиология. Патогенез          Патоморфология расстройств гемодинамики.          Формы клинического течения. Диагностика          (эхокардиография, ангиопульмонография).          Профилактика          Лечение. Консервативное. Хирургическое</p>			1	
23.	9	Повреждения кровеносных сосудов	<p>Повреждения кровеносных сосудов          Виды сосудистой травмы. Диагностика          Клиническая. Рентгеноконтрастное          исследование (артериография, венография).          Функциональная диагностика. Общие          принципы лечения повреждений          кровеносных сосудов          Способы временной остановки          кровотечения. Лечение геморрагического          шока. Хирургические доступы к          магистральным артериям и венам (шей,          груди, верхней конечности, таза, нижней          конечности). Показания к перевязки сосудов.          Определение показаний к восстановлению          проходимости сосудов          Восстановление проходимости сосудов          Циркулярный сосудистый шов          Боковой сосудистый шов. Восстановление          проходимости артерии за счет боковой ее          ветви. Трансплантация и протезирование          сосудов. Шунтирование сосудов          Осложнения во время операции и в          послеоперационном периоде          Послеоперационное ведение          Экспертиза трудоспособности</p>				1

24.	9	Заболевания лимфатической системы конечностей	Заболевания лимфатической системы конечностей. Лимфедема. Этиология Патогенез. Клиника. Диагностика Лечение. Консервативное. Хирургическое Диспансеризация больных. Лимфангоит Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика Лимфаденит. Этиология. Патогенез Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика				1
25	10	Неотложная хирургическая помощь у детей	Физикальные методы исследования в детской хирургии. Осмотр, аускультация, пальпация и перкуссия при обследовании ребенка с хирургической патологией. Особенности у новорожденных детей. Ректальное пальцевое исследование. Оценка полученных данных. Интраскопические методы исследования. Рентгенологические методы исследования. Обзорная рентгенография органов грудной полости. Трактовка рентгенологической картины. Обзорная рентгенография органов брюшной полости и забрюшинного пространства Трактовка полученных данных Информативность, последовательность и сочетанность специальных методов исследования в детской хирургии Заболевания органов грудной полости Заболевания органов брюшной полости Заболевания органов забрюшинного пространства и малого таза. Костная система. Закрытые и открытые повреждения грудной клетки у детей Виды пневмоторакса. Механизм возникновения. Виды гемоторакса Ранения и разрывы легкого. Травматические пневмонии. Лечение травматической пневмонии. Повреждения сердца при проникающем ранении. Клиника повреждения сердца и крупных сосудов. Диагностика. Лечение повреждений сердца. Травма органов брюшной полости. Классификация повреждений органов брюшной полости Значение специальных методов обследования. Рентгенологический. Лапароцентез. Лапароскопия. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Клинические проявления. Методы лечения.				2
26.	11	Учение о ранах. Патогенез раневого процесса. Фазы раневого процесса.	Учение о ранах. Патогенез раневого процесса. Микробиология ран. Микробиологические аспекты раневой инфекции. «Чистые операционные раны» Гнойные операционные раны Характеристика основных видов возбудителей раневой инфекции Комплексное бактериологическое исследование гнойных ран. Микробиологические аспекты анаэробной неклостридиальной инфекции. Иммунология раневой инфекции. Общая характеристика факторов защиты. Фазы раневого процесса. Классификация ран Классификация раневого процесса Виды заживления раны. Заживление первичным натяжением. Заживление вторичным натяжением. Заживление под струпом. Объективные критерии оценки течения раневого процесса. Клиническая характеристика. Основные принципы активной хирургической тактики				1

27.	<b>11</b>	Техника хирургической обработки гнойного очага. Основные принципы активной хирургической тактики. Анаэробная неклостридиальная инфекция.	Техника хирургической обработки гнойного очага. Способы совершенствования хирургической обработки гнойного очага Местная лекарственная терапия Хирургическая обработка ран Терминология и основные понятия Первичная хирургическая обработка Вторичная хирургическая обработка				1
28.	<b>11</b>	Острые гнойные заболевания кожи, подкожной клетчатки, забрюшинного пространства.	Рожистое воспаление. Фурункул. Параколит. Псоиты. Флегмона таза Гнойные заболевания кисти. Панариций Классификация. Этиология. Патогенез Клиника. Лечение. Осложнения Флегмона кисти. Остеомиелиты Классификация. Этиология. Патогенез Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика Лечение. Осложнения. Профилактика Прогноз. Маститы Этиология. Патогенез Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное. Хирургическое. Прогноз. Хронические гнойные заболевания. Трофические язвы Гнойные свищи. Пролежни. Гангрена Этиология, патогенез, клиника, лечение Лечение ран в управляемой антибактериальной среде. Методика лечения. Особенности течения раневого процесса. Лечение ран различной этиологии. Ранние реконструктивно-восстановительные операции в клинике гнойной хирургии. Хирургический сепсис. Терминология и классификация Этиология и патогенез. Первичный и вторичный гнойный очаги Сердечно-сосудистая система при сепсисе. Органы дыхания при сепсисе. Морфологические изменения при хирургическом сепсисе Клиническая картина. Дифференциальная диагностика хирургического сепсиса. Осложнения сепсиса. Септический шок Особые виды раневой инфекции. Клостридиальная инфекция. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение				1
29.	<b>11</b>	Антибактериальная терапия в хирургии	Анаэробная неклостридиальная инфекция. Этиология и патогенез Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Хирургическое лечение. Антибактериальная терапия Гнойная хирургическая инфекция у больных с сахарным диабетом. Особенности течения хирургической инфекции. Нарушения обмена у больных сахарным диабетом на фоне хирургической инфекции. «Диабетическая стопа». Клиническая картина. Диагностика. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных Активное хирургическое лечение Комплексная терапия Перитонит и остаточные гнойники брюшной полости. Перитонит Остаточные гнойники брюшной полости Классификация. Патогенез. Клиника Диагностика. Лечение. Антибактериальная терапия в хирургии				1

			<p>Антибиотики в хирургии. Методы получения антибиотиков. Механизмы действия. Вопросы классификации</p> <p>Бета-лактамы антибиотики</p> <p>Антибактериальные средства других классов. Принципы деэскалационной антибактериальной терапии. Принципы комбинированной терапии. Понятие о резистентности микробной флоры</p> <p>Пути снижения резистентности</p> <p>Осложнения антибактериальной терапии</p> <p>Лечение осложнений. Ошибки в назначении антибактериальной терапии</p>				
<b>Итого:</b>				<b>8</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

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

#### Тематический план практических занятий

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)			
				№ сем 1	№ сем 2	№ сем 3	№ сем 4
1	2	3	4	5	6	7	8
1	1	Организация хирургической помощи	<p>Организация амбулаторно-поликлинической хирургической помощи в условиях города, в поликлинике, организация специализированной помощи в поликлинике колопроктологической, сосудистой и др.</p> <p>Организация работы зав. отделением (кабинетом) в поликлинике. Система взаимодействия хирургической службы поликлиники с другими поликлиническими службами, со стационаром, станцией скорой медицинской помощи и другими учреждениями здравоохранения. Организация хирургической стационарной помощи городскому населению. Функции и структура хирургической службы городской больницы. Организация хирургической помощи сельскому населению</p> <p>Центральная районная больница – основное звено в обеспечении сельского населения квалифицированной специализированной медицинской помощью. Областная (краевая, республиканская) больница – лечебно-консультативный, научно-педагогический и организационно-методический центр</p> <p>Организация работы отделений переливания крови в лечебных учреждениях. Оказание скорой и неотложной хирургической помощи населению. Состояние и пути совершенствования скорой и неотложной хирургической помощи населению. Роль станции скорой и неотложной помощи в улучшении оказания неотложной хирургической помощи. Организация скорой и неотложной хирургической помощи в городах, в условиях сельской местности.</p> <p>Система взаимодействия и преемственности скорой и неотложной хирургической помощи, больничных и внебольничных учреждений.</p> <p>Закон РФ «Об обязательном медицинском страховании» и механизмы его реализации. Обязательное медицинское страхование. Добровольное медицинское страхование</p>	4			
2	2	Клиническая и топографическая анатомия и	<p>Клиническая и топографическая анатомия головы и шеи</p> <p>Мозговой отдел головы, костная основа и мягкие ткани. Оболочки головного мозга.</p>	6			

		оперативная хирургия	<p>Кровоснабжение головного мозга Щитовидная и паращитовидные железы Клиническая, топографическая анатомия и оперативная хирургия груди Грудная полость: легкие и органы средостения. Перикард, сердце, крупные сосуды. Плевра и легкие. Трахея и бронхи. Артерии, вены и нервы. Пункция и дренирование плевры и перикарда. Резекция легкого. Операции на пищеводе Клиническая, топографическая анатомия и оперативная хирургия живота. Свободные пространства (поддиафрагмальные, сальниковая сумка, подпеченочное, преджелудочная щель). Внутренние органы: желудок, двенадцатиперстная кишка, тонкая кишка, толстая кишка, червеобразный отросток, печень и желчные протоки, селезенка, поджелудочная железа. Кровоснабжение органов брюшной полости и венозный отток. Лимфатическая система. Пути лимфоотока и метастазирования Иннервация органов брюшной полости Пути распространения воспалительных процессов. Забрюшинное пространство Органы забрюшинного пространства Фасции и клетчаточные пространства Пути распространения воспалительных процессов и злокачественных опухолей Оперативная хирургия. Оперативные доступы к органам полости живота Операции при грыжах. Паховых и бедренных грыжах. Виды резекции желудка. Пункция и шов печени. Операции на поджелудочной железе Резекция тонкой и толстой кишки Операции на почке и мочеточника Клиническая, топографическая анатомия и хирургия таза и промежности.</p>				
3	3	Методы исследования в хирургии	<p>Первичный осмотр и физикальные методы исследования в хирургии Лабораторные методы исследования Инструментальные методы исследования: неинвазивные и инвазивные.</p>	8			
4	4	Обезболивание и интенсивная терапия в хирургии	<p>Общая анестезиология Виды, способы и методы анестезии Поверхностное местное обезболивание кожи и слизистых оболочек. Местное инфильтрационное обезболивание Блокада нервных стволов, сплетений и узлов. Перидуральная анестезия Спинально-мозговая анестезия. Подготовка больного к общей анестезии. Клинико-физиологическая оценка общего состояния больного Определение степени риска операции. Диагностика и помощь при острой сердечно-сосудистой недостаточности, вопросы реаниматологии. Общая реаниматология. Приемы и методы поддержания и восстановления жизненных функций организма. Особенности реанимационной помощи в сельских условиях. Интенсивная терапия и трансфузиология.</p>	6			
5.	5	Заболевания легких и плевры	<p>Заболевания легких и плевры Нагноительные заболевания легких и плевры. Абсцесс и гангрена легкого Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика Дифференциальная диагностика Показания к оперативному лечению Предоперационная подготовка Виды хирургического лечения Выбор обезболивания</p>	4			

			<p>Операционные доступы  Методы и объем операций  Осложнения во время операций их профилактика и лечение  Послеоперационная терапия  Ведение плевральной полости после операций  Послеоперационные ближайшие осложнения, их профилактика и лечение. Противопоказания к хирургическому лечению  Предоперационная подготовка  Методы обезболивания  Хирургические доступы  Виды операций при бронхоэктатической болезни  Пункционная биопсия (трансторакальная и трансбронхиальная)  Прескаленная биопсия. Цитологические исследования мокроты. Пневмомедиастинография  Изменение функций внешнего дыхания</p>				
6.	5	Заболевания средостения	<p>Заболевания средостения. Медиастинит. Этиология.  Классификация. Клиника  Методы диагностика  Дифференциальная диагностика  Методы консервативного лечения  Показания к хирургическому лечению  Виды операций  Методы дренирования средостения  Внеплевральные. Чрезплевральные  Проточное промывание, лаваж  Ближайшие результаты консервативного лечения  Доброчастные и злокачественные опухоли средостения  Классификация. Диагностика  Пневмомедиастинография  Другие методы рентгенологического и инструментального исследования при опухолях средостения  Показания к операций  Оперативные доступы при опухолях средостения  Показания к консервативным методам лечения при опухолях (химиотерапия, лучевая терапия)  Миастения как хирургическая проблема Клиника миастений  Дифференциальная диагностика  Консервативное лечение  Миастенический и холинэргический кризисы.  Хирургическое лечение миастении.  Послеоперационное ведение, его особенности  Ближайшие и отдаленные результаты  Осложнения при операциях на средостении.  Профилактика осложнений и их лечение.</p>	4			
7.	5	Заболевания пищевода	<p>Заболевания пищевода. Эзофагиты  Классификация. Этиология. Диагностика.  Лечение. Консервативное. Оперативное  Кардиоспазм. Ахалазия кардии  Этиология. Патогенез  Дифференциальная диагностика ахалазии. С кардиоспазмом  С раком пищевода с переходом на кардию.  Лечение кардиоспазма  Медикаментозное. Кардиодилатация  Показания к операции Виды операций  Осложнения после операций. Рецидивы  Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы  Классификация грыж  Методы диагностики, их особенности  Клиника, сочетание с холециститом и дискинезией желчных протоков, с пилороспазмом  Дифференциальная диагностика С холециститом  С дискинезией желчных протоков  С пилороспазмом Со стенокардией</p>	4			

			<p>Лечение Консервативное, хирургическое Травма пищевода Виды травм, классификация Медиастинит после травмы пищевода Гастростома, ее виды Назогастральный зонд Химические ожоги пищевода Особенности ожогов кислотой и щелочью Первая помощь при ожогах Бужирование пищевода Показания к созданию искусственного пищевода Виды пластика пищевода Кожные вставки при пластике пищевода Создание пищевода из тонкой кишки Создание пищевода из левой половины ободочной кишки Создание пищевода из правой половины ободочной кишки Создание пищевода из большой кривизны желудка Показания к подкожному, загрудинному внутриплевральному проведению пищевода</p>			
8.	5	Травма грудной клетки	<p>Травма грудной клетки Повреждения грудной клетки Механизм повреждения грудной клетки Классификация. Виды пневмотораксов Закрытый. Открытый. Клапанный Напряженный Плевропульмональный шок. Этиология. Профилактика шока Лечение шока. Эмфизема средостения Травматическая асфиксия. Гемоторакс (гемопневмоторакс). Механизм возникновения Вида гемоторакса Значение ранних пункций и введения антибиотиков в лечении гемоторакса Ранения и разрывы легких. Травматические пневмонии, их профилактика. Лечение травматической пневмонии. Открытые повреждения грудной клетки. Классификация открытых повреждений. Диагностика повреждений. Повреждения сердца при проникающем ранении. Клиника Диагностика. Лечение. Хирургические доступы при ранении легкого Хирургические доступы при ранении сердца. Методика ушивания раны сердца Огнестрельные ранения легких Инородные тела легких. Травматические каверны. Клиника. Показания к хирургическому лечению. Осложнения открытых повреждений грудной клетки Закрытые повреждения грудной клетки Классификация закрытых повреждений грудной клетки. Клиника и диагностика ушибов мягких тканей. Клиника и диагностика при переломах ребер Синдром с давления грудной клетки Множественные переломы ребер Оскольчатые переломы ребер. Переломы грудины. Методы лечения при множественных переломах ребер и грудины. Сочетанные повреждения грудной брюшной полостей. Сочетанные повреждения грудной клетки и других органов. Клиника. Методы диагностики</p>		4	
9.	6	Хирургические заболевания желудка	<p>Хирургические заболевания желудка Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Ювенильные язвы. Методы диагностики. Лабораторные Эндоскопические. Осложнения язвенной болезни. Перфорация. Кровотечение Стенозирование. Пенетрация. Малигнизация.</p>		6	



			<p>Внутренние фистулы  Атипичные формы осложнений  Методы остановки гастродуоденальных кровотечений. Консервативные методы лечения язвенной болезни. Эндоскопические методы лечения язвенной болезни. Хирургические методы лечения язвенной болезни. Показания и обоснования к хирургическим методам лечения язвенной болезни. Предоперационная подготовка. Методы резекции желудка. Виды ваготомий и дренирующих операций. Хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях. Хирургическая тактика при перфоративных язвах желудка и 12- перстной кишки. Особенности послеоперационного ведения больных  Послеоперационные осложнения. Диагностика и лечение. Ранние осложнения после операций на желудке  Несостоятельность швов культи 12- перстной кишки. Несостоятельность швов анастомоза. Кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта  Кровотечения в брюшную полость  Анастамозиты. Прочие осложнения  Поздние осложнения после операций на желудке.  Демпинг-синдром  Синдром приводящей петли  Пептические язвы. Прочие осложнения  Амбулаторное ведение больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и 12- перстной кишки  Гастродуоденальные кровотечения неязвенной этиологии;  Послеоперационные осложнения  Предоперационная подготовка. Радикальные операции. Паллиативные операции. Комбинированные методы лечения. Послеоперационное ведение больных.  Осложнения после операций (см. осложнения после резекции желудка при язвенной болезни)  Другие заболевания желудка</p>			
10.	6	Хирургические заболевания кишечника и брыжейки	<p>Хирургические заболевания кишечника и брыжейки. Язвы тонкой кишки (неспецифические язвы, специфические язвы). Клиника. Диагностика  Дивертикулы 12- перстной и тонкой кишок. Принципы хирургического лечения. Опухоли тонкой кишки  Злокачественные опухоли 12- перстной кишки (рак, саркомы, злокачественные лимфомы и др.)  Доброкачественные опухоли 12- перстной кишки  Новообразования тонкой кишки  Патоморфология. Клиника  Методы диагностики. Лечение (хирургическое, комбинированные методы лечения). Опухоли и кисты брыжейки. Эпидемиология новообразований брыжейки тонкой кишки. Предрасполагающие факторы и непосредственные причины  Патоморфологические и патофизиологические изменения при кишечной непроходимости  Клиника острой кишечной непроходимости. Методы диагностика  Общие принципы лечения. Показания к оперативному лечению Предоперационная подготовка  Дренирование кишечника, показания, выбор метода. Лечение больных в послеоперационном периоде. Тонкокишечная непроходимость  Странгуляционная непроходимость  Заворот. Инвагинация. Узлообразование</p>		6	

			<p>Обтурационная непроходимость          Спаечная непроходимость          Ранняя послеоперационная механическая кишечная непроходимость          Толстокишечная непроходимость          Обтурационная непроходимость раковой этиологии. Непроходимость толстой кишки при каловом завале          Непроходимость толстой кишки, вызванная редкими причинами</p>			
11.	6	Хирургические заболевания печени и желчных протоков	<p>Хирургические заболевания печени, желчных протоков. Функциональное состояние печени при хирургической патологии. Доброкачественные и злокачественные опухоли печени          Методы диагностика. Лучевые: рентген, УЗИ, КТ, МРТ. Определение функциональной и анатомической операбельности при злокачественных опухолях печени. Особенности диагностики первичной и вторичной (метастатической) злокачественной опухоли печени. Хирургическое лечение опухолей печени. Непаразитарные кисты печени. Методы оперативного лечения          Паразитарные заболевания печени          Эхинококкоз печени (гидатидозный)          Альвеококкоз печени. Абсцессы печени          Циррозы печени и портальная гипертензия. Классификация цирроза печени. Классификация портальной гипертензии. Методы диагностика портальной гипертензии. Радиоизотопные исследования печени и селезенка. Рентгеноконтрастные и манометрические исследования кровообращения печени при портальной гипертензии. Эндоскопические и морфологические методы. Хирургические методы лечения осложнений цирроза печени и портальной гипертензии          Тактика хирурга при остром кровотечении из варикозных вен пищевода и желудка Установка Установки обтурирующего зонда-баллона при кровотечении из варикозных вен пищевода, желудка. Неотложные операции при портальной гипертензии          Лечение острой печеночной недостаточности при портальной гипертензии. Непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения цирроза печени и портальной гипертензии.          Хирургические заболевания желчных протоков. Желчнокаменная болезнь          Показания к хирургическому лечению          Методы хирургического лечения          Осложнения желчекаменной болезни          Механическая желтуха. Клиника механической желтухи. Осложнения механической желтухи. Особенности предоперационной подготовки больных механической желтухой          Эндоскопические методы лечения.          Мининвазивные технологии. Хирургические методы лечения          Показания к холедохотомии и техника ее выполнения. Выбор метода завершения холедохотомии. Показания и техника операций на большом дуоденальном сосочке. Осложнения во время операций на желчных протоках. Послеоперационные осложнения (ранние и поздние). Особенности ведения больных с наружным дренированием желчных протоков.          Острый холецистит          Осложнения острого холецистита          Тактика хирурга при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста</p>		6	

			<p>Консервативное лечение  Предоперационная подготовка  Выбор метода оперативного вмешательства при остром холецистите  Опасности и осложнения во время операции  Послеоперационный период  Осложнения послеоперационного периода  Особенности тактика хирурга при ферментативных холециститах  Операции при стриктурах внепеченочных желчных протоков  Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения постхолецистэктомического синдрома.  Хирургия повреждений внепеченочных желчных протоков  Причины травмы внепеченочных желчных протоков  При операции на желчных протоках и печени  При операциях на органах желудочно-кишечного тракта  Диагностика повреждений желчных протоков в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, тактика хирурга</p>			
12.	6	Хирургические заболевания селезенки	<p>Хирургические заболевания селезенки  Заболевания кроветворной системы, требующие спленэктомии  Доброкачественные опухоли селезенки  Злокачественные опухоли селезенки  Непаразитарные кисты селезенки  Паразитарные кисты селезенки  Тактика хирурга при случайном повреждении селезенки при операциях на соседних органах  Спленэктомия  Особенности спленэктомии при увеличенной селезенке, перисплените  Ближайшие и отдаленные результаты спленэктомии.</p>		6	
13.	6	Хирургические заболевания поджелудочной железы	<p>Острый панкреатит. Эпидемиология  Этиология. Патогенез. Патоморфология  Классификация. Клиника. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Консервативные методы лечения. Показания к хирургическому лечению. Предоперационная подготовка  Хирургическое лечение  Оперативные доступы к поджелудочной железе. Показания к радикальным операциям.  Послеоперационное ведение больных  Осложнения острого панкреатита. Забрюшинная флегмона  Внутренние свищи. Наружные свищи  Дифференциальная диагностика осложнений острого панкреатита  Хронический панкреатит  Кальцинозный и калькулезный хронический панкреатит  Псевдотуморозный панкреатит  Склерозирующий панкреатит  Лечение хронического панкреатита  Консервативная терапия. Хирургическое лечение.  Операции на желчных протоках  Операции на поджелудочной железе  Операции на притоках поджелудочной железы.  Операции на желудочно-кишечном тракте.  Осложнения хирургического лечения хронического панкреатита. Опухоли поджелудочной железы. Рак поджелудочной железы  Клиника. Хирургические методы лечения.  Послеоперационное ведение  Кисты поджелудочной железы</p>		6	

14.	6	Грыжи	<p>Хирургическое лечение</p> <p>Общее учение о грыжах. Классификация</p> <p>Эпидемиология. Этиология</p> <p>Составные части грыжи</p> <p>Хирургическое лечение</p> <p>Послеоперационный период. Осложнения</p> <p>Невправимая грыжа. Ущемленная грыжа</p> <p>Механизм ущемления. Особенности оперативного вмешательства. Диафрагмальные грыжи</p> <p>Травматические диафрагмальные грыжи</p> <p>Клинические формы. Нетравматическая диафрагмальная грыжа</p> <p>Грыжи пищевода отверстия</p> <p>Грыжи треугольника Бохдалека</p> <p>Позадигрудные диафрагмальные грыжи</p> <p>Прямая паховая грыжа. Анатомические особенности. Клинические проявления</p> <p>Диагностика. Лечение хирургическое</p> <p>Послеоперационные осложнения</p> <p>Лечение послеоперационных осложнений</p> <p>Косые паховые грыжи. Параингинальные (околопаховые) грыжи. Осложнения паховых грыж. Послеоперационные грыжи. Профилактика и лечение послеоперационных осложнений</p> <p>Пупочная грыжа. Грыжа белой линии живота.</p> <p>Внутрибрюшинные внутренние грыжи (брыжеечно-пристеночные, грыжи винслово отверстия или сальникового отверстия, брыжейки поперечно-ободочной кишки или сальниковой сумки, брыжейки тонкой кишки, сигмовидной кишки, червеобразного отростка и сальника, серповидной связки печени, дугласова пространства, перепончато-сальниковые)</p> <p>Предбрюшинные внутренние грыжи в области тазовой брюшины</p> <p>Хирургическое лечение</p>			5	
15.	6	Инородные тела желудочно-кишечного тракта Травма живота	<p>Инородные тела желудочно-кишечного тракта</p> <p>Хирургия инородных тел</p> <p>Диагностика</p> <p>Осложнения, вызываемые инородными телами желудочно-кишечного тракта</p> <p>Лечение</p> <p>Общие сведения. Эпидемиология</p> <p>Классификация. Зависимость травмы от ранящего предмета. Сочетанная травма</p> <p>Живота и опорно-двигательного аппарата.</p> <p>Ранения стенки живота. Травма паренхиматозных органов</p> <p>Особенности диффузных разрывов паренхиматозных органов. Двухфазные разрывы паренхиматозных органов</p> <p>Травмы полых органов. Особенности двухфазных разрывов полых органов</p> <p>Особенности клинки операционной ревизии брюшной полости и хирургической тактика при травмах забрюшинно расположенных отделов половых органов. Изолированные ранения органов брюшной полости</p> <p>Особенности тактики. Забрюшинные гематомы.</p> <p>Диагностика. Особенности тактики. Лечение</p>			5	
16.	7	Основы колопроктологии	<p>Злокачественные опухоли толстой кишки. Рак прямой кишки. Клиника</p> <p>Диагностика. Осложнения. Кишечная непроходимость. Кровотечение. Абсцедирование.</p> <p>Хирургическое лечение осложненного рака прямой кишки</p> <p>Радикальные операции. Паллиативные и циторедуктивные операции. Рак ободочной кишки. Клиника. Диагностика</p> <p>Осложнения. Кишечная непроходимость</p> <p>Кровотечение. Перфорация. Местное</p>			6	

			распространение. Хирургическое лечение осложненного рака ободочной кишки				
17.	8	Хирургические заболевания щитовидной железы	Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. Тиреотоксикоз Этиология. Патогенез. Клиника Диагностика и ее методы. Характерные изменения крови и мочи..Интерпретация лучевых методов исследования органов шеи и грудной клетки..Оценка радиоизотопных методов исследования Оценка результатов биопсии Лечение. Консервативное. Радиоизотопное. Хирургическое Типы операций и показания к их выполнению. Осложнения. Эндемический зоб. Узловой зоб Этиология. Патогенез. Клиника Диагностика. Показания к операции Обезболивание. Типы операций Осложнения. Хронические тиреоидиты Аутоиммунный тиреоидит Хашимото Тиреоидит Риделя. Рак щитовидной железы. Предраковые заболевания Классификация рака. Особенности метастазирования. Клиника Современные методы исследования Выбор метода и объема операции Комбинированное лечение, хирургическое, радиоизотопное, рентгенотерапия, гормональное			3	
18.	8	Хирургические заболевания паращитовидных желез	Гиперпаратиреоз. Этиология Патогенез. Клиника. Диагностика Дифференциальная диагностика Оперативное лечение. Ведение послеоперационного периода Отдаленные результаты лечения.			3	
19.	8	Хирургические заболевания инсулярного аппарата поджелудочной железы	Сахарный диабет. Этиология Патогенез. Клиника. Методы исследования. Поражение внутренних органов и сосудов. Осложнения. Сахарный диабет и хирургические заболевания Предоперационная подготовка Выбор обезболивания. Особенности ведения послеоперационного периода. Осложнения, их лечение Инсулома. Клиника. Методы исследования. Оперативное лечение Ведение послеоперационного периода. Результаты лечения. Ульцерогенная аденома. Патогенез Клиника синдрома Золлингера–Эллисона. Диагностика. Лечение Ведение послеоперационного периода.			3	
20.	8	Хирургические заболевания заболеваний надпочечников	Опухоль мозгового слоя надпочечника Морфология. Клиника. Диагностика Предоперационная подготовка; Оперативное лечение. Ведение операционного и послеоперационного периода. Результаты лечения. МСЭ Опухоли коркового слоя надпочечников Морфология коркового слоя. Гормоны коры и их биологическое действие Клиника гормонально активных опухолей. Комплекс диагностических методов. Особенности ведения предоперационного периода. Оперативное лечение. Гормонотерапия в послеоперационном периоде. Аддисонова болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Оценка исследований крови, мочи Значение данных измерения артериального давления Современное гормональное лечение			3	

			Особенности предоперационного, операционного и послеоперационного ведения.				
21.	9	Заболевания вен. Профилактика ВТО в хирургической практике	<p>Заболевания венозной системы</p> <p>Хроническая венозная недостаточность</p> <p>Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика клиническая, ультразвуковая. Лечение. Консервативное. Склеротерапия</p> <p>Хирургическое. Реабилитация. ЛФК</p> <p>Диспансеризация. Реабилитация. ЛФК</p> <p>Основные тромботические и воспалительные поражения системы нижней полой вены. Классификация</p> <p>Патоморфологические нарушения регионарной и общей гемодинамики</p> <p>Диагностика. Клиническая. Рентгенологическая. Функциональная</p> <p>Лечение. Консервативное. Хирургическое.</p> <p>Флебит, тромбфлебит</p> <p>Посттромбофлебитический синдром</p> <p>Этиология. Патогенез. Диагностика</p> <p>Клиническая. Ультразвуковая. Лучевая</p> <p>Функциональная. Лечение. Консервативное. Хирургическое</p> <p>Экспертиза трудоспособности</p> <p>Острый тромбоз системы верхней полой вены. Этиология. Патогенез и патофизиология нарушений гемодинамики. Классификация</p> <p>Диагностика. Клиническая Лучевая</p> <p>Магнитно-резонансная томография</p> <p>Функциональная. Лечение</p> <p>Принципы консервативной терапии</p> <p>Хирургическое лечение Показания</p> <p>Реконструктивные сосудистые операции</p> <p>Паллиативные операции</p>			4	
22.	9	Заболевания артерий	<p>Облитерирующий тромбангиит. Этиология</p> <p>Патогенез. Классификация. Клиника</p> <p>Диагностика (ультразвуковая, рентгеноагиография). Лечение. Консервативное. Хирургическое (паллиативные и реконструктивные операции). Показания и противопоказания</p> <p>Хирургическая тактика. Облитерирующий атеросклероз. Этиология. Патогенез</p> <p>Клиника. Диагностика (ультразвуковые методы). Лечение. Консервативное. Реабилитация. ЛФК</p> <p>Хирургическое. Показания и противопоказания</p> <p>Артерио-венозные аневризмы. Классификация. Этиология. Патогенез</p> <p>Клиника. Диагностика (ультразвуковая, контрастная ангиография). Эмболия и острые тромбозы артерий конечностей</p> <p>Терминология. Этиология и патогенез острой ишемии. Степени острой ишемии</p> <p>Клиника острой ишемии. Диагностика</p> <p>Клиническая. Ангиография. Рентгеноконтрастная ангиография</p> <p>Дифференциальная диагностика</p> <p>Показания и противопоказания к операциям на артериях конечности</p> <p>Принципы консервативного лечения</p> <p>Виды операций. Показания к ампутациям</p> <p>Ведение послеоперационного периода, осложнения. стрые нарушения мезентериального кровообращения</p> <p>Этиология. Патогенез. Клиника</p> <p>Диагностика. Лечение. Тромбоз эмболия легочной артерии. Этиология. Патогенез</p> <p>Патоморфология расстройств гемодинамики. Формы клинического течения. Диагностика (эхокардиография, ангиопульмонография).</p> <p>Профилактика</p>			4	

23.	9	Повреждения кровеносных сосудов	<p>Лечение. Консервативное. Хирургическое</p> <p>Повреждения кровеносных сосудов  Виды сосудистой травмы. Диагностика  Клиническая. Рентгеноконтрастное исследование (артериография, венография). Функциональная диагностика. Общие принципы лечения повреждений кровеносных сосудов  Способы временной остановки кровотечения. Лечение геморрагического шока. Хирургические доступы к магистральным артериям и венам (шеи, груди, верхней конечности, таза, нижней конечности). Показания к перевязки сосудов. Определение показаний к восстановлению проходимости сосудов  Восстановление проходимости сосудов  Циркулярный сосудистый шов  Боковой сосудистый шов. Восстановление проходимости артерии за счет боковой ее ветви. Трансплантация и протезирование сосудов. Шунтирование сосудов  Осложнения во время операции и в послеоперационном периоде  Послеоперационное ведение  Экспертиза трудоспособности</p>				4
24.	9	Заболевания лимфатической системы конечностей	<p>Заболевания лимфатической системы конечностей. Лимфедема. Этиология  Патогенез. Клиника. Диагностика  Лечение. Консервативное. Хирургическое  Диспансеризация больных. Лимфангоит  Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика  Лимфаденит. Этиология. Патогенез  Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика</p>				4
25	10	Неотложная хирургическая помощь у детей	<p>Физикальные методы исследования в детской хирургии. Осмотр, аускультация, пальпация и перкуссия при обследовании ребенка с хирургической патологией. Особенности у новорожденных детей. Ректальное пальцевое исследование. Оценка полученных данных. Интраскопические методы исследования. Рентгенологические методы исследования. Обзорная рентгенография органов грудной полости. Трактовка рентгенологической картины. Обзорная рентгенография органов брюшной полости и забрюшинного пространства  Трактовка полученных данных  Информативность, последовательность и сочетанность специальных методов исследования в детской хирургии  Заболевания органов грудной полости  Заболевания органов брюшной полости  Заболевания органов забрюшинного пространства и малого таза. Костная система. Закрытые и открытые повреждения грудной клетки у детей  Виды пневмоторакса. Механизм возникновения. Виды гемоторакса  Ранения и разрывы легкого. Травматические пневмонии. Лечение травматической пневмонии. Повреждения сердца при проникающем ранении. Клиника повреждения сердца и крупных сосудов. Диагностика. Лечение повреждений сердца. Травма органов брюшной полости. Классификация повреждений органов брюшной полости  Значение специальных методов обследования. Рентгенологический. Лапароцентез. Лапароскопия. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Клинические проявления. Методы лечения.</p>				4

26.	11	Учение о ранах. Патогенез раневого процесса. Фазы раневого процесса.	Учение о ранах. Патогенез раневого процесса. Микробиология ран. Микробиологические аспекты раневой инфекции. «Чистые операционные раны» Гнойные операционные раны Характеристика основных видов возбудителей раневой инфекции Комплексное бактериологическое исследование гнойных ран. Микробиологические аспекты анаэробной неклостридиальной инфекции. Иммунология раневой инфекции. Общая характеристика факторов защиты. Фазы раневого процесса. Классификация ран Классификация раневого процесса Виды заживления раны. Заживление первичным натяжением. Заживление вторичным натяжением. Заживление под струпом. Объективные критерии оценки течения раневого процесса. Клиническая характеристика. Основные принципы активной хирургической тактики				4
27.	11	Техника хирургической обработки гнойного очага. Основные принципы активной хирургической тактики. Анаэробная неклостридиальная инфекция.	Техника хирургической обработки гнойного очага. Способы совершенствования хирургической обработки гнойного очага Местная лекарственная терапия Хирургическая обработка ран Терминология и основные понятия Первичная хирургическая обработка Вторичная хирургическая обработка				4
28.	11	Острые гнойные заболевания кожи, подкожной клетчатки, брюшинного пространства.	Рожистое воспаление. Фурункул. Параколит. Псоиты. Флегмона таза Гнойные заболевания кисти. Панариций Классификация. Этиология. Патогенез Клиника. Лечение. Осложнения Флегмона кисти. Остеомиелиты Классификация. Этиология. Патогенез Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика Лечение. Осложнения. Профилактика Прогноз. Маститы Этиология. Патогенез Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное. Хирургическое. Прогноз. Хронические гнойные заболевания. Трофические язвы Гнойные свищи. Пролежни. Гангрена Этиология, патогенез, клиника, лечение Лечение ран в управляемой антибактериальной среде. Методика лечения. Особенности течения раневого процесса. Лечение ран различной этиологии. Ранние реконструктивно-восстановительные операции в клинике гнойной хирургии. Хирургический сепсис. Терминология и классификация Этиология и патогенез. Первичный и вторичный гнойный очаги Сердечно-сосудистая система при сепсисе. Органы дыхания при сепсисе. Морфологические изменения при хирургическом сепсисе Клиническая картина. Дифференциальная диагностика хирургического сепсиса. Осложнения сепсиса. Септический шок Особые виды раневой инфекции. Клостридиальная инфекция. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение				4
29.	11	Антибактериальная	Анаэробная неклостридиальная инфекция.				4



		я терапия в хирургии	<p>Этиология и патогенез</p> <p>Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Хирургическое лечение.</p> <p>Антибактериальная терапия</p> <p>Гнойная хирургическая инфекция у больных с сахарным диабетом. Особенности течения хирургической инфекции. Нарушения обмена у больных сахарным диабетом на фоне хирургической инфекции. «Диабетическая стопа».</p> <p>Клиническая картина. Диагностика.</p> <p>Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных</p> <p>Активное хирургическое лечение</p> <p>Комплексная терапия</p> <p>Перитонит и остаточные гнойники брюшной полости. Перитонит</p> <p>Остаточные гнойники брюшной полости</p> <p>Классификация. Патогенез. Клиника</p> <p>Диагностика. Лечение. Антибактериальная терапия в хирургии</p> <p>Антибиотики в хирургии. Методы получения антибиотиков. Механизмы действия. Вопросы классификации</p> <p>Бета-лактамы антибиотики</p> <p>Антибактериальные средства других классов.</p> <p>Принципы дэскалационной антибактериальной терапии. Принципы комбинированной терапии.</p> <p>Понятие о резистентности микробной флоры</p> <p>Пути снижения резистентности</p> <p>Осложнения антибактериальной терапии</p> <p>Лечение осложнений. Ошибки в назначении антибактериальной терапии</p>				
<b>Итого:</b>				<b>32</b>	<b>38</b>	<b>32</b>	<b>32</b>

### Тематический план семинаров

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика семинарских занятий	Содержание семинарских занятий	Трудоемкость (час)			
				№ сем 1	№ сем 2	№ сем 3	№ сем 4
1	2	3	4	5	6	7	8
1	1	Организация хирургической помощи	<p>Организация амбулаторно-поликлинической хирургической помощи в условиях города, в поликлинике, организация специализированной помощи в поликлинике колопроктологической, сосудистой и др.</p> <p>Организация работы зав. отделением (кабинетом) в поликлинике. Система взаимодействия хирургической службы поликлиники с другими поликлиническими службами, со стационаром, станцией скорой медицинской помощи и другими учреждениями здравоохранения. Организация хирургической стационарной помощи городскому населению. Функции и структура хирургической службы городской больницы. Организация хирургической помощи сельскому населению</p> <p>Центральная районная больница – основное звено в обеспечении сельского населения квалифицированной специализированной медицинской помощью. Областная (краевая, республиканская) больница – лечебно-консультативный, научно-педагогический и организационно-методический центр</p> <p>Организация работы отделений переливания крови в лечебных учреждениях. Оказание скорой и неотложной хирургической помощи</p>	4			

			<p>населению. Состояние и пути совершенствования скорой и неотложной хирургической помощи населению. Роль станции скорой и неотложной помощи в улучшении оказания неотложной хирургической помощи. Организация скорой и неотложной хирургической помощи в городах, в условиях сельской местности.</p> <p>Система взаимодействия и преемственности скорой и неотложной хирургической помощи, больничных и внебольничных учреждений.</p> <p>Закон РФ «Об обязательном медицинском страховании» и механизмы его реализации. Обязательное медицинское страхование. Добровольное медицинское страхование</p>			
2	2	Клиническая и топографическая анатомия и оперативная хирургия	<p>Клиническая и топографическая анатомия головы и шеи</p> <p>Мозговой отдел головы, костная основа и мягкие ткани. Оболочки головного мозга.</p> <p>Кровоснабжение головного мозга</p> <p>Щитовидная и паращитовидные железы</p> <p>Клиническая, топографическая анатомия и оперативная хирургия груди</p> <p>Грудная полость: легкие и органы средостения. Перикард, сердце, крупные сосуды. Плевра и легкие. Трахея и бронхи. Артерии, вены и нервы. Пункция и дренирование плевры и перикарда.</p> <p>Резекция легкого. Операции на пищеводе</p> <p>Клиническая, топографическая анатомия и оперативная хирургия живота. Свободные пространства (поддиафрагмальные, сальниковая сумка, подпеченочное, преджелудочная щель).</p> <p>Внутренние органы: желудок, двенадцатиперстная кишка, тонкая кишка, толстая кишка, червеобразный отросток, печень и желчные протоки, селезенка, поджелудочная железа.</p> <p>Кровоснабжение органов брюшной полости и венозный отток. Лимфатическая система. Пути лимфоотока и метастазирования</p> <p>Иннервация органов брюшной полости</p> <p>Пути распространения воспалительных процессов. Забрюшинное пространство</p> <p>Органы забрюшинного пространства</p> <p>Фасции и клетчаточные пространства</p> <p>Пути распространения воспалительных процессов и злокачественных опухолей</p> <p>Оперативная хирургия. Оперативные доступы к органам полости живота</p> <p>Операции при грыжах. Паховых и бедренных грыжах. Виды резекции желудка. Пункция и шов печени.</p> <p>Операции на поджелудочной железе</p> <p>Резекция тонкой и толстой кишки</p> <p>Операции на почке и мочеточника</p> <p>Клиническая, топографическая анатомия и хирургия таза и промежности.</p>	6		
3	3	Методы исследования в хирургии	<p>Первичный осмотр и физикальные методы исследования в хирургии</p> <p>Лабораторные методы исследования</p> <p>Инструментальные методы исследования: неинвазивные и инвазивные.</p>	8		
4	4	Обезболивание и интенсивная	<p>Общая анестезиология</p> <p>Виды, способы и методы анестезии</p>	6		

		терапия в хирургии	<p>Поверхностное местное обезболивание кожи и слизистых оболочек. Местное инфильтрационное обезболивание</p> <p>Блокада нервных стволов, сплетений и узлов.</p> <p>Перидуральная анестезия</p> <p>Спинно-мозговая анестезия. Подготовка больного к общей анестезии. Клинико-физиологическая оценка общего состояния больного</p> <p>Определение степени риска операции.</p> <p>Диагностика и помощь при острой сердечно-сосудистой недостаточности, вопросы реаниматологии. Общая реаниматология. Приемы и методы поддержания и восстановления жизненных функций организма.</p> <p>Особенности реанимационной помощи в сельских условиях.</p> <p>Интенсивная терапия и трансфузиология.</p>				
5.	5	Заболевания легких и плевры	<p>Заболевания легких и плевры</p> <p>Нагноительные заболевания легких и плевры.</p> <p>Абсцесс и гангрена легкого</p> <p>Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика Дифференциальная диагностика Показания к оперативному лечению</p> <p>Предоперационная подготовка</p> <p>Виды хирургического лечения</p> <p>Выбор обезболивания</p> <p>Операционные доступы</p> <p>Методы и объем операций</p> <p>Осложнения во время операций их профилактика и лечение</p> <p>Послеоперационная терапия</p> <p>Ведение плевральной полости после операций</p> <p>Послеоперационные ближайшие осложнения, их профилактика и лечение. Противопоказания к хирургическому лечению</p> <p>Предоперационная подготовка</p> <p>Методы обезболивания</p> <p>Хирургические доступы</p> <p>Виды операций при бронхоэктатической болезни</p> <p>Пункционная биопсия (трансторакальная и трансbronхиальная)</p> <p>Прескаленная биопсия. Цитологические исследования мокроты.</p> <p>Пневмомедиастинография</p> <p>Изменение функций внешнего дыхания</p>	4			
6.	5	Заболевания средостения	<p>Заболевания средостения. Медиастинит.</p> <p>Этиология.</p> <p>Классификация. Клиника</p> <p>Методы диагностика</p> <p>Дифференциальная диагностика</p> <p>Методы консервативного лечения</p> <p>Показания к хирургическому лечению</p> <p>Виды операций</p> <p>Методы дренирования средостения</p> <p>Внеплевральные. Чрезплевральные</p> <p>Проточное промывание, лаваж</p> <p>Ближайшие результаты консервативного лечения</p> <p>Доброкачественные и злокачественные опухоли средостения</p> <p>Классификация. Диагностика</p> <p>Пневмомедиастинография</p> <p>Другие методы рентгенологического и инструментального исследования при опухолях средостения</p> <p>Показания к операций</p> <p>Оперативные доступы при опухолях средостения</p> <p>Показания к консервативным методам лечения при опухолях (химиотерапия, лучевая терапия)</p> <p>Миастения как хирургическая проблема Клиника миастений</p>	4			

			<p>Дифференциальная диагностика  Консервативное лечение  Миастенический и холинэргический кризы.  Хирургическое лечение миастении.  Послеоперационное ведение, его особенности  Ближайшие и отдаленные результаты  Осложнения при операциях на средостении.  Профилактика осложнений и их лечение.</p>			
7.	5	Заболевания пищевода	<p>Заболевания пищевода. Эзофагиты  Классификация. Этиология. Диагностика.  Лечение. Консервативное. Оперативное  Кардиоспазм. Ахалазия кардии  Этиология. Патогенез  Дифференциальная диагностика ахалазии. С кардиоспазмом  С раком пищевода с переходом на кардию.  Лечение кардиоспазма  Медикаментозное. Кардиодилатация  Показания к операции Виды операций  Осложнения после операций. Рецидивы  Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы  Классификация грыж  Методы диагностики, их особенности  Клиника, сочетание с холециститом и дискинезией желчных протоков, с пилороспазмом Дифференциальная диагностика  С холециститом  С дискинезией желчных протоков  С пилороспазмом Со стенокардией  Лечение Консервативное, хирургическое  Травма пищевода  Виды травм, классификация  Медиастинит после травмы пищевода  Гастростома, ее виды  Назогастральный зонд  Химические ожоги пищевода  Особенности ожогов кислотой и щелочью  Первая помощь при ожогах  Бужирование пищевода  Показания к созданию искусственного пищевода  Виды пластика пищевода  Кожные вставки при пластике пищевода  Создание пищевода из тонкой кишки  Создание пищевода из левой половины ободочной кишки  Создание пищевода из правой половины оболочной кишки  Создание пищевода из большой кривизны желудка  Показания к подкожному, загрудинному внутриплевральному проведению пищевода</p>	4		
8.	5	Травма грудной клетки	<p>Травма грудной клетки  Повреждения грудной клетки  Механизм повреждения грудной клетки  Классификация. Виды пневмотораксов  Закрытый. Открытый. Клапанный  Напряженный Плевропульмональный шок.  Этиология. Профилактика шока  Лечение шока. Эмфизема средостения  Травматическая асфиксия. Гемоторакс (гемопневмоторакс). Механизм возникновения  Вида гемоторакса  Значение ранних пункций и введения антибиотиков в лечении гемоторакса  Ранения и разрывы легких. Травматические пневмонии, их профилактика. Лечение травматической пневмонии. Открытые повреждения грудной клетки. Классификация открытых повреждений. Диагностика повреждений. Повреждения сердца при проникающем ранении. Клиника</p>	4		

			<p>Диагностика. Лечение. Хирургические доступы при ранении легкого</p> <p>Хирургические доступы при ранении сердца.</p> <p>Методика ушивания раны сердца</p> <p>Огнестрельные ранения легких</p> <p>Инородные тела легких. Травматические каверны. Клиника. Показания к хирургическому лечению. Осложнения открытых повреждений грудной клетки</p> <p>Закрытые повреждения грудной клетки</p> <p>Классификация закрытых повреждений грудной клетки. Клиника и диагностика ушибов мягких тканей. Клиника и диагностика при переломах ребер</p> <p>Синдром с давления грудной клетки</p> <p>Множественные переломы ребер</p> <p>Оскольчатые переломы ребер. Переломы грудины. Методы лечения при множественных переломах ребер и грудины. Сочетанные повреждения грудной брюшной полостей. Сочетанные повреждения грудной клетки и других органов. Клиника. Методы диагностики</p>				
9.	6	Хирургические заболевания желудка	<p>Хирургические заболевания желудка</p> <p>Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Ювенильные язвы. Методы диагностики. Лабораторные</p> <p>Эндоскопические. Осложнения язвенной болезни. Перфорация. Кровотечение</p> <p>Стенозирование. Пенетрация. Малигнизация. Внутренние фистулы</p> <p>Атипичные формы осложнений</p> <p>Методы остановки гастродуоденальных кровотечений. Консервативные методы лечения язвенной болезни. Эндоскопические методы лечения язвенной болезни. Хирургические методы лечения язвенной болезни. Показания и обоснования к хирургическим методам лечения язвенной болезни. Предоперационная подготовка. Методы резекции желудка. Виды ваготомий и дренирующих операций. Хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях. Хирургическая тактика при перфоративных язвах желудка и 12- перстной кишки. Особенности послеоперационного ведения больных</p> <p>Послеоперационные осложнения. Диагностика и лечение. Ранние осложнения после операций на желудке</p> <p>Несостоятельность швов культи 12- перстной кишки. Несостоятельность швов анастомоза. Кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта</p> <p>Кровотечения в брюшную полость</p> <p>Анастомозиты. Прочие осложнения</p> <p>Поздние осложнения после операций на желудке. Демпинг-синдром</p> <p>Синдром приводящей петли</p> <p>Пептические язвы. Прочие осложнения</p> <p>Амбулаторное ведение больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и 12- перстной кишки</p> <p>Гастродуоденальные кровотечения неязвенной этиологии;</p> <p>Послеоперационные осложнения</p> <p>Предоперационная подготовка. Радикальные операции. Паллиативные операции. Комбинированные методы лечения. Послеоперационное ведение больных. Осложнения после операций (см. осложнения после резекции желудка при язвенной болезни)</p> <p>Другие заболевания желудка</p>		6		

10.	6	Хирургические заболевания кишечника и брыжейки	<p>Хирургические заболевания кишечника и брыжейки. Язвы тонкой кишки (неспецифические язвы, специфические язвы). Клиника. Диагностика</p> <p>Дивертикулы 12- перстной и тонкой кишок. Принципы хирургического лечения. Опухоли тонкой кишки</p> <p>Злокачественные опухоли 12- перстной кишки (рак, саркомы, злокачественные лимфомы и др.) Добракачественные опухоли 12- перстной кишки Новообразования тонкой кишки</p> <p>Патоморфология. Клиника</p> <p>Методы диагностики. Лечение (хирургическое, комбинированные методы лечения). Опухоли и кисты брыжейки. Эпидемиология новообразований брыжейки тонкой кишки. Предрасполагающие факторы и непосредственные причины</p> <p>Патоморфологические и патофизиологические изменения при кишечной непроходимости</p> <p>Клиника острой кишечной непроходимости. Методы диагностика</p> <p>Общие принципы лечения. Показания к оперативному лечению Предоперационная подготовка</p> <p>Дренаживание кишечника, показания, выбор метода. Лечение больных в послеоперационном периоде. Тонкокишечная непроходимость</p> <p>Странгуляционная непроходимость</p> <p>Заворот. Инвагинация. Узлообразование</p> <p>Обтурационная непроходимость</p> <p>Спаечная непроходимость</p> <p>Ранняя послеоперационная механическая кишечная непроходимость</p> <p>Толстокишечная непроходимость</p> <p>Обтурационная непроходимость раковой этиологии. Непроходимость толстой кишки при каловом завале</p> <p>Непроходимость толстой кишки, вызванная редкими причинами</p>	6		
11.	6	Хирургические заболевания печени и желчных протоков	<p>Хирургические заболевания печени, желчных протоков. Функциональное состояние печени при хирургической патологии. Добракачественные и злокачественные опухоли печени</p> <p>Методы диагностика. Лучевые: рентген, УЗИ, КТ, МРТ. Определение функциональной и анатомической операбельности при злокачественных опухолях печени. Особенности диагностики первичной и вторичной (метастатической) злокачественной опухоли печени. Хирургическое лечение опухолей печени. Непаразитарные кисты печени. Методы оперативного лечения</p> <p>Паразитарные заболевания печени</p> <p>Эхинококкоз печени (гидатидозный)</p> <p>Альвеококкоз печени. Абсцессы печени</p> <p>Циррозы печени и портальная гипертензия. Классификация цирроза печени. Классификация портальной гипертензии. Методы диагностика портальной гипертензии. Радиоизотопные исследования печени и селезенка. Рентгеноконтрастные и манометрические исследования кровообращения печени при портальной гипертензии. Эндоскопические и морфологические методы. Хирургические методы лечения осложнений цирроза печени и портальной гипертензии</p> <p>Тактика хирурга при остром кровотечении из варикозных вен пищевода и желудка Установка обтурирующего зонда-баллона при кровотечении</p>	6		

			<p>из варикозных вен пищевода, желудка. Неотложные операции при портальной гипертензии</p> <p>Лечение острой печеночной недостаточности при портальной гипертензии. Непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения цирроза печени и портальной гипертензии.</p> <p>Хирургические заболевания желчных протоков. Желчнокаменная болезнь</p> <p>Показания к хирургическому лечению</p> <p>Методы хирургического лечения</p> <p>Осложнения желчекаменной болезни</p> <p>Механическая желтуха. Клиника механической желтухи. Осложнения механической желтухи. Особенности предоперационной подготовки больных механической желтухой</p> <p>Эндоскопические методы лечения.</p> <p>Миниинвазивные технологии. Хирургические методы лечения</p> <p>Показания к холедохотомии и техника ее выполнения. Выбор метода завершения холедохотомии. Показания и техника операций на большом дуоденальном сосочке. Осложнения во время операций на желчных протоках. Послеоперационные осложнения (ранние и поздние). Особенности ведения больных с наружным дренированием желчных протоков.</p> <p>Острый холецистит</p> <p>Осложнения острого холецистита</p> <p>Тактика хирурга при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста</p> <p>Консервативное лечение</p> <p>Предоперационная подготовка</p> <p>Выбор метода оперативного вмешательства при остром холецистите</p> <p>Опасности и осложнения во время операции</p> <p>Послеоперационный период</p> <p>Осложнения послеоперационного периода</p> <p>Особенности тактика хирурга при ферментативных холециститах</p> <p>Операции при стриктурах внепеченочных желчных протоков</p> <p>Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения</p> <p>постхолецистэктомического синдрома.</p> <p>Хирургия повреждений внепеченочных желчных протоков</p> <p>Причины травмы внепеченочных желчных протоков</p> <p>При операции на желчных протоках и печени</p> <p>При операциях на органах желудочно-кишечного тракта</p> <p>Диагностика повреждений желчных протоков в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, тактика хирурга</p>			
12.	6	Хирургические заболевания селезенки	<p>Хирургические заболевания селезенки</p> <p>Заболевания кроветворной системы, требующие спленэктомии</p> <p>Доброкачественные опухоли селезенки</p> <p>Злокачественные опухоли селезенки</p> <p>Непаразитарные кисты селезенки</p> <p>Паразитарные кисты селезенки</p> <p>Тактика хирурга при случайном повреждении селезенки при операциях на соседних органах</p> <p>Спленэктомия</p> <p>Особенности спленэктомии при увеличенной селезенке, перисплените</p> <p>Ближайшие и отдаленные результаты спленэктомии.</p>		5	
13.	6	Хирургические	<p>Острый панкреатит. Эпидемиология</p> <p>Этиология. Патогенез. Патоморфология</p>		5	

		заболевания поджелудочной железы	<p>Классификация. Клиника. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Консервативные методы лечения. Показания к хирургическому лечению. Предоперационная подготовка</p> <p>Хирургическое лечение</p> <p>Оперативные доступы к поджелудочной железе. Показания к радикальным операциям. Послеоперационное ведение больных</p> <p>Осложнения острого панкреатита. Забрюшинная флегмона</p> <p>Внутренние свищи. Наружные свищи</p> <p>Дифференциальная диагностика осложнений острого панкреатита</p> <p>Хронический панкреатит</p> <p>Кальцинозный и калькулезный хронический панкреатит</p> <p>Псевдотуморозный панкреатит</p> <p>Склерозирующий панкреатит</p> <p>Лечение хронического панкреатита</p> <p>Консервативная терапия. Хирургическое лечение. Операции на желчных протоках</p> <p>Операции на поджелудочной железе</p> <p>Операции на притоках поджелудочной железы. Операции на желудочно-кишечном тракте. Осложнения хирургического лечения хронического панкреатита. Опухоли поджелудочной железы. Рак поджелудочной железы</p> <p>Клиника. Хирургические методы лечения. Послеоперационное ведение</p> <p>Кисты поджелудочной железы</p> <p>Хирургическое лечение</p>			
14.	6	Грыжи	<p>Общее учение о грыжах. Классификация</p> <p>Эпидемиология. Этиология</p> <p>Составные части грыжи</p> <p>Хирургическое лечение</p> <p>Послеоперационный период. Осложнения</p> <p>Невправимая грыжа. Ущемленная грыжа</p> <p>Механизм ущемления. Особенности оперативного вмешательства. Диафрагмальные грыжи</p> <p>Травматические диафрагмальные грыжи</p> <p>Клинические формы. Нетравматическая диафрагмальная грыжа</p> <p>Грыжи пищевого отверстия</p> <p>Грыжи треугольника Бохдалека</p> <p>Позадигрудные диафрагмальные грыжи</p> <p>Прямая паховая грыжа. Анатомические особенности. Клинические проявления</p> <p>Диагностика. Лечение хирургическое</p> <p>Послеоперационные осложнения</p> <p>Лечение послеоперационных осложнений</p> <p>Косые паховые грыжи. Параингинальные (околопаховые) грыжи. Осложнения паховых грыж. Послеоперационные грыжи.</p> <p>Профилактика и лечение послеоперационных осложнений</p> <p>Пупочная грыжа. Грыжа белой линии живота. Внутривентральные внутренние грыжи (брыжечно-пристеночные, грыжи Винслова отверстия или сальникового отверстия, брыжейки поперечно-ободочной кишки или сальниковой сумки, брыжейки тонкой кишки, сигмовидной кишки, червеобразного отростка и сальника, серповидной связки печени, дугласова пространства, перепончато-сальниковые)</p> <p>Предбрюшинные внутренние грыжи в области тазовой брюшины</p> <p>Хирургическое лечение</p>		5	



15.	6	Инородные тела желудочно-кишечного тракта Травма живота	Инородные тела желудочно-кишечного тракта Хирургия инородных тел Диагностика Осложнения, вызываемые инородными телами желудочно-кишечного тракта Лечение Общие сведения. Эпидемиология Классификация. Зависимость травмы от ранящего предмета. Сочетанная травма Живота и опорно-двигательного аппарата. Ранения стенки живота. Травма паренхиматозных органов Особенности диффузных разрывов паренхиматозных органов. Двухфазные разрывы паренхиматозных органов Травмы полых органов. Особенности двухфазных разрывов полых органов Особенности клинки операционной ревизии брюшной полости и хирургической тактика при травмах забрюшинно расположенных отделов половых органов. Изолированные ранения органов брюшной полости Особенности тактики. Забрюшинные гематомы. Диагностика. Особенности тактики. Лечение		5	
16.	7	Основы колопроктологии	Злокачественные опухоли толстой кишки. Рак прямой кишки. Клиника Диагностика. Осложнения. Кишечная непроходимость. Кровотечение. Абсцедирование. Хирургическое лечение осложненного рака прямой кишки Радикальные операции. Паллиативные и циторедуктивные операции. Рак ободочной кишки. Клиника. Диагностика Осложнения. Кишечная непроходимость Кровотечение. Перфорация. Местное распространение. Хирургическое лечение осложненного рака ободочной кишки		6	
17.	8	Хирургические заболевания щитовидной железы	Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. Тиреотоксикоз Этиология. Патогенез. Клиника Диагностика и ее методы. Характерные изменения крови и мочи. Интерпретация лучевых методов исследования органов шеи и грудной клетки. Оценка радиоизотопных методов исследования Оценка результатов биопсии Лечение. Консервативное. Радиоизотопное. Хирургическое Типы операций и показания к их выполнению. Осложнения. Эндемический зоб. Узловой зоб Этиология. Патогенез. Клиника Диагностика. Показания к операции Обезболивание. Типы операций Осложнения. Хронические тиреоидиты Аутоиммунный тиреоидит Хашимото Тиреоидит Риделя. Рак щитовидной железы. Пред раковые заболевания Классификация рака. Особенности метастазирования. Клиника Современные методы исследования Выбор метода и объема операции Комбинированное лечение, хирургическое, радиоизотопное, рентгенотерапия, гормональное		3	
18.	8	Хирургические заболевания паращитовидных желез	Гиперпаратиреоз. Этиология Патогенез. Клиника. Диагностика Дифференциальная диагностика Оперативное лечение. Ведение послеоперационного периода Отдаленные результаты лечения.		3	
19.	8	Хирургические	Сахарный диабет. Этиология Патогенез. Клиника. Методы исследования.		3	

		заболевания инсулярного аппарата поджелудочной железы	Поражение внутренних органов и сосудов. Осложнения. Сахарный диабет и хирургические заболевания Предоперационная подготовка Выбор обезболивания. Особенности ведения послеоперационного периода. Осложнения, их лечение Инсулома. Клиника. Методы исследования. Оперативное лечение Ведение послеоперационного периода. Результаты лечения. Ульцерогенная аденома. Патогенез Клиника синдрома Золлингера–Эллисона. Диагностика. Лечение Ведение послеоперационного периода.			
20.	8	Хирургические заболевания заболеваний надпочечников	Опухоль мозгового слоя надпочечника Морфология. Клиника. Диагностика Предоперационная подготовка; Оперативное лечение. Ведение операционного и послеоперационного периода. Результаты лечения. МСЭ Опухоли коркового слоя надпочечников Морфология коркового слоя. Гормоны коры и их биологическое действие Клиника гормонально активных опухолей. Комплекс диагностических методов. Особенности ведения предоперационного периода. Оперативное лечение. Гормонотерапия в послеоперационном периоде. Аддисонова болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Оценка исследований крови, мочи Значение данных измерения артериального давления Современное гормональное лечение Особенности предоперационного, операционного и послеоперационного ведения.			3
21.	9	Заболевания вен. Профилактика ВТО в хирургической практике	Заболевания венозной системы Хроническая венозная недостаточность Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика клиническая, ультразвуковая. Лечение. Консервативное. Склеротерапия Хирургическое. Реабилитация. ЛФК Диспансеризация. Реабилитация. ЛФК Основные тромботические и воспалительные поражения системы нижней полой вены. Классификация Патоморфологические нарушения регионарной и общей гемодинамики Диагностика. Клиническая. Рентгенологическая. Функциональная Лечение. Консервативное. Хирургическое. Флебит, тромбофлебит Посттромбофлебитический синдром Этиология. Патогенез. Диагностика Клиническая. Ультразвуковая. Лучевая Функциональная. Лечение. Консервативное. Хирургическое Экспертиза трудоспособности Острый тромбоз системы верхней полой вены. Этиология. Патогенез и патофизиология нарушений гемодинамики. Классификация Диагностика. Клиническая Лучевая Магнитно-резонансная томография Функциональная. Лечение Принципы консервативной терапии Хирургическое лечение Показания Реконструктивные сосудистые операции Паллиативные операции			4
22.	9	Заболевания артерий	Облитерирующий тромбангиит. Этиология Патогенез. Классификация. Клиника Диагностика (ультразвуковая,			4

			<p>рентгеноагиография). Лечение. Консервативное. Хирургическое (паллиативные и реконструктивное операции). Показания и противопоказания</p> <p>Хирургическая тактика. Облитерирующий атеросклероз. Этиология. Патогенез</p> <p>Клиника. Диагностика (ультразвуковые методы). Лечение. Консервативное. Реабилитация. ЛФК</p> <p>Хирургическое. Показания и противопоказания</p> <p>Артерио-венозные аневризмы. Классификация. Этиология. Патогенез</p> <p>Клиника. Диагностика (ультразвуковая, контрастная ангиография). Эмболия и острые тромбозы артерий конечностей</p> <p>Терминология. Этиология и патогенез острой ишемии. Степени острой ишемии</p> <p>Клиника острой ишемии. Диагностика</p> <p>Клиническая. Ангиография.</p> <p>Рентгеноконтрастная ангиография</p> <p>Дифференциальная диагностика</p> <p>Показания и противопоказания к операциям на артериях конечности</p> <p>Принципы консервативного лечения</p> <p>Виды операций. Показания к ампутациям</p> <p>Ведение послеоперационного периода, осложнения. стрые нарушения мезентериального кровообращения</p> <p>Этиология. Патогенез. Клиника</p> <p>Диагностика. Лечение. Тромбоземболия легочной артерии. Этиология. Патогенез</p> <p>Патоморфология расстройств гемодинамики. Формы клинического течения. Диагностика (эхокардиография, ангиопульмонография).</p> <p>Профилактика</p> <p>Лечение. Консервативное. Хирургическое</p>			
23.	9	Повреждения кровеносных сосудов	<p>Повреждения кровеносных сосудов</p> <p>Виды сосудистой травмы. Диагностика</p> <p>Клиническая. Рентгеноконтрастное исследование (артериография, венография). Функциональная диагностика. Общие принципы лечения поврежденных кровеносных сосудов</p> <p>Способы временной остановки кровотечения. Лечение геморрагического шока. Хирургические доступы к магистральным артериям и венам (шеи, груди, верхней конечности, таза, нижней конечности). Показания к перевязки сосудов.</p> <p>Определение показаний к восстановлению проходимости сосудов</p> <p>Восстановление проходимости сосудов</p> <p>Циркулярный сосудистый шов</p> <p>Боковой сосудистый шов. Восстановление проходимости артерии за счет боковой ее ветви.</p> <p>Трансплантация и протезирование сосудов.</p> <p>Шунтирование сосудов</p> <p>Осложнения во время операции и в послеоперационном периоде</p> <p>Послеоперационное ведение</p> <p>Экспертиза трудоспособности</p>			4
24.	9	Заболевания лимфатической системы конечностей	<p>Заболевания лимфатической системы конечностей. Лимфедема. Этиология</p> <p>Патогенез. Клиника. Диагностика</p> <p>Лечение. Консервативное. Хирургическое</p> <p>Диспансеризация больных. Лимфангоит</p> <p>Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.</p> <p>Лечение. Профилактика</p> <p>Лимфаденит. Этиология. Патогенез</p> <p>Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика</p>			4
25	10	Неотложная хирургическая помощь у детей	<p>Физикальные методы исследования в детской хирургии. Осмотр, аускультация, пальпация и перкуссия при обследовании ребенка с хирургической патологией. Особенности у</p>			4

			<p>новорожденных детей. Ректальное пальцевое исследование. Оценка полученных данных. Интраскопические методы исследования. Рентгенологические методы исследования. Обзорная рентгенография органов грудной полости. Трактовка рентгенологической картины. Обзорная рентгенография органов брюшной полости и забрюшинного пространства Трактовка полученных данных</p> <p>Информативность, последовательность и сочетанность специальных методов исследования в детской хирургии</p> <p>Заболевания органов грудной полости</p> <p>Заболевания органов брюшной полости</p> <p>Заболевания органов забрюшинного пространства и малого таза. Костная система. Закрытые и открытые повреждения грудной клетки у детей</p> <p>Виды пневмоторакса. Механизм возникновения. Виды гемоторакса</p> <p>Ранения и разрывы легкого. Травматические пневмонии. Лечение травматической пневмонии. Повреждения сердца при проникающем ранении. Клиника повреждения сердца и крупных сосудов. Диагностика. Лечение поврежденный сердца. Травма органов брюшной полости. Классификация повреждений органов брюшной полости</p> <p>Значение специальных методов обследования. Рентгенологический. Лапароцентез. Лапароскопия. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Клинические проявления. Методы лечения.</p>				
26.	<b>11</b>	Учение о ранах. Патогенез раневого процесса. Фазы раневого процесса.	<p>Учение о ранах. Патогенез раневого процесса. Микробиология ран. Микробиологические аспекты раневой инфекции. «Чистые операционные раны»</p> <p>Гнойные операционные раны</p> <p>Характеристика основных видов возбудителей раневой инфекции</p> <p>Комплексное бактериологическое исследование гнойных ран. Микробиологические аспекты анаэробной неклостридиальной инфекции. Иммунология раневой инфекции. Общая характеристика факторов защиты. Фазы раневого процесса. Классификация ран</p> <p>Классификация раневого процесса</p> <p>Виды заживления раны. Заживление первичным натяжением. Заживление вторичным натяжением. Заживление под струпом. Объективные критерии оценки течения раневого процесса. Клиническая характеристика. Основные принципы активной хирургической тактики</p>				4
27.	<b>11</b>	Техника хирургической обработки гнойного очага. Основные принципы активной хирургической тактики. Анаэробная неклостридиальная инфекция.	<p>Техника хирургической обработки гнойного очага. Способы совершенствования хирургической обработки гнойного очага</p> <p>Местная лекарственная терапия Хирургическая обработка ран</p> <p>Терминология и основные понятия</p> <p>Первичная хирургическая обработка</p> <p>Вторичная хирургическая обработка</p>				4
28.	<b>11</b>	Острые гнойные заболевания кожи,	<p>Рожистое воспаление. Фурункул. Параколит. Псоиты. Флегмона таза</p>				4

		подкожной клетчатки, забрюшинного пространства.	<p>Гнойные заболевания кисти. Панариций Классификация. Этиология. Патогенез Клиника. Лечение. Осложнения Флегмона кисти. Остеомиелиты Классификация. Этиология. Патогенез Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика Лечение. Осложнения. Профилактика Прогноз. Маститы Этиология. Патогенез Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное. Хирургическое. Прогноз. Хронические гнойные заболевания. Трофические язвы Гнойные свищи. Пролежни. Гангрена Этиология, патогенез, клиника, лечение Лечение ран в управляемой антибактериальной среде. Методика лечения. Особенности течения раневого процесса. Лечение ран различной этиологии. Ранние реконструктивно-восстановительные операции в клинике гнойной хирургии. Хирургический сепсис. Терминология и классификация Этиология и патогенез. Первичный и вторичный гнойный очаги Сердечно-сосудистая система при сепсисе. Органы дыхания при сепсисе. Морфологические изменения при хирургическом сепсисе Клиническая картина. Дифференциальная диагностика хирургического сепсиса. Осложнения сепсиса. Септический шок Особые виды раневой инфекции. Клостридиальная инфекция. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение</p>				
29.	11	Антибактериальная терапия в хирургии	<p>Анаэробная неклостридиальная инфекция. Этиология и патогенез Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Хирургическое лечение. Антибактериальная терапия Гнойная хирургическая инфекция у больных с сахарным диабетом. Особенности течения хирургической инфекции. Нарушения обмена у больных сахарным диабетом на фоне хирургической инфекции. «Диабетическая стопа». Клиническая картина. Диагностика. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных Активное хирургическое лечение Комплексная терапия Перитонит и остаточные гнойники брюшной полости. Перитонит Остаточные гнойники брюшной полости Классификация. Патогенез. Клиника Диагностика. Лечение. Антибактериальная терапия в хирургии Антибиотики в хирургии. Методы получения антибиотиков. Механизмы действия. Вопросы классификации Бета-лактамы антибиотики Антибактериальные средства других классов. Принципы дэскалационной антибактериальной терапии. Принципы комбинированной терапии. Понятие о резистентности микробной флоры Пути снижения резистентности Осложнения антибактериальной терапии Лечение осложнений. Ошибки в назначении антибактериальной терапии</p>				4
<b>Итого:</b>				<b>32</b>	<b>36</b>	<b>32</b>	<b>32</b>

### 3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	1	Организация хирургической помощи	Подготовка к занятиям Отработка практических навыков Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	20
2		Клиническая и топографическая анатомия и оперативная хирургия	Подготовка к занятиям Отработка практических навыков Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	20
3		Методы исследования в хирургии	Подготовка к занятиям Отработка практических навыков Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	40
4		Обезболивание и интенсивная терапия в хирургии	Подготовка к занятиям Отработка практических навыков Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	16
5		Торакальная хирургия	Подготовка к занятиям Отработка практических навыков Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	48
Итого часов в семестре:				144
1	2	Хирургия органов брюшной полости	Подготовка к занятиям Отработка практических навыков Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	168
Итого часов в семестре:				168
1	3	Хирургия органов брюшной полости	Подготовка к занятиям Отработка практических навыков Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	64
2		Основы колопроктологии	Подготовка к занятиям Отработка практических навыков Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	20
3		Хирургия эндокринной системы	Подготовка к занятиям Отработка практических навыков Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	40
4		Заболевания и повреждения сосудов	Подготовка к занятиям Отработка практических навыков Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	20
Итого часов в семестре:				144
1	4	Заболевания и повреждения сосудов	Подготовка к занятиям Отработка практических навыков Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	52
2		Неотложная хирургическая помощь у детей	Подготовка к занятиям Отработка практических навыков Подготовка к текущему контролю и	16

			промежуточной аттестации	
3		Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)	Подготовка к занятиям Отработка практических навыков Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	76
Итого часов в семестре:				144
<b>Всего часов на самостоятельную работу:</b>				<b>600</b>

### 3.7. Лабораторный практикум

Лабораторный практикум учебным планом не предусмотрен

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

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

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

**4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю):** рабочие тетради, практикумы, сборники тестовых заданий, ситуационных задач, разработанные на кафедре; методические рекомендации по выполнению хирургических манипуляций; методические указания по изучению дисциплины.

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

#### 4.2.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.-2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.-2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.-2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

#### 4.2.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352	2	+

			с		
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР- Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР- Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР- Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР- Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР- Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР- Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР- Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР- Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР- Медиа", 2018. - 416 с		+



#### **4.2.3. Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем дисциплины:**

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
2. Приказ № 21ОН от 23.04.2009 «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 декабря 2010 г. N 1182н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным хирургическими заболеваниями»
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13 апреля 2011 г. N 317н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях и травмах нервной системы нейрохирургического профиля»
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 ноября 2010 г. N 1007н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям при хирургических заболеваниях»
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 октября 2009 г. N 808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи»
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2009 г. N 944н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях»
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 8 декабря 2009 г. N 966н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями»
9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 декабря 2009 г. N 991н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком»
10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 апреля 2010 г. N 206н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля»
11. Приказ МЗ и СР РФ от 07 июля 2009 г. N 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения»;
12. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 августа 2009 г. N 581н «О внесении изменений в порядок совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников»;
13. Письмо МЗ и СР РФ от 17 июня 2010 г. N 16-3/10/2-5048 «Об итоговой аттестации врачей-интернов».
14. Трудовой кодекс РФ 2012г.
15. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630 – 10
16. Приказ минздравсоцразвития № 397 от 16.05.2011 Об утверждении специальных требований к условиям хранения наркотических средств и психотропных веществ
17. Приказ № 170 от 16.08.1994 О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.
18. ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РФ ОТ 09.06.2003 N 233 ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ОТРАСЛЕВОГО СТАНДАРТА "ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ИНЫХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ"

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

1. Консультант студента;
2. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека

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

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение

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. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 15.08.2019 до 22.08.2020 г., номер лицензии 280E-190815-062320-550-1683.
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:

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

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

помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, гастродуоденоскоп, дуоденоскоп (с боковой оптикой), колоноскоп (педиатрический), фибробронхоскоп (педиатрический), источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, установка для мойки эндоскопов, ультразвуковой очиститель, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс, видеодуоденоскоп, видеогастроскоп, эндоскопический отсасыватель, энтероскоп, низкоэнергетическая лазерная установка, электрохирургический блок, видеогастроскоп операционный, видеогастроскоп педиатрический, видеоколоноскоп операционный, видеоколоноскоп педиатрический, видеоколоноскоп диагностический, аргоно-плазменный коагулятор, набор для эндоскопической резекции слизистой, баллонный дилататор) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

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

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

Перевязочная - КОГБУЗ «СГКБСП», 3 этаж

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Основное учебное время выделяется на изучение: организации хирургической помощи, клиническую и топографическую анатомию и оперативную хирургию, методов исследования в хирургии, обезболивание и интенсивной терапии в хирургии, торакальной хирургия, хирургии органов брюшной полости, основ колопроктологии, хирургии эндокринной системы, заболеваний

и повреждений сосудов (сердечно-сосудистая хирургия), неотложной хирургической помощи у детей, хирургической инфекции (ран и раневой инфекции).

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 методам исследования в хирургии, обезболивание и интенсивной терапии в хирургии, торакальной хирургия, хирургии органов брюшной полости, основ колопроктологии, хирургии эндокринной системы, заболеваний и повреждений сосудов (сердечно-сосудистая хирургия), неотложной хирургической помощи у детей, хирургической инфекции (ран и раневой инфекции).

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:

Организация хирургической помощи

Клиническая топографическая анатомия и оперативная хирургия

Методы исследования в хирургии

Обезболивание и интенсивная терапия в хирургии

Заболевания легких и плевры

Заболевания средостения

Заболевания пищевода

Травма грудной клетки

Хирургические заболевания желудка

Хирургические заболевания кишечника и брыжейки

Хирургические заболевания печени и желчных протоков

Хирургические заболевания селезенки

Хирургические заболевания поджелудочной железы

Грыжи

Инородные тела желудочно-кишечного тракта.

Травма живота

Основы колопроктологии

Хирургические заболевания щитовидной железы

Хирургические заболевания паращитовидных желез

Хирургические заболевания инсулярного аппарата поджелудочной железы

Хирургические заболевания заболеваний надпочечников

Учение о ранах. Патогенез раневого процесса. Фазы раневого процесса.

Техника хирургической обработки гнойного очага. Основные принципы активной хирургической тактики.

Анаэробная неклостридиальная инфекция.

Острые гнойные заболевания кожи, подкожной клетчатки, забрюшинного пространства.

Антибактериальная терапия в хирургии

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 экзамену, а также для самостоятельной работы.

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

Лекция-дискуссия - обсуждение какого-либо вопроса, проблемы, рассматривается как метод, активизирующий процесс обучения, изучения сложной темы, теоретической проблемы.

Рекомендуется использовать при изучении тем:

Заболевания вен. Профилактика ВТО в хирургической практике

Заболевания артерий

Повреждения кровеносных сосудов

Заболевания лимфатической системы конечностей

Неотложная хирургическая помощь у детей

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

### **Практические занятия:**

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области заболевания органов грудной клетки (торакальная хирургия), заболеваний сердца и сосудов (сердечно-сосудистой хирургии), заболевания органов брюшной полости, эндокринной 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 учебной дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- семинар традиционный и практикум традиционный по темам

Организация хирургической помощи

Клиническая топографическая анатомия и оперативная хирургия

Методы исследования в хирургии

Обезболивание и интенсивная терапия в хирургии

Заболевания легких и плевры

Заболевания средостения

Заболевания пищевода

Травма грудной клетки

Хирургические заболевания желудка

Хирургические заболевания кишечника и брыжейки

Хирургические заболевания печени и желчных протоков

Хирургические заболевания селезенки

Хирургические заболевания поджелудочной железы

Грыжи

Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Травма живота

Основы колопроктологии

Хирургические заболевания щитовидной железы

Хирургические заболевания паращитовидных желез

Хирургические заболевания инсулярного аппарата поджелудочной железы

Хирургические заболевания заболеваний надпочечников

Заболевания вен. Профилактика ВТО в хирургической практике

Заболевания артерий

Повреждения кровеносных сосудов

Заболевания лимфатической системы конечностей

Неотложная хирургическая помощь у детей

Учение о ранах. Патогенез раневого процесса. Фазы раневого процесса.

Техника хирургической обработки гнойного очага. Основные принципы активной хирургической тактики. Анаэробная неклостридиальная инфекция.

Острые гнойные заболевания кожи, подкожной клетчатки, брюшинного пространства.

Антибактериальная терапия в хирургии

- семинар-дискуссия по теме

Хирургические заболевания печени и желчных протоков

- учебно-ролевая игра по теме

Заболевания вен. Профилактика ВТО в хирургической практике

Заболевания артерий

### **Самостоятельная работа:**

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Хирургия» и включает подготовку к занятиям, отработку практических навыков, подготовку к текущему контролю и промежуточной аттестации.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «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. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

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

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, проверки практических умений, 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 экзамен. На экзамене 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 критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.

3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.

4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

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

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

**Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)  
«ХИРУРГИЯ»**

Специальность 31.08.67 Хирургия

**Раздел 1. Организация хирургической помощи**

**Тема 1.1: Организация хирургической помощи (семинар, практическое занятие)**

**Цель:** подготовка квалифицированного врача-хирурга, обладающего системой универсальных, профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи, хирургическим больным.

**Задачи:** сформировать знания по общим и специальным методам исследования в неотложной и плановой хирургии; по основам оказания и стандартам амбулаторной помощи; работа поликлиники; организация медицинской помощи на догоспитальном этапе при острых и неотложных состояниях в хирургии; организация помощи хирургическим больным в ЦРБ, городской больнице и Областной больнице. Оказание неотложной и плановой помощи хирургическим больным межрайонного центра. Организация амбулаторно-поликлинической хирургической помощи в условиях города Организация хирургической стационарной помощи городскому населению: организация хирургической помощи сельскому населению Современное состояние организации хирургической помощи в РФ.

**Обучающийся должен знать:** Организацию амбулаторно-поликлинической хирургической помощи в условиях города; организацию хирургической стационарной помощи городскому населению; организацию хирургической помощи сельскому населению; современное состояние организации хирургической помощи ЦРБ и межрайонного центра; областной (краевая, республиканская) больницы – лечебно-консультативный, научно-педагогический и организационно-методический центр; перспективы развития и основные тенденции в улучшении качества хирургической помощи сельскому населению; организацию специализированных видов хирургической помощи; службы крови в системе медицинской помощи населению; специализированной помощи больным с заболеваниями сосудов; организацию научно-практической работы специалистов хирургического профиля.

**Обучающийся должен уметь:** организовать оказание хирургической помощи на догоспитальном этапе; вести приём больных в поликлинике амбулатории, ЦРБ; городской больницы, организовать приём специализированной помощи в поликлинике. Оказывать первую помощь травматологическим, сосудистым, урологическим больным; больным с неотложной патологией в торакальной хирургии; уметь взаимодействовать с другими поликлиническими службами, со стационаром, станцией скорой медицинской помощи и другими учреждениями здравоохранения. Оформлять документацию поликлиники и стационара. Организовать работу отделения переливания крови в лечебных учреждениях.

**Обучающийся должен владеть:** сформированными владениями, позволяющими установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: острый аппендицит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, язвенные гастродуоденальные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; не осложненные и ущемленные грыжи живота, кишечная непроходимость различной этиологии; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит холедохолитиаз и холангит; механическая желтуха; острый и хронический панкреатит; желудочные, кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи; открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей; варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбоз и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Вопросы по теме занятия**

1. Организация работы врача хирурга в амбулатории
2. Организация хирургической помощи сельскому населению;
3. Современное состояние организации хирургической помощи ЦРБ и межрайонного центра;



4. Организация работы областной больницы;
5. Порядок оформления документации при направлении больного для оказания помощи по ВМП
6. Оформление больничного листа

**2. Практическая работа на практическом занятии.** Оказать необходимую срочную первую помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, иммобилизация конечности при переломе, остановка кровотечения, перевязка и тампонада раны, промывание желудка при отравлении, срочная трахеостомия при асфиксии). Определить необходимость применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных, эндоскопических и др.), организовать их выполнение и дать правильную интерпретацию результатов. Определить показания к госпитализации, организовать ее в соответствии с состоянием больного. Разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушений гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма больного к операции. Определить группу крови, провести пробы на совместимость и выполнить внутривенное или внутриартериальное переливание крови, выявить возможные трансфузионные реакции и осложнения и провести борьбу с ними. Обосновать наиболее целесообразную тактику операции при данной хирургической патологии и выполнить ее в необходимом объеме. Обосновать методику обезболивания. Решить вопрос о трудоспособности больного. Оформить всю необходимую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению. Составить отчет о своей работе и провести анализ ее эффективности -

## **2. Практическая работа на семинаре.**

### **Тестирование по теме занятия**

1. Отпуска по болезни или увечью больного предоставляются: Выберите правильный ответ:
  - а) Лечащим врачом
  - б) Зав отделением
  - в) Контрольно-экспертной комиссией
  - г) Бюро медико-социальной экспертизы
  - д) Каждым из перечисленных
2. Сроки временного перевода на другую работу по болезни рабочего или служащего определяют:
  - 1 Профсоюзные органы
  2. Контрольно-экспертная комиссия
  3. Заведующий отделением
  4. Бюро медико-социальной экспертизы Выберите правильный ответ по схеме:
    - а) Если правильные ответы 1, 2 и 3
    - б) Если правильный ответ 2
    - в) Если правильные ответы 1 и 2
    - г) Если правильные ответы 3 и 4
    - д) Если правильные ответы 2 и 3
3. Задачами экспертизы временной нетрудоспособности в ЛПУ являются:
  1. Определение временной утраты нетрудоспособности
  2. Рекомендации по обеспечению условий и видов труда для лиц, не имеющих группу инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в более легкой работе
  3. Выявление утраты трудоспособности и направление их в Бюро медико-социальной экспертизы
  4. Все перечисленноеВыберите правильный ответ:
  - а) Если правильные ответы 1, 2 и 3
  - б) Если правильные ответы 1 и 2
  - в) Если правильные ответы 2 и 3
  - г) Если правильный ответ 4
  - д) Если правильные ответы 3 и 4
4. Основными критериями, отличающими временную нетрудоспособность от стойкой являются:
  1. Продолжительность нетрудоспособности
  2. Благоприятный клинический прогноз
  3. Благоприятный трудовой прогноз
  4. Все перечисленноеВыберите правильный ответ:
  - а) Если правильные ответы 1, 2 и 3
  - б) Если правильные ответы 1 и 2
  - в) Если правильный ответ 3
  - г) Если правильный ответ 4
  - д) Если правильные ответы 3 и 4
5. Листок нетрудоспособности при хронических заболеваниях выдается: Выберите правильный ответ:
  - а) В случае выраженного обострения
  - б) При нарушении функции больного органа
  - в) При общем тяжелом состоянии больного
  - г) Ни в одном из перечисленных случаев

- д) В любом из перечисленных случаев
6. Полная потеря временной нетрудоспособности характеризуется:
1. Нарушением функции больного органа, когда затруднено выполнение прежней работы
  2. Полной утраты функции поврежденного органа в результате травмы, когда противопоказано выполнение прежней работы
  3. Всем перечисленным
  4. Временной утраты функции поврежденного органа Выберите правильный ответ:
    - а) Если правильные ответы и 2
    - б) Если правильный ответ 2
    - в) Если правильный ответ 3
    - г) Если правильные ответы 3 и 4
    - д) Если правильные ответы 2 и 3
  7. Право на получение листка нетрудоспособности при временной утрате трудоспособности имеют:
    - а) Все трудящиеся
    - б) Только те трудящиеся, на которых распространяется государственное социальное страхование
    - в) Только те, которые работают постоянно
    - г) Те, которые работают временно или на сезонных работах
    - д) Никто из перечисленных
  8. При бытовой травме листок нетрудоспособности выдается:
    - а) С 1 дня
    - б) С 3 дня
    - в) С 5 дня
    - г) С 6 дня
    - д) С 14 дня
  9. Если трудоспособность больного восстановилась во время лечения в стационаре, листок нетрудоспособности закрывают:
    - а) Днем обращения больного к врачу в поликлинику
    - б) В день выписки из стационара
    - в) Через 3 дня после выписки
    - г) Все перечисленное верно
    - д) Вопрос решается индивидуально

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

1. Изучение приказов и литературных источников по теме
2. Отработка практических навыков

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

**Дополнительная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1					

1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятыя, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолестеатомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 2. Клиническая и топографическая анатомия и оперативная хирургия

### Тема 2.1. Клиническая и топографическая анатомия и оперативная хирургия (семинар, практическое занятие)

Цель: Целью преподавания топографической анатомии и оперативной хирургии является

приобретение каждым ординатором конкретных топографо-анатомических знаний, необходимых для обоснования диагноза, понимания патогенеза заболевания, возможных осложнений, механизмов развития, компенсаторных процессов, а также выбора наиболее рациональных методов хирургического лечения.:

**Задачи:** Обучить ординаторов технике выполнения основных оперативных вмешательств на органах брюшной и грудной полостей, с учётом анатомических особенностей, сформировать профессиональные компетенции врача-специалиста, т.е. приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

**Обучающийся должен знать:** проекции сосудисто-нервных образований; проекции внутренних органов, их скелетотопию и синтопию; хирургическую анатомию костей и суставов, клетчаточных пространств, внутренних органов; технику выполнения операций.

**Обучающийся должен уметь:** использовать знания по анатомии для обоснования диагноза и патогенеза заболеваний, для выбора рациональных доступов и оперативных вмешательств, для предупреждения интраоперационных ошибок и осложнений, обусловленных топографо-анатомическими особенностями областей, органов и систем; выполнять на биологическом (учебном) материале и экспериментальных животных хирургические приемы и операции; пользоваться общим и специальным хирургическим инструментарием; завязывать простой, морской, двойной хирургический и аподактильный узлы; делать разрез кожи, фасции, мышцы, париетальной брюшины; снимать кожные швы;

**Обучающийся должен владеть:** венепункцией и венесекцией; накладывать швы на нерв, сухожилие, кровеносный сосуд; обнажать и выделять из фасциального влагалища сонные, подмышечные, плечевые, лучевые, локтевые, бедренные, подколенные и берцовые сосуды; прошивать и перевязывать в ране кровеносный сосуд; пунктировать реберно-диафрагмальный синус, перикард, брюшную полость, плечевой, тазобедренный и коленный суставы; выполнять экзартикуляцию фаланг пальцев кисти; ушивать рану желудка, тонкой и толстой кишки; делать разрезы для вскрытия панарициев, флегмон кисти и стопы.

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

Вопросы по теме занятия:

Топографическая анатомия и оперативная хирургия шеи и головы.

Топографическая анатомия и оперативная хирургия конечностей.

Топографическая анатомия и оперативная хирургия грудной клетки и полости, пищевода, диафрагмы.

Топографическая анатомия и оперативная хирургия брюшной полости, передней брюшной стенки.

Топографическая анатомия и оперативная хирургия полости малого таза и промежности.

#### **2. Практическая работа на практическом занятии.**

Венепункция и венесекция; наложение швов на нерв, сухожилие, кровеносный сосуд; обнажать и выделять из фасциального влагалища сонные, подмышечные, плечевые, лучевые, локтевые, бедренные, подколенные и берцовые сосуды; прошивать и перевязывать в ране кровеносный сосуд; пунктировать реберно-диафрагмальный синус, перикард, брюшную полость, плечевой, тазобедренный и коленный суставы; выполнять экзартикуляцию фаланг пальцев кисти; ушивать рану желудка, тонкой и толстой кишки; делать разрезы для вскрытия панарициев, флегмон кисти и стопы.

#### **2. Практическая работа на семинаре.**

##### **Тестирование по теме занятия**

1) Передней стенкой подмышечной впадины является\*

1. большая и малая грудные мышцы
2. грудная стенка с передней зубчатой мышцей
3. надостная и подостная мышцы
4. плечевая кость с клювовидно-плечевой мышцей и двухглавой мышцей плеча;
5. подлопаточная, большая круглая мышцы и широчайшая мышца спины.

Ответы; 1)1

2) Для кожи подмышечной впадины наиболее характерны два заболевания;

1. трофические язвы
2. гидраденит
3. фурункулы
4. экзема
5. псориаз

Ответы; 2)2,3

3) По ходу операции в подмышечной впадине хирургу оказалось необходимым определить срединный нерв. Укажите главный отличительный признак срединного нерва в подмышечной впадине;

1. расположение латеральнее локтевого нерва
2. расположение на передней поверхности подмышечной артерии
3. формирование нерва слиянием двух ножек.

Ответы; 3)3

4) Третий слой мышц в ягодичной области образуют две мышцы;

1. внутренняя запирательная мышца
2. квадратная мышца бедра

3. малая ягодичная мышца
4. наружная запирательная мышца
5. средняя ягодичная мышца

Ответы; 4)3,4

5) Операции фиксации сустава в заданном положении :

- 1) артродез;
- 2) артролиз;
- 3) артооропластика;
- 5) резекция сустава

Ответ: 1)

### **ГОЛОВА**

1) В больницу доставлен пострадавший с обширной скальпированной раной в теменной области. Определите клеточный слой, в котором произошла отслойка лоскута;

1. подкожная жировая клетчатка
2. подапоневротическая жировая клетчатка
3. поднадкостничная рыхлая клетчатка

Ответы; 1)2

2) При костнопластической трепанации черепа количество фрезевых отверстий, накладываемых для выкраивания костного лоскута;

1. 3-4
2. 4-5
3. 5-6
4. 6-7
5. 7-8

Ответы:2)2

3) После ранения челюстно-лицевой области первичная хирургическая обработка дает наилучшие результаты в первые;

1. 12 часов после ранения
2. 24 часа после ранения
3. 2-е суток после ранения
4. 3-е после ранения
5. 5-6 суток после ранения

Ответы:3)1

4) За счет 3-й ветви тройничного нерва иннервируется мышца;

1. небно-язычная
2. язычка
3. напрягающая мягкое небо
4. поднимающая мягкое небо
5. небно- глоточная

Ответы:4)3

5) Крыловидное сплетение располагается в :

- 1) межчелюстном клеточном пространстве;
- 2) клетчатке под собственно жевательной мышцей;
- 3) окологлоточном клеточном пространстве;

Ответ: 1)

5. Выберите один правильный вариант ответа.

На ладони выделяют фасциальные вместилища :

- 1) одно;
- 2) два;
- 3) три;
- 4) четыре
- 5) пять

Правильный вариант ответа: 3) три

### **ШЕЯ**

1) Грудино-ключично-сосцевидная область располагается между;

1. ключицей и сосцевидным отростком
2. грудиной и сосцевидным отростком
3. передней и боковой областями шеи
4. боковой и задней областями шеи

2) В пределах сонного треугольника имеются четыре фасции;

1. поверхностная
2. собственная
3. лопаточно-ключичная
4. внутришейная
5. предпозвоночная

- 3) Ретровисцеральное пространство находится между;
1. париетальным и висцеральным листками внутришейной фасции
  2. внутришейной и предпозвоночной фасциями
  3. предпозвоночной фасцией и позвоночником
- 4) В межлестничном промежутке проходят;
1. подключичная артерия и вена
  2. подключичная артерия и плечевое сплетение
  3. подключичная вена и плечевое сплетение
- 5) По классификации, предложенной В.Н. Шевкуненко, на шеи выделяют;
1. две фасции
  2. три фасции
  3. четыре фасции
  4. пять фасции
  5. шесть фасции

Ответы; 1)3

2)1245

3)2

4)2

5)4

### **ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ**

- 1) В молочной железе количество радиально расположенных долек равно;

1.10-15

2.15-20

3.20-25

4.25-30

- 2) Расположение сосудов и нерва в межреберном сосудисто-нервном пучке сверху вниз следующее;

1. артерия, вена, нерв

2. вена артерия, нерв

3. нерв артерия, вена

4. вена нерв артерия

- 3) Проекция ворот легких на переднюю грудную стенку чаще всего соответствует;

1. 1-3 ребрам

2. 2-4 ребрам

3. 3-5 ребрам

4. 4-6 ребрам

- 4) При необходимости оперативного вмешательства на главном бронхе следует обнажить корень легкого, выполняя;

1. передне-боковую торакотомию

2. боковую торакотомию

3. задне-боковую торакотомию

- 5) Количество сегментов в правом легком равно;

1. 8

2. 9

3. 10

4. 11

5. 12

Ответы;

1)2

2)2

3)2

4)3

5)3

### **БРЮШНАЯ СТЕНКА, ЖИВОТ**

- 1) Наружная косая мышца живота имеет ход волокон;

1. снизу вверх и снаружи внутрь

2. сверху вниз и изнутри наружи

3. сверху вниз и снаружи внутри

4. поперечный

5. продольный

- 2) Образующаяся в результате развития плода

- 3) В систему воротной вены кровь от желудка оттекает по венам :

1) селезеночной;

2) правой желудочково-сальниковой;

3) левой желудочково-сальниковой;

4) левой желудочковой

5) все варианты ответов верны

Ответ: 5)

4) Пузырный проток во время операции холецистэктомии используется для проведения:

1) гастроскопии;

2) панкреатографии;

3) интраоперационная холангиография;

4) дуоденоскопии;

5) портогепатографии;

Ответ: 3)

5) При выполнении средне-срединной лапаротомии:

1. пупок обходят справа

2. пупок обходят слева

3. пупок рассекают вдоль

4. пупок рассекают поперек

5. выбор стороны не имеет значения

**Верные ответы:**

5) 2

### **БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ**

1) Верхний и нижний этажи брюшной полости разделяет:

1. большой сальник

2. желудочно-ободочная связка

3. брыжейка поперечной ободочной кишки

4. брыжейка тонкой кишки

2) В ходе оперативного вмешательства после дополнительной мобилизации ( рассечения брюшных связок) может быть выведен в операционную рану орган:

1. печень

2. желудок

3. поперечная ободочная кишка

4. поджелудочная железа

3) При наложении гастростомы по способу Топровера формируется свищ:

1. губовидный

2. трубчатый

3. продольный

4. поперечный

5. циркулярный

4) Дивертикул Меккеля – это:

1. незаращенный венозный проток

2. незаращенный мочевой проток

3. незаращенные пупочные сосуды

4. эмбриональный остаток желточно-кишечного протока

5) Однорядный серозно-мышечно-подслизистый шов называют швом:

1. Альберта

2. Ламбера

3. Пирогова-Бира

4. Черни

5. Шмидена

**Верные ответы:**

1) 3

2) 2

3) 1

4) 4

5) 3

### **ЗАБРЮШИННОЕ ПРОСТРАНСТВО И ТАЗ**

1) Околопочечная клетчатка располагается вокруг почки:

1. под фиброзной капсулой почки

2. между фиброзной и фасциальной капсулами

3. поверх фасциальной капсулы почки

2) 12-е ребро пересекает сзади правую почку на уровне:

1. верхнего полюса почки

2. между верхней и средней третью

3. на уровне середины

4. между средней и нижней третью

3) Мочеточник на своем протяжении имеет:

1. одно сужение

2. два сужения
  3. три сужения
  4. четыре сужения
- 4) Яичниковая артерия является ветвью:
1. брюшной аорты
  2. внутренней подвздошной артерии
  3. маточной артерии
  4. общей подвздошной артерии

5) При раке матки из пристеночных тазовых лимфатических узлов чаще поражаются метастазами лимфоузлы:

1. крестцовые
2. внутренние подвздошные
3. наружные подвздошные
4. общие подвздошные

**Верные ответы:**

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 3
- 4) 1
- 5) 2

**Рекомендуемая литература:**

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

**Дополнительная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-



5	Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Эндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

### Раздел 3. Методы исследования в хирургии

#### Тема 3.1: Методы исследования в хирургии (семинар, практическое занятие)

**Цель:** подготовка квалифицированного врача-хирурга, обладающего системой универсальных, профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи, хирургическим больным; врачебного поведения, мышления и умений, обеспечивающих решение профессиональных задач и применение им алгоритма врачебной деятельности по профилактике, диагностике и лечению заболеваний у взрослых и детей по профилю «Хирургия»

**Задачи:** Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача по специальности «хирургия», способного успешно решать свои профессиональные задачи. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача по специальности «хирургия», обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь. Подготовить врача по специальности «хирургия», владеющего навыками и врачебными манипуляциями в соответствии с квалификационными требованиями и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной

помощи. Освоить методы диагностики, дифференциальной диагностики основных заболеваний; освоение методов обследования хирургических больных; Овладеть техникой выполнения врачебных манипуляций в соответствии с программой; Сформировать умения и навыки самостоятельной научно-исследовательской деятельности; Изучить правовую базу деятельности врача и освоить нормы медицинской этики и деонтологии; Освоить ведение всех видов медицинской документации; Сформировать знания по общим и специальным методам исследования в неотложной и плановой хирургии;

**Обучающийся должен знать:** Организацию амбулаторно-поликлинической хирургической помощи в условиях города; организацию хирургической стационарной помощи городскому населению; организацию хирургической помощи сельскому населению; современное состояние организации хирургической помощи ЦРБ и межрайонного центра; областной (краевая, республиканская) больницы – лечебно-консультативный, научно-педагогический и организационно-методический центр; перспективы развития и основные тенденции в улучшении качества хирургической помощи сельскому населению; организацию специализированных видов хирургической помощи; службы крови в системе медицинской помощи населению; специализированной помощи больным с заболеваниями сосудов; организацию научно-практической работы специалистов хирургического профиля.

**Обучающийся должен уметь:** определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. Назначить необходимое лабораторное обследование: дополнительное инструментальное обследование. Интерпретировать рентгенограммы. Результаты УЗИ, КТ, МРТ данные ФГДС и колоноскопии.

**Обучающийся должен владеть:** первичным осмотром и физикальными методами исследования в хирургии; Лабораторными методами исследования. Инструментальные методы исследования: неинвазивные и сформированными, позволяющими установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: острый аппендицит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, язвенные гастродуоденальные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; не осложненные и ущемленные грыжи живота, кишечная непроходимость различной этиологии; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит холедохолитиаз и холангит; механическая желтуха; острый и хронический панкреатит; желудочные, кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи; открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей; варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбоз и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия

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

Самостоятельная работа включает в себя курацию больных. Прием больных в поликлинике, дежурства в стационаре, отчет о дежурстве на утренней врачебной конференции, разбор больных, работу с литературой, учебными пособиями, подготовку рефератов, научных докладов, обзоров, анализ врачебных ошибок и др. Главной целью самостоятельной работы является закрепление и расширение знаний, овладение профессиональными умениями и навыками, а также обучение научному поиску. Самостоятельное ведение больных предполагает определенный уровень подготовки по хирургии. Процесс курации отражается в ежедневных записях учащегося в рабочих документах (истории болезни, этапные эпикризы, выписные документы). Контроль руководителя за качеством оформления документации является его обязанностью и дает возможность постоянно оказывать учащемуся необходимую помощь, корректировать его работу со специальной литературой.

#### **Вопросы по теме занятия**

1. Какие основные анализы назначаются больным хирургического профиля перед госпитализацией в стационар.
2. Назначить обследование больному с патологией печени
3. Обследование больного с патологией ЖКТ
4. Обследование больного с патологией органов грудной полости
5. Обследование больного с патологией забрюшинного пространства
6. Биологические маркёры и их роль в диагностике онкозаболеваний
7. Методы инструментальной диагностики в практике врача хирурга.

#### **2. Практическая работа на практическом занятии.**

Интерпретации результатов исследования клинических анализов (общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, иммунологические исследования, гормональный профиль, КЩС, оценка показателей спинномозговой жидкости, общий и количественный анализ мочи, биохимический анализ мочи, проба Зимницкого, бактериальные посевы биологических жидкостей), лучевых методов (рентгенограммы грудной клетки, рентгенограммы брюшной полости, рентгенограммы костной системы, трактовка цистограмм, компьютерные томограммы грудной и брюшной полостей). – Трактовки ЭКГ – Трактовка УЗИ органов брюшной полости, сосудов. – Определение группы крови, переливание препаратов крови. – Забор бактериологического материала. – Трактовка результатов

рентгенологических и других лучевых методов исследования. – Расчет и коррекция инфузионной терапии. – Подготовки больного к эндоскопическому исследованию – Постановка назогастрального, назоинтестинального зондов, катетеризация мочевого пузыря. Оказать необходимую срочную первую помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, иммобилизация конечности при переломе, остановка кровотечения, перевязка и тампонада раны, промывание желудка при отравлении, срочная трахеостомия при асфиксии). Определить необходимость применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных, эндоскопических и др.), организовать их выполнение и дать правильную интерпретацию результатов. Определить показания к госпитализации, организовать ее в соответствии с состоянием больного. Разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушений гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма больного к операции. Определить группу крови, провести пробы на совместимость и выполнить внутривенное или внутриаартериальное переливание крови, выявить возможные трансфузионные реакции и осложнения и провести борьбу с ними

## **2. Практическая работа на семинаре.**

### **Тестирование по теме занятия**

1. Среди осложнений, связанных с производством плевральной пункции, сопровождающейся введением антибиотиков, к моментальному летальному исходу могут привести

1. Внутривидеальная кровотечение
2. Воздушная эмболия головного мозга
3. Анафилактический шок
4. Плевро-пульмональный шок
5. Геморрагический шок

2. Активный дренаж плевральной полости показан

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

3. Клинико-Р-логически установлен диагноз острой эмпиемы плевры, гнойно-резорбтивная лихорадка. Какие из перечисленных методов лечения следует применять

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

дезинтоксикационную и антибиотикотерапию

6. Какие методы применяются при исследовании аспирированной из плевры геморрагической жидкости у больного с заболеванием легких?

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

7. Верхняя брыжеечная вена в корне брыжейки расположена по отношению к одноименной артерии

- 1. справа
- 2. слева
- 3. спереди от артерии
- 4. позади артерии

• 5. огибает артерию в виде кольца

8. Верхняя брыжеечная артерия является ветвью

- 1. печеночной артерии
- 2. желудочно – 12 перстной артерии
- 3. брюшной аорты
- 4. правой желудочно-сальниковой артерии

• 5. правой почечной артерии

10. Сфинктерами, которые, герметически закрываясь, создают препятствие для продвижения пищевых масс и кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту, являются: 1. привратник 2. баугиниева заслонка 3. наружный сфинктер заднего прохода 4. внутренний сфинктер 5. сфинктер Гирша

Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4

• 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

13. Нижняя прямокишечная артерия отходит

- 1. от внутренней подвздошной артерии

- 2. от запирающей артерии
  - 3. от внутренней срамной артерии
  - 4. от нижней ягодичной артерии
- 
- 5. от промежностной артерии
15. Циркулярные мышечные волокна стенки прямой кишки наиболее развиты
- 1. в верхнеампулярном отделе
  - 2. в среднеампулярном отделе
  - 3. в нижнеампулярном отделе
  - 4. в области запирающего аппарата прямой кишки
- 
- 5. циркулярные волокна везде развиты одинаково
17. Основным фиксирующим элементом правого изгиба ободочной кишки является
- 1. диафрагмально-ободочная связка
  - 2. печеночно-дуоденальная связка
  - 3. пузырно-толстокишечная связка
  - 4. правая половина большого сальника
- 
- 5. малый сальник
21. Слева и справа от прямой кишки в полости таза располагаются
- 1. мочеточники
  - 2. подчревные артерии
  - 3. семенные пузырьки у мужчин
  - 4. предстательная железа
- 
- 5. все перечисленное
25. В образовании мочеполовой диафрагмы не участвует: 1. луковично-губчатая и седалищно-пещеристая мышцы 2. собственная фасция мочеполового треугольника 3. глубокая поперечная мышца промежности 4. запирающая мышца 5. поверхностная поперечная мышца промежности Выберите правильный ответ по схеме:
- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2. если правильные ответы 1 и 3
  - 3. если правильные ответы 2 и 4
  - 4. если правильный ответ 4
- 
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
26. Пространство, расположенное позади анального канала между подкожной порцией наружного сфинктера и местом прикрепления к копчику мышцы поднимателя заднего прохода называется: (именно через него при подковообразном парапроктите гной чаще всего поступает из одной ишиоректальной ямки в противоположную)
- 1. ретроректальное
  - 2. ишиоректальное
  - 3. постанальное
  - 4. пельвиоректальное
- 
- 5. межмышечное
30. В толстой кишке не всасываются: 1. вода и электролиты 2. спирт 3. глюкоза и моносахариды 4. белки 5. все жирорастворимые витамины Выберите правильный ответ по схеме:
- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2. если правильные ответы 1 и 3
  - 3. если правильные ответы 2 и 4
  - 4. если правильный ответ 4
- 
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
32. Толстая кишка по внешнему виду отличается от тонкой: 1. большим по сравнению с тонкой диаметром 2. серовато-пепельным оттенком 3. особыми продольно расположенными мышечными пучками, которые собраны в виде мышечных тяжей или лент 4. наличием жировых подвесков 5. наличием гаустр Выберите правильный ответ по схеме:
- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2. если правильные ответы 1 и 3
  - 3. если правильные ответы 2 и 4
  - 4. если правильный ответ 4
- 
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
33. В кровоснабжении илеоцекального отдела кишечника не участвует концевая ветвь подвздошно-ободочной артерии: 1. подвздошная 2. ободочная 3. правая ободочная 4. артерия червеобразного отростка 5. средняя слепокишечная Выберите правильный ответ по схеме:
- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2. если правильные ответы 1 и 3
  - 3. если правильные ответы 2 и 4
  - 4. если правильный ответ 4
- 
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

37. Артерии сигмовидной кишки отходят

- 1. непосредственно от аорты
  - 2. от верхней брыжеечной артерии
  - 3. от нижней брыжеечной артерии
  - 4. от средней ободочной артерии
- 
- 5. от левой ободочной артерии

39. Одно из названий отдела ободочной кишки не употребляется в настоящее время: 1. восходящая ободочная кишка 2. правый изгиб ободочной кишки 3. поперечная ободочная кишка 4. селезеночный угол 5. нисходящая ободочная кишка Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2. если правильные ответы 1 и 3
  - 3. если правильные ответы 2 и 4
  - 4. если правильный ответ 4
- 
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

Молодой мужчина при автокатастрофе ударился правой половиной грудной клетки. Его беспокоят сильные боли в области ушиба, особенно при дыхании. При осмотре выражена 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.

1. Ваш предварительный диагноз?

ушиб грудной клетки; закрытая травма груди с повреждением костного каркаса; сочетанная травма груди и живота; паневмоторакс; 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

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

##### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и	И. И. Дементьева, М. А. Чарная,	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+

	магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	Ю. А. Морозов.			
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

#### Раздел 4. Обезболивание и интенсивная терапия в хирургии

##### Тема 4.1: Обезболивание и интенсивная терапия в хирургии (семинар, практическое занятие)

**Цель:** подготовка квалифицированного врача-хирурга, обладающего системой универсальных, профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи, хирургическим больным.

**Задачи:** Сформировать знания по общим и специальным вопросам общей анестезии; видам, способам и методам анестезии; поверхностным местным обезболиванием кожи и слизистых оболочек. Обучить местному инфильтрационному обезболиванию, блокаде нервных стволов, сплетений и узлов, перидуральной анестезии, спинно-мозговой анестезии. Подготовка больного к общей анестезии, проведение интенсивной терапии в неотложной и плановой хирургии.



14. Контроль эффективности сердечно-лёгочной реанимации.
15. Критерии прекращения реанимационных мероприятий.
- Незаменимые фармакологические препараты при реанимационных мероприятиях.
21. Электродефибрилляция в комплексе реанимационных мероприятий. Метод проведения и механизм действия. Техника безопасности.
22. Пути повышения эффективности электродефибрилляции.
23. Дополнительные препараты для проведения кардиореанимации.
24. Инфузионная терапия при реанимационных мероприятиях. Поддержание гемодилюции (гематокрит 25-30%).
25. Лечение постреанимационной болезни. Направления терапии: восстановление функций головного мозга и нормализация мышления, лечение синдромов полиорганной патологии.
26. Кровопотеря. Определение понятия.
27. Основные патофизиологические нарушения при острой кровопотере.
28. Показания к заместительной терапии дефицита кислородотранспортной функции крови.

## **2. Практическая работа на практическом занятии.**

Интерпретации результатов исследования клинических анализов (общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, иммунологические исследования, гормональный профиль, КЩС, оценка показателей спинномозговой жидкости, общий и количественный анализ мочи, биохимический анализ мочи, проба Зимницкого, бактериальные посевы биологических жидкостей), лучевых методов (рентгенограммы грудной клетки, рентгенограммы брюшной полости, рентгенограммы костной системы, трактовка цистограмм, компьютерные томограммы грудной и брюшной полостей). – Трактовки ЭКГ – Трактовка УЗИ органов брюшной полости, сосудов. – Определение группы крови, переливание препаратов крови. – Забор бактериологического материала. – Трактовка результатов рентгенологических и других лучевых методов исследования. – Расчет и коррекция инфузионной терапии. – Подготовка больного к эндоскопическому исследованию – Постановка назогастрального, назоинтестинального зондов, катетеризация мочевого пузыря. Оказать необходимую срочную первую помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, иммобилизация конечности при переломе, остановка кровотечения, перевязка и тампонада раны, промывание желудка при отравлении, срочная трахеостомия при асфиксии). Определить необходимость применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных, эндоскопических и др.), организовать их выполнение и дать правильную интерпретацию результатов. Определить показания к госпитализации, организовать ее в соответствии с состоянием больного. Разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушений гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма больного к операции. Определить группу крови, провести пробы на совместимость и выполнить внутривенное или внутриартериальное переливание крови, выявить возможные трансфузионные реакции и осложнения и провести борьбу с ними

## **2. Практическая работа на семинаре.**

### **Тестирование по теме занятия**

1. К факторам агрессии относятся:
  - 1) травма
  - 2) операция
  - 3) кровопотеря
  - 4) инфекция
2. Какая агрессия приводит к развитию критического состояния?
  - 1) любая
  - 2) вызывающая изменение функций организма
  - 3) вызывающая декомпенсированные расстройства функций организма
3. Реакция организма на агрессию (операцию или травму) зависит:
  - 1) от тяжести агрессии
  - 2) от пола больного
  - 3) от возраста больного
  - 4) от адекватности анестезиологической защиты
4. Системная постагрессивная реакция закономерно возникает:
  - 1) при любом внешнем воздействии
  - 2) при тяжелой агрессии (операции или травме)
  - 3) выраженность реакции связана с тяжестью агрессии
5. Местные изменения при агрессии:
  - 1) неспецифичны и универсальны
  - 2) специфичны и определяются характером агрессии
  - 3) имеют различия только при химической, электрической и термической травме

### **Примерные задачи**

1. В хирургическое отделение поступил больной 45 лет, масса тела 60 кг. Диагноз: острая



тонкокишечная непроходимость, осложненная разлитым перитонитом. Из данных клинико-лабораторного обследования: жалобы на сухость во рту, лицо землистого цвета, черты заострены, глаза запавшие; АД неустойчивое, порядка 100/70 - 90/50 мм. рт. ст., пульс 120 ударов; при надавливании на мочку уха образуется длительно сохраняющееся белое пятно; живот болезненный, равномерно вздут, шум плеска в брюшной полости; в крови - содержание белка 58 г/л; альбумино/глобулиновый коэффициент равен 0,8; натрия - 129 ммоль/л; калия - 2,5 ммоль/л, хлора - 90 ммоль/л; показатель гематокрита 37%; анурия; КЩС крови: рН 7,3, ВЕ = - 10 ммоль/л.

1. Установите тип дисгидрии : Острая изотоническая дегидратация

2. Больному необходима терапия обеспечивающая: устранение шоковых расстройств гемодинамики и микроциркуляции; восполнение дефицита белка; нормализацию калиемии и КЩС крови микроциркуляция, КЩС )

2. В палату интенсивной терапии реанимации поступает больной 30 лет, масса тела 70 кг. Диагноз: астматический статус. Из данных клинико-лабораторного обследования: жалобы на удушье, сильную жажду, сухость во рту, затруднение вдоха и особенно выдоха; одышка, плохое отхождение мокроты; ЧДД 36 в 1 минуту, в легких аускультативно: сухие хрипы, зоны ослабления и отсутствия дыхания; АД 140/100, пульс 100 ударов, спавшиеся с трудом пунктируемые вены; содержание в крови натрия 160 ммоль/л, калия 5,7 ммоль/л, показатель гематокрита 45%; диурез 900 мл в сутки, относительная плотность мочи 1030.

1. Установите тип дисгидрии.

2. Какие показатели еще свидетельствуют о гипертонической дегидратации?

3. Назначить коррекцию.

4. Каковы показатели эффективности проводимого лечения.

3. В палате интенсивной терапии и реанимации 2-е сутки находится больной после операции по поводу разлитого перитонита. Больному 35 лет, масса тела 70 кг.

Из данных клинико-лабораторного обследования: общее состояние крайне тяжелое, заторможен, язык сухой; живот мягкий, равномерно вздут, болезненный, перистальтика не прослушивается, из желудка за сутки аспирируется через зонд 1000 мл застойного содержимого, газы не отходили; АД 105/60, пульс слабого наполнения, ритмичный, 126 ударов; ЭКГ: синусовая тахикардия, снижение ST, уплощение зубца T; кожные покровы холодные, при пункции третьего пальца для взятия крови на анализ кровь не выступает и с трудом выдавливается; гематокрит 36%; общий белок крови 55 г/л, А/Г коэффициент равен 1; содержание калия в крови 2,0 ммоль/л, натрия 133 ммоль/л, рН крови 7,29, ВЕ = - 15 ммоль/л; диурез менее 20 мл/час.

1. Назовите имеющиеся у больного проявления водно-электролитных и кислотнощелочных нарушений.

2. Рассчитайте дефицит калия в организме

3. Определите необходимую суточную дозу калия.

4. Укажите условия введения раствора калия хлорида

**Самостоятельная внеаудиторная работа:**

**1. Вопросы для собеседования:** анатомия перианальной области; анатомические особенности полости малого таза; анатомия и физиология толстой кишки; особенности кровоснабжения толстой кишки и тазовых органов; методы обследования проктологических больных; методы инструментальной диагностики. Этиология и патогенез неспецифического язвенного колита, болезнь Крона. Острый парапроктит, классификация. Хронический парапроктит (свищи прямой кишки). Нагноившийся эпителиально-копчиковый ход. Клиника, методы диагностики, Лечение.

**2. Практическая работа на практическом занятии.**

чтение рентгенограмм (ирригография), интерпретация заключений колоноскопии, УЗИ, КТ, МРТ; решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков: пальпация брюшной полости, ректальное исследование, освоение манипуляций: ректороманоскопия, ирригоскопия и графия, колоноскопия, биопсия слизистой прямой и толстой кишки под контролем преподавателя..

**2. Практическая работа на семинаре.**

**Тестирование по теме занятия**

1. Пространство, расположенное позади анального канала между подкожной порцией наружного сфинктера и местом прикрепления к копчику мышцы поднимателя заднего прохода называется: (именно через него при подковообразном парапроктите гной чаще всего поступает из одной ишиоректальной ямки в противоположную)

1. ретроректальное

2. ишиоректальное

3. постанальное

4. пельвиоректальное

5. межмышечное

2. В толстой кишке не всасываются: 1. вода и электролиты 2. спирт 3. глюкоза и моносахариды 4. белки 5. все жирорастворимые витамины Выберите правильный ответ по схеме:

1. если правильные ответы 1,2 и 3

2. если правильные ответы 1 и 3
3. если правильные ответы 2 и 4
4. если правильный ответ 4
5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

3. Толстая кишка по внешнему виду отличается от тонкой: 1. большим по сравнению с тонкой диаметром 2. серовато-пепельным оттенком 3. особыми продольно расположенными мышечными пучками, которые собраны в виде мышечных тяжей или лент 4. наличием жировых подвесков 5. наличием гаустр

Выберите правильный ответ по схеме:

1. если правильные ответы 1,2 и 3
2. если правильные ответы 1 и 3
3. если правильные ответы 2 и 4
4. если правильный ответ 4
5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

4. Так называемые прямые сосуды, принимающие участие в кровоснабжении стенки ободочной кишки: 1. являются капиллярами 2. отходят непосредственно от основных артериальных стволов соответствующего отдела кишки 3. отходят от краевого сосуда только в зоне дуги Риолана 4. отходят от краевого сосуда, разветвляясь далее 5. в правой половине ободочной кишки отходят непосредственно от подвздошно-ободочной артерии

Выберите правильный ответ по схеме:

1. если правильные ответы 1,2 и 3
2. если правильные ответы 1 и 3
3. если правильные ответы 2 и 4
4. если правильный ответ 4
5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

5. Клиническими симптомами рака прямой кишки являются: а) выделения из заднего прохода слизи и гноя; б) тенезмы; в) ректальные кровотечения; г) запоры; д) похудание; е) схваткообразные боли внизу живота. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в, г;
2. а, б, д;
3. в, д, е;
4. д, г, е;
5. а, в, д.

6. Наиболее частой гистологической формой ампулярного рака прямой кишки является:

1. недифференцированный;
2. плоскоклеточный;
3. слизистый;
4. аденокарцинома;
5. солидный.

7. С какими заболеваниями следует дифференцировать острый парапроктит: а) карбункул ягодицы; б) флегмона ягодицы; в) абс-цесс предстательной железы; г) нагноение копчиковых кист; д) бартолинит. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б;
2. в, д;
3. г;
4. все неправильно;
5. все правильно.

10. Для хронического парапроктита наиболее характерным признаком является:

1. гематурия;
2. наличие свищевого отверстия на коже промежности;
3. выделение алой крови в конце акта дефекации;
4. боли внизу живота;
5. диарея.

### Рекомендуемая литература:

#### Основная литература

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

	руководство. Том 2.	Кириенко А.И			
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

#### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-

14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 5. Торакальная хирургия

### Тема 5.1. Заболевания легких и плевры (семинар, практическое занятие)

**Цель:** Систематизировать и углубить знания ординаторов по изучаемой теме. Изучить причины возникновения острых и хронических легочных заболеваний и их появления деструктивных форм. 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 консервативного лечения легочных заболеваний.

#### Задачи:

- рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение заболеваний легких и плевры;

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

-Изучить причины возникновения острых и хронических легочных заболеваний и их появления деструктивных форм..

- сформировать у ординаторов 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 заболеваний легких и плевры.
3. Современную классификацию острых заболеваний легких и плевры,
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. Дренаж плевральной полости.
11. Активная аспирация, лаваж с применением растворов антисептиков и ОФР.
12. Торакотомия, показания. Декортикация лёгкого. Торакостомия.
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 деструктивных форм заболеваний лёгких и плевры.
- 5.Провести дифференциальную диагностику.
- 6.Сформулировать полный клинический диагноз
- 7.Наметить тактику ведения и лечения больного абсцессом,
8. Наметить тактику ведения и лечения больного гангреной 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 заболеваниями 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 деструктивных форм заболеваний лёгких и плевры.
4. Овладеть методами лечения деструктивных форм заболеваний лёгких и плевры.
5. Этиология и патогенез деструктивных форм заболеваний лёгких и плевры.
6. Классификация деструктивных форм заболеваний лёгких и плевры..
7. Ведущие клинические синдромы и симптомы деструктивных форм заболеваний лёгких и плевры.
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 деструктивных форм заболеваний лёгких и плевры.
11. Критерии эффективности лечения деструктивных форм заболеваний лёгких и плевры..
12. Методы профилактики деструктивных форм заболеваний лёгких и плевры.
13. Классификацию инфекционных деструкций легких (нагноительных заболеваний лёгких).
14. Ведущие клинические симптомы деструктивных форм заболеваний лёгких и плевры.
15. Методы лабораторной и инструментальной диагностики;
16. Методы их лечения и профилактики;

#### **2. Практическая работа на практическом занятии.**

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 манипуляции торакоцентеза по алгоритму под контролем преподавателя.

#### **2. Практическая работа на семинаре.**

##### **Тестирование по теме занятия**

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

### 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 48 лет около 2 месяцев назад при клиническом обследовании была диагностирована правосторонняя нижнедолевая пневмония, подтвержденная данными рентгенографии грудной клетки в соответствующих проекциях. В связи с поливалентной аллергией, преимущественно на антимикробные препараты, лечился в основном физиотерапевтическими средствами. Через 3 недели возобновилась лихорадка с гектическими размахами, проливными потами, болью в грудной клетке при форсированном дыхании, перемене положения тела. Утром в день обращения за медицинской помощью появился приступ кашля, сопровождавшийся отхождением обильного количества зловонной мокроты коричневого цвета с прожилками крови темного цвета, после чего температура нормализовалась, болевой синдром в грудной клетке практически разрешился.

Вопросы:

1. Как следует сформулировать диагноз при поступлении?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Дифференциальный диагноз.

4. Лечебная тактика.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

У больного 78 лет, находившегося на лечении в палате интенсивной терапии неврологического отделения по поводу острого нарушения мозгового кровообращения отмечено появление лихорадки с гектическими размахами и проливными потами, ослабление дыхания в средних и нижних легочных полях справа. С целью дифференциально-диагностического поиска произведена обзорная рентгенография грудной клетки в положении «лежа», при этом выявлено коллабирование правого легкого на 1/3 объема, наличие жидкости в правой плевральной полости и наличие полостного образования в нижней доле диаметром до 6,5-7,0 см.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование ?

2. Каков наиболее вероятный генез данного образования ?

3. Обоснуйте свою тактику дальнейшего ведения и лечения больного.

4. Следует ли каким-то образом корригировать предыдущую схему лечения больного ?

### 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 (привести вопросы для самоконтроля)

1. Виды операций при гнойном плеврите.

2. Дренирование 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 трансудат 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:

7. Постпневмонические
8. Постнекротические
9. Тромбоэмболические
10. Послеоперационные
11. Посттравматические
12. Обтурационные

2. Абсцессы легких по распространенности бывают:

7. Односторонние
8. Единичные
9. Центральные
10. Внутриплевральные
11. Множественные
12. Медиастинальные

3. Острые абсцессы легких осложняются всем перечисленным, кроме:

8. Перитонита
9. Пиопневмоторакса
10. Гнойного перикардита
11. Медиастинита
12. Забрюшинной флегмоны
13. Легочного кровотечения
14. Инфаркта легкого

4. Представителями грамотрицательных микроорганизмов, вызывающих абсцессы легких, являются

9. Escherichia
10. Citrobacter
11. Klebsiella
12. Peptococcus
13. Proteus
14. Staphylococcus
15. Pseudomonas
16. Peptostreptococcus

5. Первый период течения острого абсцесса легких характеризуется:

8. Постепенным началом

9. Высокой лихорадкой
10. Ознобом
11. Отделением большого количества мокроты с кашлем
12. Разлитыми болями в грудной клетке
13. Положительным симптомом Крюкова
14. 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

1. – 2,4	6. – 1,3,4,5,7
2. – 1,2,5	7. – 1,3
3. – 1,5,7	8. – 1,2,5
4. – 1,2,3,5,7	9. – 5,7,9
5. – 2,3,6	10. – 5

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6



1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

#### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-

12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 5. Торакальная хирургия

### Тема 5.2. Заболевания средостения (семинар, практическое занятие)

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

#### Задачи:

- рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение заболеваний пищевода;
- обучить ординаторов распознаванию ее частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств.
- изучить клинические проявления заболеваний средостения; изучить их клинико-рентгенологическую симптоматику. Раскрыть возможные осложнения при заболеваниях средостения.
- сформировать у ординаторов понятие правильной тактики в диагностике и лечения заболеваний средостения 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 средостения
2. Особенности строения различных отделов средостения
3. Этиологию, патогенез заболеваний средостения
4. Классификацию заболеваний средостения;
5. Общие симптомы и синдромы заболеваний средостения;
6. Инструментальные и лабораторные методы диагностики;
7. Лечение заболеваний пищевода
8. Осложнения заболеваний пищевода и их лечение;
9. Послеоперационное ведение больных с заболеваниями средостения
- 10.Профилактика болезней средостения

#### 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 средостения.
3. Назначить инструментальные методы обследования.
4. Грамотно интерпретировать результаты обследования.
5. Ориентироваться в чтении рентгенограмм грудной клетки
6. Составлять индивидуальный план (алгоритм) лабораторно-инструментального обследования больного заболеваний средостения и интерпретировать полученные результаты.
7. Заполнять рабочую историю болезни.
8. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
9. Оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями
- 10.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 средостения.
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. Участвовать на перевязках.
7. 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 средостения.
2. Классификация заболеваний средостения.
3. Этиологию и патогенез заболеваний средостения
4. Осложнения заболеваний средостения.
5. Перечислите симптомы и синдромы заболеваний средостения.
6. Методы обследования больных с заболеваниями средостения.
7. Опишите клиническую картину гнойного медиастинита.
8. Показания к хирургическому лечению заболеваний средостения и методы оперативного лечения.
9. Послеоперационное ведение больных с заболеваниями средостения
10. Медико-социальная экспертиза и прогноз.

#### **2. Практическая работа на практическом занятии.**

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

#### **2. Практическая работа на семинаре.**

##### **Тестирование по теме занятия**

1. Какое утверждение является верным?

- А. В заднем средостении расположены: трахея, пищевод, блуждающие нервы, парные и непарные вены, лимфатические узлы
- Б. В верхнем средостении расположены: проксимальные части трахеи, пищевода, вилочковая железа; дуга аорты с ее ветвями, грудной лимфатический проток
- В. В заднем средостении находятся: пищевод, грудной отдел нисходящей аорты, грудной лимфатический проток, симпатические и парасимпатические нервы, лимфатические узлы
- Г. В среднем средостении расположены: перикард, сердце, бифуркация трахеи и главные бронхи, легочные вены и артерии, бифуркационные лимфатические узлы
- Д. В переднем средостении между перикардом и грудиной расположены: вилочковая железа, блуждающие нервы, грудной лимфатический проток, пищевод

2. СМ. Какие из перечисленных методов исследования применяются для установления локализации опухолей и кист в средостении?

- А. Рентгенологические исследования
- В. Ультразвуковая биолокация
- С. Ядерно-магнитный резонанс
- Д. Инструментальные исследования
- Е. Морфологические исследования

3. Рентгенологические методы диагностики опухолей и кист средостения являются следующие, за исключением:

- А. Рентгеноскопии и рентгенографии в 2-х проекциях
- В. Томографии
- С. Пневмомедиастинографии
- Д. Ангиографии
- Е. Восходящей урографии

4. Какой из перечисленных методов исследования подтверждает гистогенез опухолей средостения?

- А. Ядерно-магнитный резонанс
- В. Компьютерная томография
- С. Медиастиноскопия
- Д. Морфологические исследования
- Е. Пневмомедиастинография

5. Опухолями средостения эмбрионального происхождения являются, за исключением:

- А. Дермоид и тератом
- В. Первичных семином
- С. Мезенхимальных доброкачественных и злокачественных опухолей
- Д. Хорионэпителиом
- Е. Хордом

6. Кистами средостения эмбрионального происхождения являются, за исключением:

- А. Мезотелиальных плевро-перикардиальных кист
- В. Бронхиальных кист
- С. Гастроинтестинальных кист
- Д. Парапищеводных кист
- Е. Менингоцеле

7. СМ. Какие из перечисленных групп опухолей происходят из зрелой ткани средостения?

- А. Опухоли из соединительной ткани
- Б. Опухоли из нервной ткани
- В. Опухоли из жировой ткани
- Г. Опухоли из лимфоидной ткани
- Д. Опухоли из кровеносных и лимфатических сосудов

8. Первичными опухолями и кистами средостения являются, за исключением:

- А. Опухолей вил очковой железы
- Б. Менингоцеле
- В. Гидатидозного эхинококка
- Г. Мегастатических опухолей
- Д. Болезни Ходжкина

9. Самое частое осложнение первичных кист средостения является:

- А. Злокачественное перерождение
- Б. Сдавление других органов
- В. Кровотечение
- Г. Перфорация
- Д. Воспаление и нагноение

### 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

1. Мужчина 46 лет, поступил с жалобами на сильные боли постоянного характера за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, усиливающиеся при глотании и форсированном дыхании, обильное слюноотделение, температуру тела до 40 °С, озноб, сопровождающийся проливным потом.

Считает себя больным около 3-х суток, когда отметил появление умеренных болей в области шеи слева, усиливающихся при наклонах головы, повышение температуры тела до 37,6 °С. За медицинской помощью не обращался (злоупотреблял алкоголем). Накануне заболевания ел рыбу. Около суток тому назад появились боли за грудиной, лихорадка, резкая слабость. Доставлен бригадой «скорой медицинской помощи».

*Объективно:* Состояние тяжелое. Больной вялый, адинамичный, сниженного питания. Обращают на себя внимание заостренные черты лица, небольшая припухлость шеи слева и наклон головы вправо. Пальпаторно в области шеи слева, а также в яремной ямке и левой надключичной области определяется подкожная крепитация. Пульс около 120 в минуту, ритмичный, артериальное давление 90/60 мм. рт. ст. Язык влажный. В легких в нижних отделах в обеих сторон дыхание несколько снижено, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 26 в минуту. Живот симметричный, мягкий, не вздут, безболезненный. Перистальтика вялая, перитонеальные симптомы не определяются. Поясничная область безболезненна, мочеиспускание свободное, однако мочи при катетеризации мочевого пузыря в течении 2-х часов получено не более 40 мл.

Дополнительные методы обследования к ситуационной задаче по хирургии:

*Анализ крови:* Количество лейкоцитов  $18 \times 10^9/\text{л}$ , выраженный сдвиг формулы влево.

*ФГДС:* На уровне С6 – С7 на задней стенке пищевода имеется участок гиперемии слизистой диаметром до 3 – 4 см с выбуханием в просвет, в центре которого находится инородное тело. При

надавливании концом эндоскопа на инфильтрат около инородного тела наблюдается вытекание гноя.

*Обзорная рентгенография легких:* Зона затемнения в проекции заднего средостения. Признаки эмфиземы средостения, расширение его тени, увеличение расстояния между позвоночником и пищеводом, небольшое количество жидкости в левом плевральном синусе и перикарде.

#### Вопросы к ситуационной задаче по хирургии

1. Ваш предварительный диагноз? У больного имеется перфорация пищевода инородным телом, осложненная медиастенитом.

2. План дополнительного обследования больного? Начинать обследование необходимо с обзорной рентгенографии, как переднезадней, так и боковой. Фиброзофагоскопию следует выполнять с особой осторожностью. План обследования может быть дополнен УЗ-исследованием, компьютерной томографией, ЯМР.

3. Роль и объем рентгенологического обследования, компьютерной томографии, ультразвуковых методов при диагностике данной патологии? Важная роль в диагностике данной патологии принадлежит рентгенологическому и эндоскопическому обследованию, УЗИ, компьютерной томографии.

4. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данном заболевании? Причиной данного заболевания явилось инородное тело пищевода, с перфорацией пищеводной стенки и развитием гнойного медиастенита и интоксикацией.

5. Тактика лечения данного больного? При лечении медиастенита используется активная хирургическая тактика.

6. Методы оперативных вмешательств при данной патологии? Хирургическое лечение заключается в осуществлении оптимального доступа, обнажении травмированного участка, удалении инородного тела, ушивании дефекта стенки пищевода, дренировании средостения и плевральной полости (при необходимости), наложении гастростомы или проведения трансназально зонда в желудок. В послеоперационном периоде дренажи используют для аспирации экссудата и введения лекарственных препаратов.

7. Принципы консервативной терапии? После операции проводится интенсивная детоксикационная, антибактериальная и иммуностимулирующая терапия.

8. Ваш прогноз в отношении исхода заболевания у данного больного? Летальность при гнойном медиастините достигает 20–50% и более

2. В приемное отделение машиной скорой помощи доставлен мужчина 52 лет с жалобами на боль за грудиной, усиливающуюся при глотании и запрокидывании головы назад, дисфагию, жажду, сухость во рту. Из анамнеза известно, что он проглотил мясную кость, которая была с техническими трудностями удалена при эзофагоскопии в амбулаторных условиях. Больной был опущен домой, где состояние его ухудшилось и он вызвал скорую помощь.

При осмотре состояние больного тяжелое, отмечается бледность кожного покрова с цианотическим оттенком, одышка до 30 в минуту, холодный пот, тахикардия до 120 ударов в минуту, повышение температуры тела до 38 градусов, определяется крепитация в области шеи и верхней половине груди.

1. Ваш диагноз?

2. Какое осложнение возникло у больного?

3. Какие методы диагностики могут быть использованы для уточнения диагноза?

4. Какова тактика лечения больного в стационаре?

5. Оцените тактику, предпринятую при лечении больного в амбулаторных условиях.

6. Виды оперативных доступов.

#### **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 (привести вопросы для самоконтроля)

1. Анатомо-топографическое строение средостения.

2. Классификация заболеваний средостения.

3. Этиологию и патогенез заболеваний средостения

4. Осложнения заболеваний средостения.

5. Перечислите симптомы и синдромы заболеваний средостения.

6. Методы обследования больных с заболеваниями средостения.

7. Опишите клиническую картину гнойного медиастинита.

8. Показания к хирургическому лечению заболеваний средостения и методы оперативного лечения.

9. Послеоперационное ведение больных с заболеваниями средостения

10. Медико-социальная экспертиза и прогноз.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Какое утверждение является верным?

А. В заднем средостении расположены: трахея, пищевод, блуждающие нервы, парные и непарные вены, лимфатические узлы

Б. В верхнем средостении расположены: проксимальные части трахеи, пищевода, вилочковая железа; дуга аорты с ее ветвями, грудной лимфатический проток  
В. В заднем средостении находятся: пищевод, грудной отдел нисходящей аорты, грудной лимфатический проток, симпатические и парасимпатические нервы, лимфатические узлы  
Г. В среднем средостении расположены: перикард, сердце, бифуркация трахеи и главные бронхи, легочные вены и артерии, бифуркационные лимфатические узлы  
Д. В переднем средостении между перикардом и грудиной расположены: вилочковая железа, блуждающие нервы, грудной лимфатический проток, пищевод

2. СМ. Какие из перечисленных методов исследования применяются для установления локализации опухолей и кист в средостении?

- А. Рентгенологические исследования
- В. Ультразвуковая биолокация
- С. Ядерно-магнитный резонанс
- Д. Инструментальные исследования
- Е. Морфологические исследования

3. Рентгенологические методы диагностики опухолей и кист средостения являются следующие, за исключением:

- А. Рентгеноскопии и рентгенографии в 2-х проекциях
- В. Томографии
- С. Пневмомедиастинографии
- Д. Ангиографии
- Е. Восходящей урографии

4. Какой из перечисленных методов исследования подтверждает гистогенез опухолей средостения?

- А. Ядерно-магнитный резонанс
- В. Компьютерная томография
- С. Медиастиноскопия
- Д. Морфологические исследования
- Е. Пневмомедиастинография

5. Опухолями средостения эмбрионального происхождения являются, за исключением:

- А. Дермоид и тератом
- В. Первичных семином
- С. Мезенхимальных доброкачественных и злокачественных опухолей
- Д. Хорионэпителиом
- Е. Хордом

6. Кистами средостения эмбрионального происхождения являются, за исключением:

- А. Мезотелиальных плевро-перикардиальных кист
- В. Бронхиальных кист
- С. Гастроинтестинальных кист
- Д. Парапищеводных кист
- Е. Менингоцеле

7. СМ. Какие из перечисленных групп опухолей происходят из зрелой ткани средостения?

- А. Опухоли из соединительной ткани
- Б. Опухоли из нервной ткани
- В. Опухоли из жировой ткани
- Г. Опухоли из лимфоидной ткани
- Д. Опухоли из кровеносных и лимфатических сосудов

8. Первичными опухолями и кистами средостения являются, за исключением:

- А. Опухолей вилочковой железы
- Б. Менингоцеле
- В. Гидатидозного эхинококка
- Г. Метастатических опухолей
- Д. Болезни Ходжкина

9. Самое частое осложнение первичных кист средостения является:

- А. Злокачественное перерождение
- Б. Сдавление других органов

- В. Кровотечение
- Г. Перфорация
- Д. Воспаление и нагноение

10. Абсолютные противопоказания к хирургическому лечению злокачественных опухолей средостения являются:

- А. Отдаленные метастазы
- Б. Синдром верхней полой вены
- В. Стойкий парез голосовых связок
- Г. Дисфагия
- Д. Болевой синдром

11. Какое утверждение верно в отношении тактики лечения при доброкачественных опухолях и кист средостения?

- А. Наблюдение в динамике
- В. Хирургическое лечение
- С. Лучевое лечение
- Д. Химиотерапия
- Е. Комбинированное лечение

12. Наиболее эффективным методом лечения злокачественных опухолей средостения нелимфоидного происхождения является:

- А. Хирургический метод
- В. Лучевое лечение
- С. Химиотерапевтический метод
- Д. Лучевой и химиотерапевтический методы
- Е. Комбинированный метод: хирургический в комбинации с лучевым и химиотерапевтическим

13. Основной метод лечения первичных злокачественных лимфом средостения является:

- А. Хирургический
- В. Лучевой
- С. Химиотерапевтический
- Д. Комбинированный: хирургический и химиотерапевтический
- Е. Комбинированный метод: химиолучевой

14. Эмфизема средостения при травмах может быть вызвана:

- А. Разрывом пищевода
- В. Разрывом трахеи
- С. Разрывом бронхов
- Д. Разрывом желудка
- Е. Разрывом перикарда

15. Какие формы острогнойного неспецифического медиастинита являются первичными?

- А. Медиастинит при ранениях средостения без повреждения органов
- Б. Медиастинит при ранениях средостения с повреждением органов
- В. Медиастинит при ранениях средостения с повреждением плевры и легких
- Г. Контактные медиастиниты
- Д. Метастатические медиастиниты (при септицемии)

16. Какие из перечисленных параклинических методов диагностики наиболее информативны при остром гнойном медиастините?

- А. Ультрасонография
- Б. Лабораторные методы
- В. Рентгенологические методы
- Г. Бронхоскопия
- Д. Пневмоперитонеум

17. Методом выбора при лечении острогнойного медиастинита является:

- А. Дезинтоксикационный метод
- Б. Антибактериальная терапия
- В. Дезинтоксикационная и антибактериальная терапия
- Г. Хирургическое лечение
- Д. Физиотерапевтическое лечение

18. При остром неспецифическом медиастините самой частой микробной флорой является:

- А. Аэробная

- Б. Грибковая
- В. Анаэробная
- Г. Смешанная (аэробная и анаэробная)
- Д. Неклостридиальная анаэробная

19. Пути проникновения инфекции при остром медиастините являются, за исключением:

- А. Лимфогенного
- Б. Гематогенного
- В. Контактного
- Г. Смешанного
- Д. Аэрогенного

20. Характерными признаками острого медиастинита являются, за исключением:

- А. Температуры (39-40°C)
- Б. Озноба
- В. Желтушности
- Г. Ретростернальных болей
- Д. Бессонницы и отсутствия аппетита

Правильные ответы.

- 1БВГ; 2 АБВГ; 3 Г; 4 Д; 5 В; 6Д; 7 АБВГД; 8 БВГ; 9 Д;  
 10АБВ; 11 Б; 12 Д; 13 Д; 14 АБВ; 15 АБВ; 16 В; 17 Г; 18 Г; 19 Д;  
 20 В;

### Рекомендуемая литература:

#### Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

#### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	«Онкология». Национальное руководство. Краткое издание.	Под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017	2	+
2	«Заболевания пищевода». Учебное пособие	В.А. Бахтин В.А. Янченко	2009. -Киров. -97с.	2	+
3	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	+
4	Алгоритмы диагностики и	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн,	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	+



	лечения в хирургии	Б. Айсман			
5	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	+

## Раздел 5. Торакальная хирургия

### Тема 5.3. Заболевания пищевода (семинар, практическое занятие)

**Цель:** рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение заболеваний пищевода; обучить ординаторов распознаванию их 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 пищевода;
- обучить ординаторов распознаванию ее частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств.
- изучить клинические проявления заболеваний пищевода их осложнений; изучить их клиничко-рентгенологическую симптоматику. Раскрыть возможные осложнения при ожогах пищевода пациентов.
- сформировать у ординаторов понятие правильной тактики в диагностике и лечения ожогов пищевода к оперативным методам лечения, а также различных их осложнений, с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств.

#### Обучающийся должен знать:

11. Анатомо-физиологические особенности пищевода
12. Особенности строения различных отделов пищевода, строение стенки пищевода.
13. Кровоснабжение и иннервацию пищевода
14. Синтопию пищевода, физиологические сужения
15. Классификацию заболеваний пищевода;
16. Общие симптомы и синдромы основных заболеваний пищевода;
17. Инструментальные и лабораторные методы диагностики;
18. Пороки развития пищевода;
19. Инородные тела пищевода;
20. Травмы пищевода;
21. Ожоги пищевода.
22. Клинические стадии ожога пищевода:
23. Осложнения ожогов пищевода;
24. Симптомы стриктуры пищевода;
25. Виды бужирования пищевода;
26. Классификация методов пластики пищевода;
27. Кардиоспазм и ахалазия пищевода;
28. Стадии ахалазии кардии;
29. Методы лечения ахалазии кардии;
30. Послеоперационное ведение больных с заболеваниями пищевода

#### Обучающийся должен уметь:

11. Квалифицированно проводить клиническое обследование больного, описывать местные проявления заболевания с отображением деталей, имеющих значение для постановки клинического и проведения дифференциального диагноза.
12. Распознавать различные симптомы и синдромы заболеваний пищевода.
13. Назначить инструментальные методы обследования.
14. Грамотно интерпретировать результаты обследования.
15. Ориентироваться в чтении рентгенограмм при послеожоговых стриктурах, раке и ахалазии пищевода.
16. Уметь оказать первую помощь при ожоге пищевода.
17. Провести бужирование пищевода по струне.
18. Составлять индивидуальный план (алгоритм) лабораторно-инструментального обследования больного с ахалазией пищевода интерпретировать полученные результаты.
19. Заполнять рабочую историю болезни.
20. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
21. Оформлять выписной эпикриз и документы с соответствующими рекомендациями
22. Правильно решать вопросы трудовой экспертизы.

#### Обучающийся должен владеть:

8. Формулировать и обосновывать клинический диагноз.
9. Составлять индивидуальный план лабораторно-инструментального исследования больного, интерпретировать полученные результаты.

10. Читать и описывать обзорный рентгеновский снимок брюшной полости, УЗИ и КТ, МРТ пищевода.
11. Заполнять рабочую историю болезни.
12. Ориентироваться в вопросах тактики, определять показания и противопоказания к тому или иному виду лечения, методу операции в конкретной ситуации.
13. Знать методы профилактики заболеваний пищевода.
14. Участвовать на перевязках.
15. Оформлять выписной эпикриз и эпикриз на ВК, документы с соответствующими рекомендациями

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

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

11. Анатомо-топографическое строение пищевода, его функция.
12. Классификация заболеваний пищевода.
13. Перечислите симптомы и синдромы заболеваний пищевода.
14. Методы обследования больных с заболеваниями пищевода.
15. Опишите клиническую картину ожога пищевода.
16. Ранние и поздние осложнения ожогов пищевода.
17. Методы бужирования пищевода при ожоговых стриктурах, осложнения бужирования их профилактика и лечение.
18. Врожденные заболевания пищевода, диагностика, методы лечения.
19. Ахалазия пищевода, стадии по Б.В.Петровскому.
20. Рентгенологическая картина ахалазии пищевода в зависимости от стадии заболевания.
21. Консервативное лечение, показания и способы дилатации кардии.
22. Показания к хирургическому лечению ахалазии пищевода и методы оперативного лечения.
23. Методы пластики пищевода, показания к ней.
24. Травмы пищевода, классификация, клиника, диагностика и лечение.
25. Клиника перфорации пищевода, причины, врачебная и хирургическая тактика.
26. Послеоперационное ведение больных с заболеваниями пищевода.
27. Медико-социальная экспертиза и прогноз.

#### **2. Практическая работа на практическом занятии.**

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

#### **2. Практическая работа на семинаре.**

##### **Тестирование по теме занятия**

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

### 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, отрыжку тухлым, 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.  $2,8 \times 10^{12}/л$ , Hb88 г/л, общ. белок 52 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 царапанья 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 гастроэзофагиальной 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 ординаторов 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 (привести 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. Врожденные 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

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)

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) кардиоластика 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. Пациентка Р., 29 лет, жалуется на выраженную дисфагию (проходит только вода), общую слабость, похудание, повышенную саливацию. Год назад с суицидальной целью выпила уксусную эссенцию. Первая помощь была оказана дома, затем в стационаре. Из больницы была выписана через месяц в удовлетворительном состоянии, пища по пищеводу проходила свободно. Через 3 месяца после выписки из больницы возникла дисфагия, которая прогрессивно усиливается. Больная похудела на 11 кг. Выполнена рентгенография пищевода с использованием сульфата бария.



Каков наиболее вероятный диагноз?

- А) Протяженная ожоговая стриктура пищевода
- В) Сужение из-за опухолевого образования
- С) Сужение из-за сдавления извне
- Д) Кардиоспазм
- Е) Ахалазия кардии

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

1	1, 2, 4
2	1, 2, 3
3	1, 2, 3
4	2, 3, 5
5	1, 2, 4
6	2, 3, 4, 5, 6
7	1, 3, 4
8	А
9	2, 3, 4
10	1, 3

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6

1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

#### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	«Онкология». Национальное руководство. Краткое издание.	Под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017	2	+
2	«Заболевания пищевода». Учебное пособие	В.А. Бахтин В.А. Янченко	2009. -Киров. - 97с.	2	+
3	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	+
4	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	+
5	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	+

### Раздел 5. Торакальная хирургия

#### Тема 5.4. Травма грудной клетки (семинар, практическое занятие)

**Цель:** Систематизировать и углубить знания по изучаемой теме. Изучить клинику, диагностику и современные подходы к лечению травмы грудной клетки. Оказание неотложной помощи пострадавшим.

#### Задачи:

- рассмотреть этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение травм грудной клетки и их осложнений; рассмотреть вопросы парадоксального дыхания при множественных двойных переломах ребер (окончатый перелом ребер) и тактику врача при этих состояниях; разобрать особенности клинической картины при сочетанных травмах и торакоабдоминальных ранениях;

- обучить ординаторов распознаванию ее частных форм, познакомить с особенностями их клинической картины, методами диагностики и лечения, хирургической тактикой, техникой оперативных вмешательств; ознакомить с методами диагностики травм груди, включая торакоскопию.

- изучить клинические проявления открытых и закрытых повреждений груди с внутривидеальными осложнениями и без них; изучить клинко-рентгенологическую симптоматику "тампонады сердца". Раскрыть возможные осложнения при травмах груди у оперированных пациентов и при дренировании плевральной полости.

- сформировать у ординаторов понятие правильной тактики в диагностики и лечения травмы грудной клетки и легочных кровотечений и показания к оперативным методам лечения и к закрытому ведению плевральной полости (дренаж, пункция).

#### Обучающийся должен знать:

1. Анатомо-физиологические особенности груди.
2. Этиологию, патогенез и современную классификацию травм грудной клетки и их осложнений.
3. Современную классификацию травм груди и легочных кровотечений,
4. Клинические особенности заболеваний, осложнения.
5. Современные методы диагностики заболевания.

6. Принципы и методы лечения травм груди и легочных кровотечений.
7. Специальные методы диагностики (УЗС, рентген, МСКТ)
8. Основные понятия и определения травмы, классификацию.
9. Хирургическую тактику при повреждениях грудной клетки
10. Провести анализ жалоб больного.
11. Собрать сведения о характере травмы.
12. Оценить тяжесть состояния пострадавшего при поступлении.
13. Уметь провести обследование пострадавшего с травмой грудной клетки
14. Обосновать диагноз.
15. Определить тактику лечения.
16. Определить показания к операции.
17. Виды операций при травме грудной клетки.
18. Дренирование плевральной полости.
19. Активная аспирация, лаваж с применением растворов антисептиков и ОФР.
20. Послеоперационное ведение.
21. Осложнения послеоперационного периода, их профилактика и лечение.
22. 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 травмы грудной клетки.
5. Провести дифференциальную диагностику.
6. Сформулировать полный клинический диагноз.
7. Наметь тактику ведения и лечения больного с травмой грудной клетки.
8. Научится профилактировать осложнения травм грудной клетки.

**Обучающийся должен владеть:**

1. Собрать анамнез и интерпретировать его у больного с травмой грудной клетки
2. Обследовать больного и правильно оценить результаты физикального обследования
3. Наметь план обследования и обосновать последовательность использования необходимых лабораторных и инструментальных исследований, правильно оценить их результаты
4. Формулировать и аргументировать диагноз
5. Проводить дифференциальную диагностику травмы грудной клетки
6. Обосновать лечебную тактику у больных с травмой грудной клетки
7. Методами купирования болевого синдрома.
8. Принципами, приемами и методами обезболивания в торакальной хирургии

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

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

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля:
  1. Научиться диагностировать травмы грудной клетки
  2. Дифференцировать воспалительный экссудат от транссудата
  3. Усвоить основные клиничко-лабораторные, рентгенологические симптомы травмы грудной клетки.
  4. Овладеть методами лечения травмы грудной клетки и их осложнений.
  5. Ознакомиться с этиологией и патогенезом травм грудной клетки и их осложнениями.
  6. Классификация травмы груди и легочных кровотечений.
  7. Ведущие клинические синдромы и симптомы травм грудной клетки.
  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 травмы грудной клетки.
  11. Критерии эффективности лечения травмы грудной клетки.
  12. Методы профилактики травмы грудной клетки.

**2. Практическая работа на практическом занятии.**

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

**2. Практическая работа на семинаре.**

**Тестирование по теме занятия**

1. Наиболее характерным признаком разрыва легкого является:

- 1) Гемоторакс
- 2) Пневмоторакс
- 3) Затемнение легкого при рентгенологическом исследовании
- 4) Кровохаркание
- 5) Гемо-пневмоторакс

2. Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является:

1) Пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании

- 2) Боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье
- 3) Ослабленное дыхание на стороне травмы
- 4) Боль в подреберье
- 5) Общее тяжелое состояние больного

3. Для разрыва крупного бронха характерным является:

- 1) Напряженный пневмоторакс
- 2) Напряженная эмфизема средостения
- 3) Общее тяжелое состояние больного
- 4) Кровохаркание
- 5) Подкожная эмфизема

1. Больной упал с высоты 7 этажа. Диагностирован разрыв левого главного бронха. Решено больного оперировать. Наиболее оптимальным хирургическим доступом будет:

- 1) Передне-боковая торакотомия
- 2) Задне-боковая торакотомия
- 3) Боковая торакотомия по 7 межреберью
- 4) Стернотомия
- 5) Боковая торакотомия по 4 межреберью

2. Больной попал в автомобильную катастрофу. Диагностирован правосторонний гемопневмоторакс, подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Рентгенологически обнаружен перелом v, vi, vii ребер слева, причем перелом vi ребра со смещением костных отломков и проникновение одного из них в легочную ткань. Ваши действия включают:

- 1) Только дренирование плевральной полости
- 2) Торакотомию, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого
- 3) Экстраплевральный остеосинтез
- 4) Гемостатическую консервативную терапию
- 5) Искусственную вентиляцию легких

3. Основным методом лечения гемоторакса является:

- 1) Плевральная пункция
- 2) Дренирование плевральной полости
- 3) Широкая торакотомия
- 4) Подход должен быть строго индивидуальным
- 5) Торакотомия и ликвидация гемоторакса

### 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

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.

Ваш предварительный диагноз?

Ушиб грудной клетки



Закрытая травма груди. Перелом ребер справа

Закрытая травма груди. Перелом 5-7 ребер справа с повреждением правого легкого, подкожная эмфизема.

\*Закрытая травма груди. Перелом 5-7 ребер справа с повреждением правого легкого, подкожная эмфизема. Правосторонний пневмоторакс.

Причина появления подкожной эмфиземы.

Повреждение трахеи.

Повреждение пищевода.

Повреждение правого легкого.

\*Повреждение правого легкого и париетальной плевры

Дифференциальный диагноз.

Инфаркт миокарда

\*Спонтанный пневмоторакс

\*Правосторонний гемоторакс

Рак правого легкого

Хирургическая тактика на догоспитальном этапе.

Консервативная терапия по месту жительства

Наблюдение хирурга поликлиники

\*Госпитализация в травматологическое (хирургическое) отделение для дообследования и лечения

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1. Пострадавший С, 38 лет доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение через 1 час после травмы. Получил удар ножом в грудь. Жалуется на боли в области раны, усиливающиеся при дыхании, слабость, головокружение, мелькание "мушек" перед глазами. Со слов врача скорой помощи был кашель с примесью крови в мокроте.

Состояние средней тяжести. Рубашка умеренно пропитана кровью. Кожный покров бледный. Пульс 104 в мин, слабый. АД 90/60 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, но прослушиваются. ЧДД 26 в мин. По среднеключичной линии справа в третьем межреберье имеется колото-резанная рана 0,5x2,0 см с ровными краями, на момент осмотра не кровоточит. Правая половина грудной клетки отстаёт в дыхании. При пальпации вокруг раны и на шее определяется крепитация (подкожная эмфизема).

Перкуторно: в нижних отделах правого легкого до угла лопатки - притупление, выше - коробочный звук. Слева - без особенностей. Над правой половиной грудной клетки в нижних отделах дыхание не прослушивается, в верхних - резко ослаблено. Аускультация: слева - без особенностей.

Срочное исследование крови: Эр - 4,1 млн., Нв. - 107 г/л Нт. - 40 %

Рентгенография грудной клетки (сидя, прямая проекция): над правым легочным полем в нижних отделах затемнение - уровень жидкости с горизонтальной линией на 3 см выше угла лопатки, легкое коллабировано на 1/3. Слева - легочный рисунок прослеживается во всех отделах, смещения средостения нет.

При пункции правой плевральной полости в VII межреберье по задней подмышечной линии получена кровь, проба Рувилуа-Грегуара-положительная.

1. Ваш диагноз?

2. Какой вид травмы получен больным?

3. Какое патологическое нарушение является наиболее жизнеугрожающим.

4. Лечение

2. Больной К., 24 лет, при сбрасывании снега с крыши дома упал на забор. Основной удар пришелся на левое подреберье. Через 45 мин. доставлен бригадой скорой медицинской помощи в хирургический стационар с жалобами на постоянные тупые боли в животе без четкой локализации.

При осмотре: состояние крайне тяжелое, поведение пассивное, положение в постели произвольное, положительный симптом Биллиса-Грайгсби. Сознание сохранено. Пострадавший стонет, часто зевает, периодически закрывает глаза и закатывает глазные яблоки. Кожные покровы и слизистые оболочки резко бледные. Язык подсушен, обложен. Пульс 140 уд/мин., слабого наполнения; АД - 70/40 мм.рт.ст. Живот симметричный, положительный симптом Гейнеке-Лежара. Брюшная стенка слабо участвует в акте дыхания, при пальпации положительный симптом Куленкампа. По левому флангу живота слабо выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки. В месте удара положительный симптом Питса-Бэлленса и слабо-положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика вялая. При пальцевом ректальном исследовании - незначительная болезненность и нависание передней стенки прямой кишки.

В общем анализе крови: эритроцитов  $2,1 \times 10^9$  /л; гемоглобин 72 г/л, гематокрит 30%, лейкоцитов  $11 \times 10^9$  /л. Общий анализ мочи произвести не удалось в виду малого количества.

1. Ваш диагноз.

2. Механизм травмы, патогенетические изменения гомеостаза?

3. Лечебная тактика.

4. Степень шока, качественный и количественный состав инфузионно-трансфузионной терапии.

## 5. Этапы и объем оперативного вмешательства.

3. Больной, Г., 26 лет, доставлен в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли в животе, слабость, головокружение. Час назад был избит неизвестными.

*Объективно:* состояние больного тяжелое. Бледен, при попытке сесть отмечает головокружение. Лежать не может из-за усиления боли в животе, поэтому находится в полусидячем положении. Язык суховат, живот мягкий, умеренно болезнен при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины положительны, пульс 130 уд./мин, ритмичный, АД — 70/40 мм. рт.ст. Осмотр нейрохирурга — сотрясение головного мозга легкой степени.

Ваш диагноз? 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. Внутриплевральными осложнениями и без них.

2. Рассмотреть вопросы парадоксального дыхания при множественных двойных переломах ребер (оскольчатый перелом ребер) и тактику врача при этих состояниях.

3. Разобрать особенности клинической картины при сочетанных травмах и торакоабдоминальных ранениях.

4. Ознакомиться с методами диагностики травм груди, включая торакоскопию.

5. Разобрать показания к оперативным методам лечения и к закрытому ведению плевральной полости (дренаж, пункция).

6. Изучить клинико-рентгенологическую симптоматику "тампонады сердца".

7. Раскрыть возможные осложнения при травмах груди у оперированных пациентов и при дренировании плевральной полости.

8. Клиническую, топографическую анатомию и оперативную хирургию груди.

9. Виды операций при травме груди и легочных кровотечениях.

10. Наметить план обследования и обосновать последовательность использования необходимых лабораторных и инструментальных исследований, правильно оценить их результаты

11. Формулировать и аргументировать диагноз

12. Проводить дифференциальную диагностику травмы груди и легочного кровотечения

13. Обосновать лечебную тактику у больных с травмой груди и легочным кровотечением

14. Методами купирования болевого синдрома.

15. Вопросами асептики и антисептики в хирургии.

16. Принципами, приемами и методами обезболивания в хирургии.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

4. Наиболее характерным признаком разрыва легкого является:

6) Гемоторакс

7) Пневмоторакс

8) Затемнение легкого при рентгенологическом исследовании

9) Кровохаркание

10) Гемо-пневмоторакс

5. Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является:

6) Пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании

7) Боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье

8) Ослабленное дыхание на стороне травмы

9) Боль в подреберье

10) Общее тяжелое состояние больного

6. Для разрыва крупного бронха характерным является:

6) Напряженный пневмоторакс

7) Напряженная эмфизема средостения

8) Общее тяжелое состояние больного

9) Кровохаркание

10) Подкожная эмфизема

4. Больной упал с высоты 7 этажа. Диагностирован разрыв левого главного бронха. Решено больного оперировать. Наиболее оптимальным хирургическим доступом будет:

- 6) Передне-боковая торакотомия
- 7) Задне-боковая торакотомия
- 8) Боковая торакотомия по 7 межреберью
- 9) Стернотомия
- 10) Боковая торакотомия по 4 межреберью

5. Больной попал в автомобильную катастрофу. Диагностирован правосторонний гемопневмоторакс, подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Рентгенологически обнаружен перелом v, vi, vii ребер слева, причем перелом vi ребра со смещением костных отломков и проникновение одного из них в легочную ткань. Ваши действия включают:

- 6) Только дренирование плевральной полости
- 7) Торакотомию, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого
- 8) Экстраплевральный остеосинтез
- 9) Гемостатическую консервативную терапию
- 10) Искусственную вентиляцию легких

6. Основным методом лечения гемоторакса является:

- 6) Плевральная пункция
- 7) Дренирование плевральной полости
- 8) Широкая торакотомия
- 9) Подход должен быть строго индивидуальным
- 10) Торакотомия и ликвидация гемоторакса

7. Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие, тахикардия, АД – 80/20 мм рт.ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Имеет место укорочение перкуторного звука. Можно предположить:

- 1) Плевро-пульмональный шок
- 2) Ранение легкого
- 3) Ранение сердца
- 4) Ранение крупных сосудов средостения
- 5) Торако-абдоминальное ранение
- 6)

8. Больной получил дорожную травму. В процессе обследования выявлен перелом костей таза. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. У данного больного можно предположить:

- 1) Разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную
- 2) Внутривнутрибрюшное кровотечение
- 3) Тупую травму сердца
- 4) Разрыв легкого
- 5) Для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимо произвести дополнительные

методы исследования

9. Больная 4 часа назад получила множественные ножевые ранения грудной клетки. Кожные покровы нормальной окраски. Пульс 92 уд. В мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/70 мм. Рт. Ст. Гемопневмоторакса нет. Больной необходимо произвести:

- 1) Первичную хирургическую обработку ран грудной клетки
- 2) Левостороннюю торакотомию
- 3) Плевральную пункцию справа
- 4) Плевральную пункцию слева
- 5) Дренирование левой плевральной полости

10. Больной получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. Кожные покровы бледные. АД 90/60 мм. Рт. Ст., пульс 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки. Лечебная тактика сводится:

- 1) К плевральным лечебным пункциям
- 2) К только интенсивной терапии
- 3) К дренированию плевральной полости
- 4) К интенсивной терапии в сочетании с дренированием плевральной полости
- 5) К немедленной торакотомии

11. у больного, поступившего с двухсторонним переломом ребер, имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Необходимо предпринять:

- 1) Динамическое наблюдение

- 2) Дренирование обеих плевральных полостей
- 3) Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки
- 4) Насечки на коже грудной клетки и шеи
- 5) Дренирование плевральной полости

12. У больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом ребер (слева 5, справа 4), выраженная эмфизема средостения, двусторонний пневмоторакс. Оказание помощи необходимо начать:

- 1) С дренирования обеих плевральных полостей
- 2) С наложения трахеостомы и искусственной вентиляции легких
- 3) С двусторонней трахеостомы
- 4) С введения игл в подкожную клетчатку
- 5) С интубации и искусственной вентиляции легких

13. При большом свернувшемся гемотораксе 5-дневной давности необходимо выполнить:

- 1) Введение стрептокиназы или других ферментов в область гемоторакса
- 2) Широкою торакотомию, удаление гемоторакса
- 3) Дренирование плевральной полости
- 4) Повторение плевральной пункции
- 5) Введение антибиотиков в зону свернувшегося гемоторакса

14. Основным методом лечения гемоторакса является:

- 1) Широкая торакотомия
- 2) Дренирование плевральной полости
- 3) Дренирование плевральной полости двумя дренажами
- 4) Плевральная пункция
- 5) Торакоскопия и ликвидация гемоторакса

15. Абсолютными показаниями для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки являются:

- 1) Свернувшийся гемоторакс
- 2) Гемопневмоторакс
- 3) Продолжающееся кровотечение в плевральную полость
- 4) Проникающее ранение грудной клетки
- 5) Пневмоторакс

16. Наиболее выгодное место дренирования для устранения пневмоторакса:

- 1) 3 межреберье по средней ключичной линии
- 2) 2 межреберье по средней ключичной линии
- 3) 7 межреберье по средней аксиллярной линии
- 4) 8 межреберье по задней аксиллярной линии
- 5) 4 межреберье по передней подмышечной линии

17. При напряженном пневмотораксе показано:

- 1) Немедленное дренирование плевральной полости
- 2) Срочная торакотомия
- 3) Трахеостомия
- 4) Торакоскопия
- 5) Ивл

18. Существующее внутриплевральное давление:

- 1) Не изменяется в процессе дыхательного цикла
- 2) Увеличивается при глотании
- 3) Не зависит от давления в воздушных путях
- 4) Ниже атмосферного
- 5) Одинаково во всех отделах плеврального пространства

19. Наиболее глубокие расстройства газообмена наблюдаются:

- 1) При повреждении груди с открытым пневмотораксом
- 2) При повреждении груди с клапанным пневмотораксом
- 3) При массивном гемотораксе
- 4) При подкожной эмфиземе

20. Сильная девиация трахеи может быть вызвана:

- 1) Правосторонним пневмотораксом
- 2) Зобом

- 3) Левосторонней пневмоэктомией
- 4) Напряженным гемотораксом
- 5) Коллапсом левого легкого
- 6) Левосторонней эмпиемой

1) – 5	10) – 5
2) – 1	11) – 3
3) – 1,2,3,5	12) – 1
4) – 2	13) – 2
5) – 2	14) – 4
6) – 1	15) – 3
7) – 3	16) – 2
8) – 1	17) – 1
9) – 1	

### Рекомендуемая литература:

#### Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

#### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-

6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 6. Хирургия органов брюшной полости

### Тема 6.1. Хирургические заболевания желудка (семинар, практическое занятие)

**Цель:** изучение вопросов хирургической анатомии органов верхнего этажа брюшной полости, желудка, патофизиология желудка, диагностика и лечения заболеваний желудка.

**Задачи:** рассмотреть анатомофизиологические особенности органов верхнего этажа брюшной полости, особенности кровообращения; обучить всем методам диагностики и лечения данной патологии, изучить особенности кровообращения и физикального осмотра, сформировать компетенции в этом разделе хирургии

**Обучающийся должен знать:** основы топографической анатомии передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, желудка и двенадцатиперстной кишки.

основные вопросы нормальной и патологической физиологии желудка;

общие и специальные методы исследования в абдоминальной хирургии;

основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики заболеваний желудка;

принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с заболеваниями желудка, методы реабилитации;

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

**Обучающийся должен уметь:** получить информацию о развитии и течении заболевания органов верхнего этажа брюшной полости; выявить факторы риска развития острого хирургического заболевания органов верхнего этажа брюшной полости, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного с острыми заболеваниями органов верхнего этажа брюшной полости, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного с неотложными заболеваниями органов верхнего этажа брюшной полости, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий;

определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования при заболеваниях органов верхнего этажа брюшной полости (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить дифференцированный план обследования и лечения больного с заболеваниями органов верхнего этажа брюшной полости, проводить его коррекцию в динамике;

**Обучающийся должен владеть:** методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с патологией желудка; методикой физического осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клинико-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного; методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями; методикой консервативного и оперативного лечения заболеваний желудка.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Вопросы для собеседования:** анатомия органов верхнего этажа брюшной полости; анатомия и физиология органов верхнего этажа брюшной полости; особенности кровоснабжения желудка; методы обследования и лечения больных с заболеваниями желудка.

## **2. Практическая работа на практическом занятии.**

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

## **2. Практическая работа на семинаре.**

### **Тестирование по теме занятия**

1. Больной, страдающий кровоточащей язвой желудка, после проведенной терапии выведен из шока. Однако, проводимые консервативные мероприятия не позволяют добиться надежного гемостаза. В этом случае необходима
  - а) лапаротомия и резекция желудка
  - б) наложение гастростомы
  - в) применение гастростомы
  - г) продолжать консервативную терапию, включая применение диеты Мейленграхта
  - д) лапаротомия, наложение гастроэнтероанастомоза, обкалывание кровоточащего сосуда
2. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы, кроме
  - а) малой кривизны желудка
  - б) кардиального отдела желудка
  - в) антрального отдела желудка
  - г) нижнего отдела пищевода
  - д) постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки
3. При лечении прободной язвы 12-ти перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства, кроме
  - а) иссечения язвы
  - б) ушивания язвы
  - в) резекции желудка
  - г) пилоропластики с ваготомией
  - д) наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле
4. При перфоративной язве желудка необходимо провести
  - а) немедленную лапаротомию и в зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции
  - б) операцию после интенсивной терапии, коррекции белкового и минерального обмена
  - в) контрастное и гастроскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты
  - д) консервативную терапию с последующей операцией в интервале 3-6 недель
5. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками
  - а) инсулемы поджелудочной железы
  - б) синдрома приводящей петли
  - в) пептической язвы анастомоза
  - г) демпинг-синдрома
  - д) синдрома малого желудка

## **3. Решить ситуационные задачи**

Задача №1. Больной 45 лет обратился с жалобами на слабость, головокружение, рвота кофейной гущей, чёрный жидкий стул. Вышеописанные жалобы беспокоят со вчерашнего вечера. В последний месяц периодически беспокоили боли в эпигастриальной области. В приёмном покое хирургии дважды была рвота

кофейной гущей, АД 80/40 мм.рт.ст. При ректальном исследовании на перчатке чёрный жидкий зловонный кал.

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?

2. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №2. У больного 35 лет интенсивные боли по всему животу, тошнота, многократная рвота.

Вышеописанные жалобы беспокоят с утра. В последний месяц периодически беспокоили боли в эпигастральной области. При пальпации живот напряжён, перитонеальные симптомы положительные. По обзорной рентгенографии органов брюшной полости свободный газ под правым куполом диафрагмы.

1. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №3. У больного 52 лет постоянные ноющие боли в эпигастральной области, тошнота. За последний месяц похудел на 10 кг. В последние две недели стал замечать появление объёмного образования в эпигастральной области.

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?

2. В чем состоит лечебная тактика?

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

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме:

анатомофизиологические особенности органов верхнего этажа брюшной полости

2) Вопросы для самоконтроля

Анатомия органов верхнего этажа брюшной полости; анатомофизиологические особенности органов верхнего этажа брюшной полости: кровоснабжение, лимфоотток, физиология;

3) Тестовый контроль

1. Большой, страдающий кровоточащей язвой желудка, после проведенной терапии выведен из шока.

Однако, проводимые консервативные мероприятия не позволяют добиться надежного гемостаза. В этом случае необходима

а) лапаротомия и резекция желудка

б) наложение гастростомы

в) применение гастростомы

г) продолжать консервативную терапию, включая применение диеты Мейленграхта

д) лапаротомия, наложение гастроэнтероанастомоза, обкалывание кровоточащего сосуда

2. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы, кроме

а) малой кривизны желудка

б) кардиального отдела желудка

в) антрального отдела желудка

г) нижнего отдела пищевода

д) постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки

3. При лечении прободной язвы 12-ти перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства, кроме

а) иссечения язвы

б) ушивания язвы

в) резекции желудка

г) пилоропластики с ваготомией

д) наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле

4. При перфоративной язве желудка необходимо провести

а) немедленную лапаротомию и в зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции

б) операцию после интенсивной терапии, коррекции белкового и минерального обмена

в) контрастное и гастроскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты

д) консервативную терапию с последующей операцией в интервале 3-6 недель

5. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками

а) инсулемы поджелудочной железы

б) синдрома приводящей петли

в) пептической язвы анастомоза

г) демпинг-синдрома

д) синдрома малого желудка

6. К пострезекционным синдромам не относится

а) синдром малого желудка

б) демпинг-синдром

в) синдром приводящей петли

г) желчный гастрит культуры

д) сахарный диабет

7. Секретин образуется



- а) в двенадцатиперстной кишке
  - б) в печени
  - в) в поджелудочной железе
  - г) в дистальных отделах тонкой кишки
  - д) в гипоталамусе
8. Основным стимулятором освобождения секретина является
- а) соляная кислота
  - б) продукты расщепления белков
  - в) жиры
  - г) углеводы
  - д) все перечисленные факторы
9. Стимулятором выделения соляной кислоты обкладочными клетками желудка являются
- а) гастрин
  - б) гистамин
  - в) возбуждение блуждающего нерва
  - г) повышение уровня кальция в крови
  - д) все перечисленное выше
10. При стенозе III ст. пилорического отдела желудка необходимы
- а) немедленная лапаротомия и резекция желудка во всех случаях
  - б) операция после интенсивной парентеральной терапии, коррекции волевых расстройств
  - в) контрастное и эндоскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты, при подозрении на малигнизацию - операция
  - г) немедленная лапаротомия, переливание крови и плазмозаменяющих растворов, применение антибиотиков. В зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции
  - д) консервативная терапия, оперативное лечение не показано
11. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо выполнить все следующие мероприятия, кроме
- а) назначения соляной кислоты с пепсином в большом количестве
  - б) промывания желудка
  - в) введения растворов электролитов
  - г) введения белковых растворов
  - д) коррекции нарушения кислотно-щелочного состояния
12. У больного с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки при исследовании желудочной секреции выявлены: высокая секреция и кислотность в базальной и цефалической фазах и нормальная кислотность в желудочной фазе. Наиболее рациональной операцией в этом случае является
- а) субтотальная резекция желудка
  - б) ваготомия с пилоропластикой
  - в) ваготомия без дренирующей операции
  - г) резекция на выключение
  - д) наложение гастроэнтероанастомоза
13. Наиболее информативным при дифференциальной диагностике между язвой желудка и изъязвившейся карциномой является
- а) анализ желудочного сока
  - б) исследование кала на скрытую кровь
  - в) проведение гистаминовой пробы
  - г) положительный эффект на противоязвенный курс лечения
  - д) эзофагогастроскопия с биопсией
14. При рентгенологическом исследовании желудка выявлено неподвижное инородное тело. В данном случае необходимо
- а) назначить вазелиновое масло
  - б) назначить прием минеральной воды
  - в) выписать больного на амбулаторное наблюдение
  - г) назначить эзофагогастроскопию
  - д) назначить рентгенологический контроль
15. Одним из ранних симптомов острого расширения желудка после операции является
- а) икота
  - б) отсутствие кишечных шумов
  - в) вздутие в области эпигастрия
  - г) тахикардия
  - д) рвота
16. Острое расширение желудка может быть быстро распознано
- а) рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении
  - б) ларапоцентезом
  - в) назогастральной интубацией
  - г) перкуссией брюшной стенки

- д) исследованием плазмы крови на серотонин
17. У больного с острым расширением желудка не следует применять
- назогастральное дренирование желудка
  - инфузионную терапию
  - седативную терапию
  - антибиотикотерапию
  - постоянную декомпрессию желудка
18. При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные
- снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки
  - поздней обращаемостью
  - возможностью психозов
  - возможностью суицидальных попыток
  - всем перечисленным
19. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются
- рвота
  - желудочное кровотечение
  - напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
  - частый жидкий стул
  - икота
20. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают
- язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
  - постбульбарные язвы
  - язвы малой кривизны желудка
  - язвы большой кривизны желудка
  - язвы всех указанных локализаций
21. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме
- перфорации
  - кровотечения, не останавливаемого консервативными методами
  - малигнизации
  - большой глубины "ниши" пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании
  - декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка
22. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить
- доскообразный живот
  - сильные боли в эпигастрии
  - боли в поясничной области
  - повышение лейкоцитоза до 15000
  - легкая желтуха склер и кожных покровов
23. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить
- затеканием содержимого по правому боковому каналу
  - рефлекторными связями через спинно-мозговые нервы
  - скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
  - развивающимся разлитым перитонитом
  - висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка
24. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни
- остановившееся желудочное кровотечение
  - перфоративная язва
  - пенетрирующая язва
  - стеноз выходного отдела желудка
  - малигнизированная язва
25. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению
- демпинг-синдрома
  - гипогликемического синдрома
  - синдрома "малого желудка"
  - пептической язвы анастомоза
  - синдрома приводящей петли
26. Относительными показаниями к операции при язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме
- больших размеров язвы
  - язвы большой глубины (пенетрирующей)
  - низкой кислотности желудочного сока

- г) безуспешности консервативного лечения  
 д) каллезной язвы
27. К характерным признакам стеноза привратника относятся все перечисленные, кроме  
 а) желтухи  
 б) шума плеска натошак  
 в) похудания  
 г) отрыжки "тухлым"  
 д) болей в эпигастрии распирающего характера
28. Характерными жалобами для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются все перечисленные, кроме  
 а) болей через 1-1.5 часа после приема пищи  
 б) желтухи  
 в) иррадиации болей в поясничную область  
 г) ночных болей  
 д) рвоты
29. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является  
 а) двенадцатиперстная кишка  
 б) пилорический отдел желудка  
 в) малая кривизна желудка  
 г) большая кривизна желудка  
 д) кардиальный отдел желудка
30. Для синдрома Меллори - Вейса характерно образование трещин  
 а) в абдоминальном отделе пищевода  
 б) в кардиальном отделе желудка  
 в) в антральном отделе желудка  
 г) в пилорическом отделе желудка  
 д) в теле желудка
31. Для демпинг-синдрома не характерны  
 а) мышечная слабость  
 б) головокружение  
 в) приливы  
 г) потливость  
 д) повышенный аппетит
32. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается  
 а) в применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка  
 б) в периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва  
 в) в постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором  
 г) в местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости  
 д) в постоянной аспирации содержимого желудка при внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков
33. Наиболее частой причиной несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка является  
 а) гипопротеинемия  
 б) гипотензия во время операции  
 в) аксиальный поворот тонкой кишки  
 г) дуоденостаз  
 д) послеоперационный панкреатит
34. Пути распространения желудочно-кишечного содержимого при перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки зависят  
 а) от расположения желудка  
 б) от локализации прободного отверстия  
 в) от анатомического строения боковых каналов  
 г) от формы и расположения поперечно-ободочной кишки  
 д) от всего перечисленного
35. Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки следует дифференцировать  
 а) с несостоятельностью швов гастроэнтероанастомоза  
 б) с послеоперационным панкреатитом  
 в) с послеоперационным перитонитом  
 г) с несостоятельностью швов малой кривизны  
 д) со всем вышеперечисленным
36. Методом лечения анастомозита после резекции желудка является  
 а) энзимотерапия

- б)антибиотикотерапия
- в)назогастральная интубация
- г)рентгенотерапия
- д)все вышеперечисленное

37..Через 2 часа после резекции желудка по постоянному назогастральному зонду поступает кровь из культи желудка. Темп кровопотери около 500 мл за один час. Проводится гемостатическая и заместительная терапия. При отсутствии от нее эффекта следует

- а)продолжить местную гемостатическую терапию
- б)увеличить темп введения крови
- в)предпринять экстренную гастроскопию с целью гемостаза
- г)перелить фибрин
- д)срочно оперировать больного

38.В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается

- а)тахикардия
- б)схваткообразная боль
- в)локализованная, умеренная боль
- г)внезапно возникшая интенсивная боль
- д)жидкий стул

39.Прикрытой перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют

- а)малый диаметр прободного отверстия
- б)незначительное наполнение желудка
- в)топографическая близость соседних органов
- г)большой диаметр прободного отверстия
- д)хорошо развитый большой сальник

40.Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны

- а)при калезной язве
- б)при пенетрирующей язве
- в)при поверхностных эрозиях слизистой
- г)при тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0.1 см

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

##### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+

3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 6. Хирургия органов брюшной полости

### Тема 6.2. Хирургические заболевания кишечника и брыжейки (семинар, практическое занятие)

**Цель:** изучение вопросов хирургической анатомии органов брюшной полости, патофизиология кишечника и брыжейки, диагностика и лечения заболеваний кишечника и брыжейки.

**Задачи:** рассмотреть анатомофизиологические особенности органов брюшной полости, особенности кровообращения; обучить всем методам диагностики и лечения данной патологии, изучить особенности кровообращения и физикального осмотра, сформировать компетенции в этом разделе хирургии

**Обучающийся должен знать:** основы топографической анатомии передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, кишечника и брыжейки.

основные вопросы нормальной и патологической физиологии кишечника и брыжейки;

общие и специальные методы исследования в абдоминальной хирургии;  
основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики заболеваний кишечника и брыжейки;  
принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с заболеваниями кишечника и брыжейки;

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

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

**Обучающийся должен владеть:** методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с патологией кишечника и брыжейки, методикой физикального осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клиничко-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного; методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями; методикой консервативного и оперативного лечения заболеваний кишечника и брыжейки.

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

**1. Вопросы для собеседования:** анатомия органов брюшной полости; анатомия и физиология органов брюшной полости; особенности кровоснабжения кишечника и брыжейки; методы обследования и лечения больных с заболеваниями кишечника и брыжейки.

#### **2. Практическая работа на практическом занятии.**

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

#### **2. Практическая работа на семинаре.**

##### **Тестирование по теме занятия**

1. К предрасполагающим факторам, приводящим к развитию кишечной непроходимости, относятся все перечисленные, кроме

- а) врожденных аномалий кишечной трубки (мальротация, дивертикул Меккеля, наличие щелей, отверстий в брыжейке и пр.)
- б) чрезмерной подвижности органов врожденного или приобретенного характера
- в) наличия спаек, тяжей, сращений
- г) изменения моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза
- д) наличия различных образований, находящихся в просвете кишки, исходящие из ее стенки или соседних органов

2. К врожденным предрасполагающим факторам острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, кроме

- а) удвоения кишечника
- б) общей брыжейки подвздошной и слепой кишки
- в) situs viscerus inversus
- г) мобильный цекум
- д) мегадолихосигмы

3. К факторам, приводящим к развитию острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, исключая

- а) перегрузку пищеварительного тракта обильной грубой пищей
- б) изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма
- в) изменение моторной функции кишечника с преобладанием пареза
- г) "situs viscerus inversus"
- д) внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления

4. Перерастяжению кишечной стенки при острой кишечной непроходимости способствуют

- а) пищеварительные соки
- б) пищевые массы
- в) газы
- г) трансудат

д) все перечисленное

5. Основными причинами гипернатриемии при острой кишечной непроходимости являются все перечисленные, кроме

а) потери натрия с пищеварительными соками

б) перемещения натрия в клетки (трансмнерализация)

в) снижения уровня натрия вследствие развития метаболического ацидоза

г) выведения натрия с мочой

д) недостаточного поступления натрия в организм

### 3. Решить ситуационные задачи

Задача №1. Больной 45 лет обратился с жалобами на слабость, головокружение, рвота кофейной гущей, чёрный жидкий стул. Вышеописанные жалобы беспокоят со вчерашнего вечера. В последний месяц периодически беспокоили боли в эпигастральной области. В приёмном покое хирургии дважды была рвота кофейной гущей, АД 80/40 мм.рт.ст. При ректальном исследовании на перчатке чёрный жидкий зловонный кал. Из анамнеза наблюдается амбулаторно с диагнозом «Хроническая язва ДПК».

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?

2. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №2. У больного 35 лет интенсивные боли по всему животу, тошнота, многократная рвота.

Вышеописанные жалобы беспокоят с утра. В последний месяц периодически беспокоили боли в эпигастральной области. При пальпации живот напряжён, перитонеальные симптомы положительные. По обзорной рентгенографии органов брюшной полости свободный газ под правым куполом диафрагмы.

1. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №3. У больного 52 лет постоянные ноющие боли по всему животу, тошнота, рвота, отсутствие стула больше недели. За последний месяц похудел на 10 кг. В последние две недели стал замечать появление объёмного образования в правой подвздошной области. По обзорной рентгенографии органов брюшной полости раздутые петли кишечника с уровнями жидкости.

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?

2. В чем состоит лечебная тактика?

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме: анатомофизиологические особенности органов брюшной полости

2) Вопросы для самоконтроля

Анатомия органов брюшной полости;

анатомофизиологические особенности органов брюшной полости:

кровоснабжение, лимфоотток, физиология;

3) Тестовый контроль

1. К предрасполагающим факторам, приводящим к развитию кишечной непроходимости, относятся все перечисленные, кроме

а) врожденных аномалий кишечной трубки (мальротация, дивертикул Меккеля, наличие щелей, отверстий в брыжейке и пр.)

б) чрезмерной подвижности органов врожденного или приобретенного характера

в) наличия спаек, тяжей, сращений

г) изменения моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза

д) наличия различных образований, находящихся в просвете кишки, исходящие из ее стенки или соседних органов

2. К врожденным предрасполагающим факторам острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, кроме

а) удвоения кишечника

б) общей брыжейки подвздошной и слепой кишки

в) situs viscerus inversus

г) мобильный цекум

д) мегадолихосигмы

3. К факторам, приводящим к развитию острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, исключая

а) перегрузку пищеварительного тракта обильной грубой пищей

б) изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма

в) изменение моторной функции кишечника с преобладанием пареза

г) "сitus viscerus inversus"

д) внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления

4. Перерастяжению кишечной стенки при острой кишечной непроходимости способствуют

а) пищеварительные соки

б) пищевые массы

- в)газы
  - г)транссудат
  - д)все перечисленное
- 5.Основными причинами гипернатриемии при острой кишечной непроходимости являются все перечисленные, кроме
- а)потери натрия с пищеварительными соками
  - б)перемещения натрия в клетки (трансмнерализация)
  - в)снижения уровня натрия вследствие развития метаболического алкалоза
  - г)выведения натрия с мочой
  - д)недостаточного поступления натрия в организм
- 6.Назо-гастро-интестинальная интубация может вызвать все перечисленное, кроме
- а)синуситов и отитов
  - б)бронхитов и пневмонии
  - в)тромбоза легочной артерии
  - г)стеноза пищевода и гортани
  - д)разрыва варикозно расширенных вен пищевода
- 7.При острой кишечной непроходимости возникают следующие патофизиологические нарушения
- а)нарушение кровоснабжения в стенке кишки и депонирование крови в кишечной стенке
  - б)уменьшение объема циркулирующей крови
  - в)развитие тканевой гипоксии
  - г)нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы
  - д)все перечисленное
- 8.Повышение внутрикишечного давления и перерастяжение кишечной стенки при острой кишечной непроходимости приводит ко всем перечисленным изменениям, кроме
- а)ухудшения вентиляции легких
  - б)дополнительной потери жидкости
  - в)дополнительной потери белков и эритроцитов
  - г)возникновения мезентеральных тромбозов
  - д)развития функциональной кишечной непроходимости
- 9.Тяжесть состояния больного при узлообразовании обусловлена
- а)интоксикацией
  - б)потерями жидкости и электролитов
  - в)выключением из циркуляции значительных объемов плазмы
  - г)выключением из циркуляции значительных объемов красной крови
  - д)всем перечисленным
- 10.При острой кишечной непроходимости рвотные массы имеют все перечисленные особенности, кроме
- а)преимущественно желудочным содержимым
  - б)преимущественно тонкокишечным содержимым
  - в)преимущественно толстокишечным содержимым
  - г)с каловым запахом
  - д)цвета кофейной гущи
- 11.Боль при острой кишечной непроходимости характеризуется всем перечисленным, кроме
- а)обычно возникает внезапно, вне зависимости от приема пищи, в любое время суток, без предвестников
  - б)часто носит приступообразный характер
  - в)носит нарастающий характер в течение всего периода заболевания
  - г)отсутствует четкая локализация в каком-либо отделе брюшной полости
  - д)бывает постоянной, не исчезающей полностью во вне приступный период
- 12.Потери жидкости при острой кишечной непроходимости происходят
- а)с рвотными массами
  - б)с выдыхаемым воздухом в виде водяных паров
  - в)с кожной поверхности в виде пота
  - г)с мочой
  - д)всеми перечисленными путями
- 13.Для некоторых форм острой кишечной непроходимости характерен симптом Обуховской больницы, проявляемый
- а)четко отграниченной растянутой кишечной петлей, определяемой при пальпации живота
  - б)"шумом плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу
  - в)пустой баллонообразной ампулой прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования
  - г)шумом падающей капли
  - д)"пустой" илеоцекальной областью
- 14.Для симптома Обуховской больницы характерны
- а)дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку
  - б)шум падающей капли



- в) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании
- г) "пустая" илеоцекальная область
- д) пустая баллонообразная ампула прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования
15. Для симптома Склярова при острой кишечной непроходимости характерным является
- а) асимметричное вздутие боковых отделов живота, "косой живот"
- б) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании
- в) четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота
- г) "пустая" илеоцекальная область
- д) "шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу
16. Одним из ранних диагностических симптомов острой кишечной недостаточности является симптом Валя, для которого характерны
- а) "шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу
- б) дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку
- в) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании
- г) "пустая" илеоцекальная область
- д) четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота
17. Рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости являются все перечисленные, кроме
- а) жидкость в кишечных петлях преобладает над газом
- б) вздутие кишечника резко выражено и, как правило, относится к той его части, в которой имеется препятствие
- в) значительное скопление жидкости и газа в желудке в связи с его расширением
- г) чаши Клойбера четко контурируются и, как правило, определяется в большом количестве
- д) диафрагма расположена на обычном уровне и хорошо подвижна
18. Признаками нежизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости могут быть
- а) потеря тонуса кишки и отсутствие перистальтики
- б) цианоз кишки
- в) тусклость брюшинного покрова
- г) отсутствие пульсации сосудов брыжейки
- д) все перечисленное
19. Для определения жизнеспособности цианотичной неперестальтирующей, потерявшей тонус кишки при острой кишечной недостаточности, прибегают к следующим приемам
- а) обогреванию кишки салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжиданию в течение 5 минут
- б) введению в брыжейку тонкой кишки 50-60 мм 0.25% раствора новокаина
- в) нанесение на серозный покров кишки кристаллов поваренной соли
- г) все перечисленное
- д) ни один из перечисленных приемов не пригоден для определения жизнеспособности кишки
20. Некробиотические изменения стенки кишечника при странгуляционной кишечной непроходимости начинаются со стороны
- а) серозного покрова
- б) мышечного слоя
- в) подслизистого слоя
- г) слизистого слоя
- д) со стороны всех слоев одновременно
21. Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов, кроме
- а) деторсии
- б) сигмопексии
- в) мезосигмопликации
- г) резекции сигмовидной кишки
- д) выведения некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами
22. Лечение заворота сигмовидной кишки на ранних стадиях заболевания без признаков интоксикации может быть консервативным и заключаться
- а) в применении бариевой клизмы
- б) в расправлении перекрученной сигмовидной кишки с помощью зонда, вводимого через ректоскоп по Брунсгаарду
- в) в расправлении заворота с помощью колоноскопа
- г) возможен любой способ из указанных вариантов лечения
- д) ни один из указанных методов лечения

23. Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает в себя следующие методы, кроме
- а) одномоментной резекции жизнеспособной долихосигмы с наложением анастомоза
  - б) одномоментной резекции некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза
  - в) резекции сигмовидной кишки с наложением противоестественного заднего прохода с выведением на брюшную стенку, как центрального, так и периферического концов сигмовидной кишки
  - г) операций Гартмана или типа Гартмана
  - д) выворачивания омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу
24. Небольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место
- а) при спаечной кишечной непроходимости
  - б) при обтурационной кишечной непроходимости
  - в) при странгуляционной кишечной непроходимости
  - г) при паралитической форме динамической кишечной непроходимости
  - д) при спастической форме динамической кишечной непроходимости
25. При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать
- а) с хирургического вмешательства
  - б) с инфузионной терапии
  - в) с введения назогастрального зонда
  - г) с антибиотикотерапии
  - д) с применения препаратов антихолинэстеразного действия
26. В лечении кист поджелудочной железы применяется цистогастротомия, частыми осложнениями после этой операции является
- а) эзофагит, вызванный попаданием трипсина
  - б) рецидив кисты
  - в) послеоперационное кровотечение
  - г) инфекция
  - д) злокачественное
27. Причинами развития свищей слепой кишки после аппендэктомии являются
- а) масштабы воспалительных и деструктивных изменений в отростке
  - б) диагностические ошибки
  - в) технические ошибки по ходу операции
  - г) ошибки в тактике лечения и ведения послеоперационного периода
  - д) все перечисленные
28. Тактика лечения неполных несформировавшихся свищей толстой кишки, открывающихся в гнойную полость включает - (1) вскрытие и дренирование гнойных затеков - (2) активную аспирацию из раны - (3) срочную радикальную операцию - (4) интенсивную терапию - (5) отключение свища с помощью наложения противоестественного заднего прохода
- а) правильно 1, 2, 3 и 4
  - б) правильно 2, 3, 4 и 5
  - в) правильно 1, 3, 4 и 5
  - г) правильно 1, 2, 4 и 5
  - д) правильно 1, 2, 3 и 5
29. У больных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается
- а) эвентрация
  - б) образование кишечных свищей
  - в) тромбоэмболия легочной артерии
  - г) формирование гнойников брюшной полости
  - д) пневмония
30. Ведущим в лечении больных перитонитом является
- а) хирургическое вмешательство
  - б) дезинтоксикационная терапия
  - в) рациональная антибиотикотерапия
  - г) борьба с парезом кишечника
  - д) устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания
31. Перфорация любого полого органа брюшной полости характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме
- а) появления резкой боли
  - б) напряжения мышц передней брюшной стенки
  - в) брадикардии
  - г) Френикус-симптома
  - д) симптома Мейо - Робсона
32. Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от всех указанных факторов, кроме
- а) массы тела больного
  - б) характера микрофлоры
  - в) степени выраженности интоксикации

- г) гиповолемии  
 д) степени нарушения белкового, электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия
33. При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост  
 а) стафилококка  
 б) протей  
 в) кишечной палочки  
 г) смешанной флоры  
 д) анаэробной флоры
34. #546/1551 (тема #9) [д] вес:5  
 088. При ущемлении грыжи содержимым грыжевого мешка могут оказаться, как правило, все перечисленные органы, кроме  
 а) тонкой кишки и меккелева дивертикула  
 б) сигмовидной кишки и сальника  
 в) слепой кишки и червеобразного отростка  
 г) маточной трубы и яичника  
 д) желчного пузыря и желудка
35. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются  
 а) со слизистого слоя  
 б) с подслизистого слоя  
 в) с мышечного слоя  
 г) с субсерозного слоя  
 д) с серозного слоя
36. К грыжам, требующим первоочередной профилактической операции в связи с частыми ущемлениями, относятся  
 а) бедренные  
 б) косые паховые  
 в) пупочные  
 г) грыжи белой линии живота  
 д) прямые паховые
37. Местными клиническими признаками ущемления грыжи являются  
 а) внезапно возникшие резкие боли в области грыжевого образования  
 б) увеличение в размерах, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания  
 в) невосприимчивость грыжи  
 г) отрицательный симптом кашлевого толчка  
 д) все перечисленное
38. Грыжевой мешок бедренной грыжи граничит с латеральной стороны  
 а) с бедренной артерией  
 б) с бедренной веной  
 в) с куперовской связкой  
 г) с бедренным нервом  
 д) с пупартовой связкой
39. При ущемлении петли кишки при грыжах наибольшие патологические изменения происходят  
 а) в приводящей петле  
 б) в отводящей петле  
 в) в приводящей и отводящей петле в равной степени  
 г) в сегменте брыжейки ущемленной кишки  
 д) во всех перечисленных отделах
40. При высокой obtурации желчных протоков на первый план выступают все следующие симптомы, кроме  
 а) выраженной лихорадки  
 б) быстрого появления желтухи  
 в) быстрого похудения  
 г) сильного кожного зуда  
 д) диспептических расстройств

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

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

2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

#### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диск	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-

13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 6. Хирургия органов брюшной полости

### Тема 6.3. Хирургические заболевания печени и желчных протоков (семинар, практическое занятие)

**Цель:** изучение вопросов хирургической анатомии органов верхнего этажа брюшной полости, печени и желчных протоков, патофизиология печени и желчных протоков, диагностика и лечения заболеваний печени и желчных протоков.

**Задачи:** рассмотреть анатомофизиологические особенности органов верхнего этажа брюшной полости, особенности кровообращения; обучить всем методам диагностики и лечения данной патологии, изучить особенности кровообращения и физикального осмотра, сформировать компетенции в этом разделе хирургии

**Обучающийся должен знать:** основы топографической анатомии передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, печени и желчных протоков.

основные вопросы нормальной и патологической физиологии печени и желчных протоков; основные и специальные методы исследования в абдоминальной хирургии;

основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики заболеваний печени и желчных протоков; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с заболеваниями печени и желчных протоков, методы реабилитации;

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

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

**Обучающийся должен владеть:** методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с патологией печени и желчных протоков; методикой физикального осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клинико-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного; методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями; методикой консервативного и оперативного лечения заболеваний печени и желчных протоков.

#### Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

**1. Вопросы для собеседования:** анатомия органов верхнего этажа брюшной полости; анатомия и физиология органов верхнего этажа брюшной полости; особенности кровоснабжения печени и желчных протоков; методы обследования и лечения больных с заболеваниями печени и желчных протоков.

**2. Практическая работа на практическом занятии:** чтение рентгенограмм, интерпретация заключений УЗИ, КТ, МРТ; решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков: пальпация брюшной полости, освоение манипуляций: УЗИ, рентгенография.

#### **3. Практическая работа на семинаре**

##### **Решить ситуационные задачи**

Задача №1. Больной 45 лет обратился с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, боли в правом подреберье. Вышеописанные жалобы беспокоят со вчерашнего вечера, после приёма жирной пищи. В последний месяц периодически беспокоили боли в правом подреберье после погрешности в диете. По УЗИ - конкременты желчного пузыря, увеличение размеров, толщины стенки желчного пузыря.

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?

2. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №2. У больного 55 лет интенсивные боли в правой подреберной области, тошнота, многократная рвота, потемнение мочи, пожелтение склер и кожи. Вышеописанные жалобы беспокоят уже последние 3 дня. В последний месяц периодически беспокоили боли в правом подреберье. При пальпации живот напряжён, Симптомы Кера, Ортнера, Грекова положительные. В приёмном покое взят анализ крови на прямой билирубин 120, общий билирубин 210.

1. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №3. У больного 52 лет постоянные тянущие боли в правом подреберье, тошнота. За последний месяц похудел на 10 кг. В последние две недели стал замечать появление объёмного образования в правом подреберье. В анамнезе левосторонняя гемиколэктомия по поводу S<sub>г</sub> сигмовидной кишки.

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза

2. В чем состоит лечебная тактика?

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

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме: анатомофизиологические особенности органов верхнего этажа брюшной полости

2) Вопросы для самоконтроля

- Анатомия органов верхнего этажа брюшной полости;
- анатомофизиологические особенности органов верхнего этажа брюшной полости;
- кровоснабжение, лимфоотток, физиология;

3) Тестирование

1. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде ко всем перечисленным тяжелым осложнениям, кроме

а) ограниченного или разлитого желчного перитонита

б) образования подпеченочных гнойников

в) развития наружного желчного свища

г) тромбоза мелких ветвей легочной артерии

д) развития поддиафрагмального абсцесса

2. Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно

а) ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой

б) шив проток на Т-образном дренаже

в) шив проток на Г-образном дренаже

г) наложив билиодигестивный анастомоз

д) любым из перечисленных

3. Для холангита характерными являются

а) лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа

б) потрясающие ознобы

в) повышение потливости, жажда, сухость во рту

г) увеличение селезенки

д) все перечисленное

4. К симптомам, характерным для обтурационной желтухи, возникшей на почве калькулезного холецистита, относятся все перечисленные, кроме

а) приступообразных болей типа печеночной колики

б) быстрого развития желтухи после болевого приступа

в) желчный пузырь чаще не пальпируется, область его резко болезненна

г) похудания, резкой слабости

д) неинтенсивного зуда кожи

5. У больных холедохолитиазом могут возникнуть все следующие осложнения, кроме

а) холангита

б) обтурационной желтухи

в) рубцовых изменений протока

г) пролежней стенки протока

д) рака желчного пузыря

6. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует

а) сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку

б) наложить холедоходуоденоанастомоз

в) после дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока

г) вскрыть холедок и попытаться удалить камень; при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной кишки и дренировать общий желчный проток

д) наложить холедохэнтероанастомоз

7. Рациональным лечением желчно-каменной болезни является

- а) диетическое
  - б) медикаментозное
  - в) хирургическое
  - г) санаторно-курортное
  - д) лечение минеральными водами
8. Перемежающуюся желтуху можно объяснить
- а) камнем пузырного протока
  - б) камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
  - в) клиновидным камнем большого дуоденального соска
  - г) вентильным камнем холедоха
  - д) опухолью внепеченочных желчных протоков
9. При операции по поводу острого холецистита, осложненного панкреатитом (отечная форма) наиболее целесообразной тактикой хирурга следует считать
- а) типичную холецистэктомию
  - б) после удаления желчного пузыря дренировать холедох через культю пузырного протока
  - в) после холецистэктомии дренировать общий желчный проток Т-образным дренажем
  - г) после холецистэктомии дренировать сальниковую сумку
  - д) наложить холецистостому
10. К наиболее частым причинам, обуславливающим острую желчную гипертензию, относятся
- а) опухоли гепатопанкреатодуоденальной области
  - б) стеноз большого дуоденального сосочка
  - в) холедохолитиаз, как осложнение желчно-каменной болезни и холецистита
  - г) дуоденальная гипертензия
  - д) глистная инвазия
11. Во время операции по поводу желчно-каменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями и расширенный до 2.5 см общий желчный проток. Больному следует
- а) произвести холецистэктомию
  - б) произвести холецистэктомию, затем холангиографию
  - в) сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока
  - г) наложить холецистостому
  - д) произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка
12. Острый холецистит необходимо дифференцировать
- а) с прободной язвой желудка
  - б) с пенетрирующей язвой двенадцатиперстной кишки
  - в) с правосторонней базальной пневмонией
  - г) с острым аппендицитом при атипичном расположении червеобразного отростка
  - д) со всем перечисленным
13. Острый деструктивный холецистит может привести к следующим осложнениям
- а) разлитому желчному перитониту
  - б) ограниченному гноянику брюшной полости (поддиафрагмальный, подпеченочный и др.), абсцессу печени
  - в) холангиту
  - г) водянке желчного пузыря
  - д) всем перечисленным
14. Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Наиболее целесообразно для нее
- а) диетотерапия, применение спазмолитиков
  - б) санаторно-курортное лечение
  - в) плановое хирургическое лечение
  - г) лечение сахарного диабета и стенокардии
  - д) хирургическое лечение только по витальным показаниям
15. Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате всего перечисленного, кроме
- а) холедохолитиаза
  - б) обтурации камнем или слизистой пробкой пузырного протока
  - в) отека головки поджелудочной железы
  - г) холангита
  - д) глистной инвазии общего желчного протока
16. Чрескожная чреспеченочная холангиография является методом, позволяющим диагностировать
- а) абсцесс печени
  - б) внутрипеченочный сосудистый блок
  - в) билиарный цирроз печени
  - г) непроходимость желчных путей при механической желтухе
  - д) хронический гепатит
17. Распознаванию причины механической желтухи более всего способствует
- а) пероральная холецистография

- б)внутривенная холецистохолангиография
  - в)ретроградная (восходящая) холангиография
  - г)сцинтиграфия печени
  - д)прямая спленопортография
18. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано
- а)с желчно-каменной болезнью
  - б)со стенозирующим папиллитом
  - в)с забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз
  - г)с псевдотуморозным панкреатитом
  - д)с опухолью головки поджелудочной железы
19. Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и
- а)слепой кишкой
  - б)малой кривизной желудка
  - в)двенадцатиперстной кишкой
  - г)тощей кишкой
  - д)ободочной кишкой
20. Общий желчный проток должен быть обследован у всех больных
- а)механической желтухой
  - б)панкреатитом
  - в)при расширении общего желчного протока
  - г)с клиникой холедохолитиаза
  - д)во всех перечисленных ситуациях
21. К осложнениям, обусловленным холелитиазом, следует отнести
- а)гангрену и эмпиему желчного пузыря
  - б)острый панкреатит
  - в)желтуху
  - г)холангит
  - д)все перечисленное
22. Впервые в медицинской практике выполнил холецистэктомию
- а)Курвуазье Л.
  - б)Лангенбух К.
  - в)Монастырский Н.Д.
  - г)Федоров С.П.
  - д)Кер Г.
23. Рубцовая стриктура внепеченочных желчных протоков сопровождается всем перечисленным, кроме
- а)развития желчной гипертензии
  - б)застоя желчи
  - в)образования конкрементов и замазки
  - г)развития обтурационной желтухи
  - д)дуоденостаза
24. Желчные камни чаще всего состоят
- а)из холестерина
  - б)из цистина
  - в)из оксалатов
  - г)из солей желчных кислот
  - д)из мочевой кислоты
25. Холестероз желчного пузыря наиболее часто сочетается
- а)с острым холециститом
  - б)с желчно-каменной болезнью
  - в)со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта
  - г)с раком желчного пузыря
  - д)с хроническими неспецифическими заболеваниями легких
26. Пути проникновения инфекции в ткань печени являются все перечисленные, кроме
- а)воротной вены
  - б)печеночной артерии
  - в)нижней полой вены
  - г)желчевыводящих путей
  - д)лимфатических сосудов
27. По воротной вене инфекция попадает в печень
- а)из воспалительных очагов органов брюшной полости
  - б)из большого круга кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдаленных органов
  - в)из желчного пузыря при деструктивных формах острого холецистита
  - г)из желчевыводящих путей при гнойном холангите
  - д)из левых отделов сердца при септическом эндокардите



28. Множество мелких абсцессов в печени, как правило, развиваются
- при остром деструктивном холецистите
  - при заплывании аскарид во внутрипеченочные желчные ходы
  - при нагноении вокруг инородного тела печени
  - при нагноении паразитарной кисты печени
  - при тяжелом гнойном холангите
29. Антибактериальная терапия абсцессов печени должна основываться на следующих принципах
- применения антибиотиков широкого спектра действия
  - применения комбинации антибиотиков
  - применения антибиотиков только после определения характера микрофлоры и ее чувствительности
  - учета степени выделения антибиотиков желчью
  - на всех перечисленных
30. Основным видом оперативного вмешательства при солитарных абсцессах печени является
- резекция доли или сегмента печени
  - наложение билиодигестивного соустья
  - вскрытие и дренирование абсцесса
  - трансплантация печени
  - гемигепатэктомия
31. Заболевание амебным абсцессом печени, как правило, совпадает
- с учащением случаев амебной дизентерии
  - с учащением случаев инфекционного гепатита
  - с учащением случаев описторхоза
  - с эпидемией острых респираторных вирусных заболеваний
  - с сезонными обострениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
32. Абсцессы амебного происхождения отличаются от абсцессов другой этиологии всем перечисленным, кроме
- множественных подкапсульных расположений
  - крупных размеров
  - отсутствия истинной пиогенной оболочки
  - содержимого коричневатого цвета
  - выпавшего из гноя осадка, напоминающего "кофейную гущу"
33. Специфическим антиамебным средством являются
- антибиотики аминогликозидового ряда
  - метранидазол
  - эметин, хлорохин, дифосфат
  - хинин
  - антибиотики цефалоспоринового ряда
34. При наличии крупных амебных абсцессов печени комплексная консервативная терапия должна сочетаться
- с пункционной аспирацией содержимого полости гноя и введением в нее антиамебных препаратов
  - с лапаротомией, вскрытием и дренированием полости гноя
  - с резекцией пораженной доли печени
  - с гемигепатэктомией
  - ничего из вышеперечисленного
35. К портальным анастомозам относятся все указанные, кроме
- porto-гастро-эзофагокавального анастомоза
  - portoкавального анастомоза через umbilикальные вены
  - portoкавального анастомоза через геморроидальные вены
  - portoкавального анастомоза через вены брюшинного пространства
  - portoкавального анастомоза через париетальную плевру
36. Наличие внутрипеченочной портальной гипертензии можно заподозрить при наличии в анамнезе указаний на все перечисленные заболевания, кроме
- гепатита
  - хронического алкоголизма
  - кишечных заболеваний
  - перенесенных малярии, бруцеллеза и сифилиса
  - травмы позвоночника
37. Диагноз смешанной формы портальной гипертензии ставится на основании всего перечисленного, кроме
- анамнеза
  - клинико-лабораторных данных
  - биопсии печени
  - ангиографического исследования портальной системы
  - изменения артериального давления
38. Для синдрома Бадда - Хиари не являются характерными
- гепатомегалия

- б)портальная гипертензия
- в)асцит
- г)отеки нижних конечностей
- д)отеки лица

39. Для поздней стадии цирроза печени характерно все перечисленное, кроме

- а)спленомегалии
- б)варикозного расширения вен пищевода
- в)варикозного расширения вен передней брюшной стенки
- г)асцита
- д)острого расширения желудка

40.О быстро нарастающем ухудшении состояния больного при компенсированном циррозе печени свидетельствует

- а)нарастающая слабость
- б)появление асцита
- в)желтуха
- г)все перечисленное
- д)только б) и в)

### Рекомендуемая литература:

#### Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

#### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолестецистэктомиический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-

6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 6. Хирургия органов брюшной полости

### Тема 6.4. Хирургические заболевания селезенки (семинар, практическое занятие)

**Цель:** изучение вопросов хирургической анатомии органов верхнего этажа брюшной полости, селезенки, патофизиология селезенки, диагностика и лечения заболеваний селезенки.

**Задачи:** рассмотреть анатомофизиологические особенности органов верхнего этажа брюшной полости, особенности кровообращения; обучить всем методам диагностики и лечения данной патологии, изучить особенности кровообращения и физикального осмотра, сформировать компетенции в этом разделе хирургии

**Обучающийся должен знать:** основы топографической анатомии передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, селезенки.

основные вопросы нормальной и патологической физиологии селезенки;

общие и специальные методы исследования в абдоминальной хирургии;

основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики заболеваний селезенки;

принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с заболеваниями селезенки, методы реабилитации;

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

**Обучающийся должен уметь:** получить информацию о развитии и течении заболевания органов верхнего этажа брюшной полости; выявить факторы риска развития острого хирургического заболевания органов верхнего этажа брюшной полости, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного с острыми заболеваниями органов верхнего этажа брюшной полости, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного с неотложными заболеваниями органов верхнего этажа брюшной полости, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий;

определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования при заболеваниях органов верхнего этажа брюшной полости (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить дифференцированный план обследования и лечения больного с заболеваниями органов верхнего этажа брюшной полости, проводить его коррекцию в динамике;

**Обучающийся должен владеть:** методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с патологией селезёнки; методикой физического осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клиничко-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного; методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями; методикой консервативного и оперативного лечения заболеваний селезёнки.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Вопросы для собеседования:** анатомия органов верхнего этажа брюшной полости; анатомия и физиология органов верхнего этажа брюшной полости; особенности кровоснабжения селезёнки; методы обследования и лечения больных с заболеваниями селезёнки.

## **2. Практическая работа на практическом занятии.**

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

## **2. Практическая работа на семинаре.**

### **Тестирование по теме занятия**

1. Какой тип кровоточивости характерен для гемофилии А и В?

- 1) гематомный
- 2) петехиально-пятнистый
- 3) смешанный синячково-гематомный
- 4) локуло-вакулитный
- 5) ангиоматозный

2. Какой тип кровоточивости характерен для тромбоцитопении?

- 1) гематомный
- 2) петехиально-экхиматозный
- 3) смешанный синячково-гематомный
- 4) локуло-вакулитный
- 5) ангиоматозный

3. Какой тип кровоточивости характерен для ДВС-синдрома?

- 1) гематомный
- 2) петехиально-экхиматозный
- 3) смешанный синячково-гематомный
- 4) локуло-вакулитный
- 5) ангиоматозный

4. Какой тип кровоточивости характерен для геморрагического васкулита?

- 1) гематомный
- 2) петехиально-пятнистый
- 3) смешанный синячково-гематомный
- 4) локуло-вакулитный
- 5) ангиоматозный

5. Средняя продолжительность жизни эритроцитов составляет:

- 1) 10 дней
- 2) 20 дней
- 3) 60 дней
- 4) 120 дней
- 5) 180 дней

## **3. Решить ситуационные задачи**

Задача №1. Больной 45 лет обратился в поликлинику к терапевту с заключениями общего анализа крови (снижением числа эритроцитов, лейкоцитов или тромбоцитов). Терапевт при пальпации выявил объёмное (до пупка) плотное образование в левой подреберной области.

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?

2. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №2. У больного 55 лет интенсивные боли по всему животу. Вышеописанные жалобы беспокоят с утра. Из анамнеза, вчера вечером упал в ванной ударился левым боком. При осмотре: диффузная гематома на коже на уровне 12 межреберья по средней подмышечной линии. При пальпации живот напряжён,

перитонеальные симптомы положительные. Пульс 90, нитевидный. АД 90/60 мм.рт.ст. Кожные покровы бледные. В приёмном покое взят ОАК - признаки анемии. По УЗИ органов брюшной полости – свободная жидкость в брюшной полости.

1. В чем состоит лечебная тактика?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме: анатомофизиологические особенности органов верхнего этажа брюшной полости

2) Вопросы для самоконтроля

Анатомия органов верхнего этажа брюшной полости; анатомофизиологические особенности органов верхнего этажа брюшной полости: кровоснабжение, лимфоотток, физиология;

3) Тестовый контроль

1. Какой тип кровоточивости характерен для гемофилии А и В?

1) гематомный

2) петехиально-пятнистый

3) смешанный синячково-гематомный

4) локуло-вакулитный

5) ангиоматозный

2. Какой тип кровоточивости характерен для тромбоцитопении?

1) гематомный

2) петехиально-эхиматозный

3) смешанный синячково-гематомный

4) локуло-вакулитный

5) ангиоматозный

3. Какой тип кровоточивости характерен для ДВС-синдрома?

1) гематомный

2) петехиально-эхиматозный

3) смешанный синячково-гематомный

4) локуло-вакулитный

5) ангиоматозный

4. Какой тип кровоточивости характерен для геморрагического васкулита?

1) гематомный

2) петехиально-пятнистый

3) смешанный синячково-гематомный

4) локуло-вакулитный

5) ангиоматозный

5. Средняя продолжительность жизни эритроцитов составляет:

1) 10 дней

2) 20 дней

3) 60 дней

4) 120 дней

5) 180 дней

6. Как меняется уровень сывороточного железа при железодефицитной анемии:

1) резко повышен

2) снижен

3) никогда не меняется

4) повышен незначительно

7. Какой признак является основным для диагностики гипохромной анемии?

1) снижение тромбоцитов

2) снижение эритроцитов

3) повышение ретикулоцитов

4) низкий цветовой показатель

8. Для заменного переливания крови при конфликте по АВО-системе используются:

1) эритроциты O(1) группы и плазма АВ(4) группы крови

2) одногруппная кровь

3) кровь универсального донора

9. У ребенка на 2-й день жизни кровотечение из сосудов пупочного остатка, мелена, микрогематурия. Наиболее вероятный диагноз?

1) врожденный лейкоз

2) геморрагическая болезнь новорожденных

3) гемофилия А

- 4) геморрагический васкулит
10. Какие исследования более целесообразны при тромбоцитопении?
- 1) исследование адгезии и агрегации тромбоцитов
  - 2) исследование коагулограммы
  - 3) определение ретракции кровяного сгустка
  - 4) определение протромбина и фибриногена
  - 5) определение длительности кровотечения по Дюке
11. Какая геморрагическая сыпь характерна для тромбоцитопении?
- 1) васкулитно-пурпурная
  - 2) локализованная вокруг суставов
  - 3) петехиально-экхиматозная
  - 4) несимметрично расположенная
12. Назовите методы лечения при идиопатической тромбопенической пурпуре:
- 1) спленэктомия
  - 2) криопреципитат
  - 3) преднизолон
  - 4) инфузия иммуноглобулина G
  - 5) пульс-терапия мети
- 2) трансфузия криопреципитата
- 3) преднизолон
  - 4) переливание очищенного VIII фактора
14. Какие функции выполняют тромбоциты в гемостазе?
- 1) ангиотрофическую
  - 2) адгезивно-агрегационную
  - 3) вазоконстрикторную
  - 4) способствуют ретракции кровяного сгустка
  - 5) активируют фибринолиз
15. Для гемофилии характерные изменения гемостазиограммы:
- 1) резкое удлинение времени свертывания крови по Ли-Уайту
  - 2) длительность кровотечения по Дюке 10 мин
  - 3) гипокоагуляционный тип изменения активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)
  - 4) снижение ретракции кровяного сгустка
  - 5) низкий уровень VIII и IX факторов
16. Для идиопатической тромбоцитопенической пурпуры характерны следующие гематологические изменения:
- 1) время свертывания крови 15 мин по Ли-Уайту
  - 2) длительность кровотечения по Дюке 10 мин
  - 3) кол-во тромбоцитов менее 30,010<sup>9</sup>
- /л
- 4) снижение ретракции кровяного сгустка
17. Укажите клинические проявления тромбоцитопенической пурпуры:
- 1) симметричная сыпь красного цвета в виде пятен и папул на разгибательных поверхностях
  - 2) синяки и мелкоточечные кровоизлияния по всему телу
  - 3) кровоизлияния в суставы
  - 4) носовые кровотечения
  - 5) схваткообразные боли в животе
18. Укажите клинические проявления гемофилии:
- 1) симметричная сыпь красного цвета в виде папул и пятен на разгибательных поверхностях
  - 2) синяки и мелкоточечные кровоизлияния по всему телу
  - 3) подкожные и внутримышечные гематомы
  - 4) непрекращающиеся кровотечения при травмах, экстракции зубов
  - 5) кровоизлияния в суставы
19. Укажите клинические проявления геморрагического васкулита:
- 1) симметричная геморрагическая сыпь в виде папул и пятен на разгибательных поверхностях суставов
  - 2) схваткообразные боли в животе
  - 3) подкожные и внутримышечные гематомы
  - 4) непрекращающиеся кровотечения при мелких травмах
20. Какие из перечисленных препаратов применяются при гемолитическом кризе?
- 1) преднизолон

- 2) десферал
- 3) ферроплекс
- 4) витамин В12
21. Какие гематологические показатели характерны для наследственной микросфероцитарной анемии?
  - 1) снижение цветового показателя
  - 2) ретикулоцитоз
  - 3) микросфероцитоз эритроцитов
  - 4) снижение осмотической резистентности эритроцитов
22. Какие из перечисленных препаратов нежелательно назначать ребенку с тромбоцитопенической пурпурой?
  - 1) аспирин
  - 2) карбенициллин
  - 3) ампициллин
  - 4) глюконат кальция
23. К регенераторным формам эритроцитов относятся:
  - 1) ретикулоциты
  - 2) полихроматофилы
  - 3) пойкилоциты
  - 4) анизоциты
  - 5) нормобласты
24. Какие из перечисленных лабораторных показателей характерны для железодефицитной анемии?
  - 1) сидеропения
  - 2) гипохромия
  - 3) тромбоцитопения
  - 4) появление бластов в периферической крови
  - 5) анизоцитоз, пойкилоцитоз
25. Какие симптомы характерны для апластической анемии?
  - 1) лейкопения
  - 2) высокий ретикулоцитоз
  - 3) лейкоцитоз
  - 4) тромбоцитопения
  - 5) анемия
26. Для каких заболеваний характерна панцитопения?
  - 1) острый лейкоз
  - 2) геморрагический васкулит
  - 3) апластическая анемия
  - 4) идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
27. Какие изменения характерны для фолиеводефицитной анемии?
  - 1) снижение числа эритроцитов
  - 2) увеличение размеров эритроцитов
  - 3) гипохромия
  - 4) гиперхромия
28. Какой диагноз можно поставить при значении сывороточного железа 3-7 мкмоль/л?
  - 1) хронический гемолиз
  - 2) апластическая анемия
  - 3) железодефицитная анемия
  - 4) болезнь Минковского-Шоффара
29. Какие нарушения характерны для III стадии ДВС-синдрома?
  - 1) гемартрозы
  - 2) геморрагические высыпания на коже
  - 3) нарушения ретракции кровяного сгустка
  - 4) гипофибриногенемия
30. Величина гематокрита у здорового ребенка:
  - 1) 20-25
  - 2) 35-45
  - 3) 50-60
31. Какие агглютинины содержатся в сыворотке 4 группы крови?
  - 1) сыворотка содержит агглютинин "а"
  - 2) сыворотка содержит агглютинин "b"
  - 3) сыворотка содержит оба агглютинина
  - 4) сыворотка не содержит агглютининов
32. Назовите симптомы, характерные для сидеропении:

- 1) трофические расстройства кожи и ее придатков (волос, ногтей)
  - 2) изменение вкуса и обоняния
  - 3) синдром мальабсорбции
  - 4) повышенная восприимчивость к респираторным и кишечным инфекциям
  - 5) повышенный аппетит
33. Назовите изменения со стороны сердечно-сосудистой системы у детей с тяжелой железодефицитной анемией:
- 1) тахикардия
  - 2) систолический шум над верхушкой
  - 3) смещение границ относительной сердечной тупости влево
  - 4) приглушенность тонов сердца
  - 5) пароксизмальная тахикардия
34. Назовите заболевания, при которых развивается хроническая постгеморрагическая анемия:
- 1) идиопатический гемосидероз легких
  - 2) трихоцефаллез
  - 3) дивертикул Меккеля
  - 4) синдром мальабсорбции
  - 5) острая пневмония
35. Перечислите показания к назначению витамина В12 при железодефицитных анемиях:
- 1) гипорегенераторный тип эритропоэза
  - 2) гипохромия в сочетании с макроцитозом
  - 3) гипохромия в сочетании с микроцитозом
  - 4) сидеропения
36. Какие из указанных жалоб характерны для В12-фолиеводефицитной анемии:
- 1) выпадение волос
  - 2) пощипывание языка
  - 3) чувство ползания мурашек
  - 4) бледность
37. Для каких из перечисленных анемий характерна гепатоспленомегалия:
- 1) гемолитическая
  - 2) мегалобластная
  - 3) апластическая
  - 4) железодефицитная
38. Назовите диаметр нормальных эритроцитов:
- 1) 7,2\*0,5 мкм
  - 2) меньше 6,7 мкм
  - 3) больше 7,7 мкм
  - 4) больше 9,0 мкм
39. Назовите основные клинические симптомы при апластической анемии:
- 1) общая слабость
  - 2) геморрагическая сыпь
  - 3) язвенно-некротическая ангина
  - 4) боли в области сердца
  - 5) бледность
40. Назовите изменения со стороны периферической крови при железодефицитной анемии:
- 1) уменьшается содержание гемоглобина
  - 2) гипохромия эритроцитов
  - 3) анизоцитоз, пойкилоцитоз
  - 4) цветовой показатель 1,0-1,2

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

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме:

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

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



1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

#### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолестистэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-

11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 6. Хирургия органов брюшной полости

### Тема 6.6. Хирургические заболевания поджелудочной железы (семинар, практическое занятие)

**Цель:** изучение вопросов хирургической анатомии передней брюшной стенки, патофизиология возникновения грыж передней брюшной стенки, диагностики и хирургического лечения.

**Задачи:** рассмотреть анатомические особенности передней брюшной стенки, обучить всем методам диагностики данной патологии, изучить патофизиологию возникновения грыж передней брюшной стенки, сформировать компетенции в этом разделе хирургии.

**Обучающийся должен знать:** основы топографической анатомии передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, ободочной и тонкой кишки, анатомию пахового, бедренного каналов;

общие и специальные методы исследования в неотложной хирургии грыж;

основы применения методов лучевой диагностики грыж;

принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, методы реабилитации;

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

**Обучающийся должен уметь:** получить информацию о развитии и течении заболевания передней брюшной стенки; выявить факторы риска развития острого хирургического процесса данной патологии, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования при грыжах передней брюшной стенки (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить дифференцированный план обследования и лечения больного с заболеваниями передней брюшной стенки;

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

#### Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

**1. Вопросы для собеседования:** анатомия передней брюшной стенки; анатомические особенности пахового и бедренного канала; анатомия и физиология тонкой и толстой кишки; особенности кровоснабжения тонкой и толстой кишки и тазовых органов; методы обследования больных с грыжами передней брюшной стенки; методы инструментальной диагностики.

#### 2. Практическая работа на практическом занятии.

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

#### 2. Практическая работа на семинаре.

##### Тестирование по теме занятия

1. Параэзофагеальная грыжа опасна:
  - +1) ущемлением желудка
  - 2) малигнизацией
  - 3) прекардиальными болями
  - 4) ничем из названного
  - 5) всем названным
2. Пахово-мошоночную грыжу дифференцируют со всем, кроме:
  - 1) варикоцеле
  - 2) опухоли семенного канатика
  - 3) опухоли яичка
  - 4) гидроцеле
  - +5) аневризмы v.saphena magna
3. При ущемленной абдоминальной грыже независимо от состояния больного показано:
  - 1) спазмолитики и теплая ванна
  - 2) наблюдение
  - 3) антибиотики и строгий постельный режим
  - 4) обзорная рентгенография брюшной полости
  - +5) экстренная операция
4. Для ущемления грыжи не характерно наличие:
  - 1) резких болей в области грыжи
  - 2) внезапного развития заболевания
  - +3) симптома кашлевого толчка
  - 4) быстрого развития кишечной непроходимости
  - 5) невраимости грыжи
5. При ущемлении грыжи у больного с острым инфарктом миокарда показано:
  - 1) наблюдение, холод на живот
  - 2) вправление грыжи
  - 3) введение спазмолитиков
  - 4) положение Тренделенбурга
  - +5) экстренная операция

### 3. Решить ситуационные задачи.

#### • Задача № 1

Больной предъявляет жалобы на боли в области грыжевого выпячивания, неотхождение газов и задержку стула. Заболел остро, около 8 часов назад, когда появились острые боли в эпигастрии, была однократная рвота. В течение 6 лет страдает правосторонней пахово-мошоночной грыжей. В анамнезе: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Периодически отмечает обострение заболевания, последнее – месяц назад. Лечился амбулаторно. При выписке по данным ЭГДС – язва в стадии рубца. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс – 124 в минуту, АД – 95/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в дыхании, напряжен, резко болезненный во всех отделах. симптом Щеткина-Блюмберга положительный. В правой подвздошной области имеется грыжевое выпячивание, 8×7×6 см, напряженное, резко болезненное при пальпации.

#### Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования следует произвести для его подтверждения?
3. Какое лечение Вы предложите больному?
4. Соответствует ли клиническая картина характеру предполагаемой Вами патологии?
5. Чем обусловлено напряжение и болезненность грыжевого выпячивания?

#### • Задача № 2

Во время операции по поводу правосторонней косой пахово-мошоночной грыжи при вскрытии грыжевого мешка в нем оказалась петля тонкой кишки, которая вправлена в брюшную полость. При ревизии грыжевого мешка оказалось, что одна из его стенок утолщена и представлена стенкой слепой кишки с червеобразным отростком, который находится в грыжевом мешке.

#### Вопросы:

1. Уточните диагноз с учетом анатомических особенностей, выявленных в ходе операции?
2. Какая дальнейшая последовательность операции?
3. Произведете ли Вы аппендэктомию?
4. Как называется подобная грыжа?
5. Какой способ герниопластики Вы предпочтете у больного?

#### • Задача № 3

Больной обратился в поликлинику с жалобами на постепенно увеличивающееся невраимое опухолевидное образование в правой паховой области. При объективном обследовании опухолевидное

образование 12×7 см, занимает правую половину мошонки. Ввести палец в наружное кольцо пахового канала не удастся из-за тесной связи образования с корнем мошонки. При перемене положения тела образование своей величины и формы не меняет. При пальпации оно безболезненное, плотноэластической консистенции, с дольчатой поверхностью. Кишечные шумы над образованием не выслушиваются.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования Вы проведете для его подтверждения?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Лечебная тактика?
5. Какой объем оперативного вмешательства Вы предполагаете?

• Задача № 4

Больной 25 лет, страдает правосторонней косой паховой грыжей. Поступил для плановой операции.

**Вопросы:**

1. Как отличить прямую грыжу от косой до операции и во время ее?
2. Какая цель операции и каков ее принцип у больных паховой грыжей?
3. Каковы возможны осложнения при операции по поводу паховой грыжи?
4. Какова причина появления грыж
5. Какую операцию вы планируете выполнить?

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

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

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме анатомия передней брюшной стенки, толстого и тонкого кишечника с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

**2) Вопросы для самоконтроля**

Анатомия передней брюшной стенки; анатомофизиологические особенности толстого и тонкого кишечника: кровоснабжение, лимфоотток, физиология; анатомия пахового и бедренного кагалов.

**3) Тестовый контроль**

1. Параэзофагеальная грыжа опасна:  
+1) ущемлением желудка  
2) малигнизацией  
3) прекардиальными болями  
4) ничем из названного  
5) всем названным
2. Пахово-мошоночную грыжу дифференцируют со всем, кроме:  
1) варикоцеле  
2) опухоли семенного канатика  
3) опухоли яичка  
4) гидроцеле  
+5) аневризмы v.saphena magna
3. При ущемленной абдоминальной грыже независимо от состояния больного показано:  
1) спазмолитики и теплая ванна  
2) наблюдение  
3) антибиотики и строгий постельный режим  
4) обзорная рентгенография брюшной полости  
+5) экстренная операция
4. Для ущемления грыжи не характерно наличие:  
1) резких болей в области грыжи  
2) внезапного развития заболевания  
+3) симптома кашлевого толчка  
4) быстрого развития кишечной непроходимости  
5) невраивности грыжи
5. При ущемлении грыжи у больного с острым инфарктом миокарда показано:  
1) наблюдение, холод на живот  
2) вправление грыжи  
3) введение спазмолитиков  
4) положение Тренделенбурга  
+5) экстренная операция
6. Рихтеровским называется ущемление:  
+1) пристеночное  
2) сигмовидной кишки в скользящей грыже  
3) желудка в диафрагмальной грыже  
4) Меккелева дивертикула.

- 5) червеобразного отростка
7. Наличие яичка в грыжевом мешке характерно для грыжи:
- 1) скользящей
  - 2) ущемленной
  - 3) бедренной
  - +4) врожденной
  - 5) косой паховой
8. Прямую паховую грыжу характеризует слабость стенки:
- +1) задней
  - 2) верхней
  - 3) передней
  - 4) нижней
  - 5) всех стенок
9. Возникновению брюшных грыж способствует:
- 1) пожилой возраст
  - 2) прогрессирующее похудание
  - 3) особенности строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыж;
  - 4) заболевания, вызывающие повышение внутрибрюшного давления
  - +5) все перечисленное
10. Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать:
- 1) с ущемленной паховой грыжей
  - 2) с острым тромбозом варикозного узла в области овальной ямки
  - 3) с острым лимфаденитом
  - +4) со всеми заболеваниями
  - 5) ни с чем из перечисленных
11. Нижней стенкой пахового канала является:
- 1) поперечная фасция
  - 2) нижний край наружной косой мышцы живота
  - 3) Жимбернатова связка
  - +4) паховая связка
  - 5) край подвздошной кости
12. Появлением скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:
- 1) дисфагия
  - 2) частая рвота
  - +3) частые изжоги
  - 4) похудание
  - 5) ничего из названного
13. Основным признаком скользящей грыжи является:
- 1) легкая вправляемость
  - 2) врожденная природа
  - +3) одной из стенок грыжевого мешка является орган брюшной полости, частично покрытый брюшиной;
  - 4) проникновение между мышцами и апоневрозом
  - 5) все перечисленное верно
14. Грыжевой мешок поврежденной грыжи образован:
- 1) париетальной брюшиной
  - 2) брыжейкой кишки
  - +3) влагалищным отростком брюшины
  - 4) висцеральной брюшиной
  - 5) поперечной фасцией
15. Бедренную грыжи дифференцируют со всеми заболеваниями кроме:
- 1) холодного натечника
  - 2) паховой грыжи
  - 3) липомы
  - +4) кисты Бартолиниевой железы
  - 5) варикозного узла
16. Нижней стенкой пахового канала является:
- 1) поперечная фасция
  - 2) нижний край наружной косой мышцы живота
  - 3) Жимбернатова связка
  - +4) паховая связка
  - 5) край подвздошной кости

17. Показанием к экстренной операции при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи является:
- 1) наличие грыжевого выпячивания
  - +2) появление перитонеальных признаков
  - 3) повышение температуры
  - 4) дизурические явления
  - 5) сам факт самопроизвольного вправления
18. Невправимость грыжи является следствием:
- +1) спаек между вышедшими в грыжевой мешок органами и стенкой мешка
  - 2) спаек между вышедшими в грыжевой мешок петлями кишечника
  - 3) рубцового процесса между грыжевым мешком и окружающими его тканями
  - 4) не соответствия вышедших в грыжевой мешок органов размеру грыжевых ворот;
  - 5) всего перечисленного
19. Методом, облегчающим распознавание пахово-мошоночной грыжи и водянки яичка является:
- 1) пункция
  - 2) аускультация
  - 3) экстренная операция
  - +4) трансиллюминация
  - 5) пальпация
20. Первоочередным мероприятием при ущемленной паховой грыже является:
- 1) теплая ванна
  - 2) вправление грыжи
  - +3) экстренная операция
  - 4) спазмолитики для облегчения вправления грыжи
  - 5) анальгетики перед вправлением грыжи
21. Наиболее частая причина образования грыжи:
- 1) неустойчивый стул
  - 2) дизурические расстройства
  - 3) диспепсические расстройства
  - +4) тяжелая физическая нагрузка
  - 5) частое переедание
22. Признак, указывающий на нежизнеспособность ущемленной грыжи:
- 1) замедленная перистальтика
  - 2) обычный цвет кишки
  - +3) отсутствие пульсации сосудов брыжейки
  - 4) спавшаяся отводящая петля кишки
  - 5) спазмированная петля кишки
23. Тактика при воспалении грыжи:
- 1) экстренное оперативное вмешательство
  - 2) ношение бандажа
  - +3) консервативное лечение
  - 4) вскрытие грыжевого мешка
  - 5) назначение физиопроцедур
24. Тактика при невправимой грыже:
- 1) ношение бандажа
  - 2) назначение физиопроцедур
  - +3) плановая операция
  - 4) экстренная операция
  - 5) наблюдение у хирурга
25. Пластику грыжевого дефекта при пупочной грыже осуществляют по методике:
- 1) Бассини
  - 2) Мартынова
  - 3) Спасокукоцкого
  - +4) Мейо
  - 5) Жирара
26. Тактика при копростазе грыжи:
- 1) экстренная операция
  - 2) плановая операция
  - 3) введение зонда в желудок с его промыванием
  - +4) назначение слабительных и сифонных клизм

- 5) выполнение паранефральной блокады
27. Тактика при самопроизвольном вправлении грыжи в приемном покое;
- 1) больного можно отпустить домой
  - 2) экстренная операция - грыжесечение
  - +3) госпитализация больного в хирургическое отделение для наблюдения
  - 4) назначение антибиотиков и сифонных клизм
  - 5) экстренная лапаротомия с ревизией кишечника
28. Бедренные грыжи чаще встречаются:
- 1) у мужчин
  - +2) у женщин
  - 3) у детей
  - 4) у стариков
  - 5) пол и возраст не имеют значения
29. При вскрытии грыжевого мешка выделилось около 100 мл мочи. О какой грыже идет речь?
- 1) вправимой
  - 2) невправимой
  - 3) Рихтеровской
  - +4) скользящей
  - 5) ложной
30. Признаки ущемления грыжи, кроме:
- 1) резкой боли
  - 2) внезапной невправимости грыжи
  - +3) высокой температуры
  - 4) острого начала заболевания
  - 5) болезненности грыжевого выпячивания
31. Укажите какую стенку бедренного кольца пересекают при ущемленном бедренной грыже?
- 1) переднюю
  - 2) заднюю
  - 3) латеральную
  - +4) медиальную
  - 5) никакую
32. Паховая грыжа у детей связана с:
- +1) необлитерированным вагинальным отростком брюшины
  - 2) гиперпродукцией водяночной жидкости
  - 3) нарушением лимфооттока
  - 4) слабостью передней брюшной стенки
  - 5) повышенной физической нагрузкой
33. Укажите характерные симптомы ущемления в грыже мочевого пузыря:
- 1) боли в области грыжевого выпячивания
  - 2) тенезмы
  - 3) задержка стула и газов
  - +4) дизурия и гематурия
  - 5) диспепсия
34. Вольной с ущемленной пахово-мошоночной грыжей поступил на 3 сутки от начала заболевания, температура 39 гр., гиперемия, инфильтрация и отек мошонки. Какое осложнение наблюдается у больного?
- 1) некроз яичка
  - 2) фуникулит
  - +3) флегмона грыжевого мешка
  - 4) острый орхит
  - 5) водянка яичка
35. Для чего пожилым больным с грыжами белой линии живота и пупочными грыжами перед операцией следует обследовать желудок?
- 1) для определения характера органа в грыжевом мешке
  - 2) для выявления размеров грыжевых ворот
  3. для диагностики внутри брюшной гипертензии
  - +4) для исключения опухоли желудка или язвенной болезни
  - 5) для исключения гастростаза
36. У больного 70 лет левосторонняя косая паховая грыжа со склонностью к ущемлению. Имеется аденома предстательной железы с нарушением мочеиспускания. Ваши рекомендации:
- 1) ношение постоянного бандажа
  - 2) экстренная операция при очередном ущемлении
  - 3) оперативное лечение при быстром увеличении размеров грыжи
  - +4) плановая операция после осмотра уролога и коррекции нарушений мочеиспускания

- 5) одновременное грыжесечение и удаление аденомы
37. У больного 40 лет через год после операция по поводу паховой грыжи вновь появилось грыжевое выпячивание. Ваши действия?
- 1) наблюдение, операция при ущемлении грыжи
  - 2) оперировать при прогрессирующем увеличении грыжи
  - 3) наблюдение с исключением тяжелой Физической нагрузки
  - +4) плановая операция до развития осложнений или увеличения грыжи
  - 5) ношение бандажа
38. Что рекомендовать больному 80 лет без грубой соматической патологии при частых ущемлениях пахово-мошоночной грыжи?
- 1) консервативное лечение, направленное на регуляцию стула
  - 2) экстренную операцию- грыжесечение
  - +3) плановую операцию после амбулаторного обследования
  - 4) госпитализацию с наблюдением в хирургическом отделении ношение бандажа
39. Какая стенка пахового канала бывает ослаблена при прямой паховой грыже:
- 1) верхняя
  - 2) передняя
  - +3) задняя
  - 4) нижняя
  - 5) ни одна
40. Какие из перечисленных факторов: а) курение; б) внезапное похудание; в) особенности анатомического строения передней брюшной стенки; г) заболевания, повышающие внутрибрюшное давление; д) тяжёлая физическая работа – способствуют возникновению грыж живота?
- 1) а, б, в
  - 2) б, г, д
  - +3) б, в, г, д
  - 4) а, г, д
  - 5) а, б.

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

##### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+



3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолестеэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 6. Хирургия органов брюшной полости

### Тема 6.7. Грыжи (семинар, практическое занятие)

**Цель:** изучение вопросов хирургической анатомии передней брюшной стенки, патофизиология возникновения грыж передней брюшной стенки, диагностики и хирургического лечения.

**Задачи:** рассмотреть анатомические особенности передней брюшной стенки, обучить всем методам диагностики данной патологии, изучить патофизиологию возникновения грыж передней брюшной стенки, сформировать компетенции в этом разделе хирургии.

**Обучающийся должен знать:** основы топографической анатомии передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, ободочной и тонкой кишки , анатомию пахового, бедренного каналов;

общие и специальные методы исследования в неотложной хирургии грыж;

основы применения методов лучевой диагностики грыж;  
принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, методы реабилитации;

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

**Обучающийся должен уметь:** получить информацию о развитии и течении заболевания передней брюшной стенки; выявить факторы риска развития острого хирургического процесса данной патологии, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования при грыжах передней брюшной стенки (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить дифференцированный план обследования и лечения больного с заболеваниями передней брюшной стенки;

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

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

**1. Вопросы для собеседования:** анатомия передней брюшной стенки; анатомические особенности пахового и бедренного канала; анатомия и физиология тонкой и толстой кишки; особенности кровоснабжения тонкой и толстой кишки и тазовых органов; методы обследования больных с грыжами передней брюшной стенки; методы инструментальной диагностики.

#### **2. Практическая работа на практическом занятии.**

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

#### **2. Практическая работа на семинаре.**

##### **Тестирование по теме занятия**

1. Параэзофагеальная грыжа опасна:
  - +1) ущемлением желудка
  - 2) малигнизацией
  - 3) прекардиальными болями
  - 4) ничем из названного
  - 5) всем названным
2. Пахово-мошоночную грыжу дифференцируют со всем, кроме:
  - 1) варикоцеле
  - 2) опухоли семенного канатика
  - 3) опухоли яичка
  - 4) гидроцеле
  - +5) аневризмы v.saphena magna
3. При ущемленной абдоминальной грыже независимо от состояния больного показано:
  - 1) спазмолитики и теплая ванна
  - 2) наблюдение
  - 3) антибиотики и строгий постельный режим
  - 4) обзорная рентгенография брюшной полости
  - +5) экстренная операция
4. Для ущемления грыжи не характерно наличие:
  - 1) резких болей в области грыжи
  - 2) внезапного развития заболевания
  - +3) симптома кашлевого толчка
  - 4) быстрого развития кишечной непроходимости
  - 5) невраимости грыжи
5. При ущемлении грыжи у больного с острым инфарктом миокарда показано:
  - 1) наблюдение, холод на живот
  - 2) вправление грыжи
  - 3) введение спазмолитиков
  - 4) положение Тренделенбурга

- +5) экстренная операция
- 6. Рихтеровским называется ущемление:
  - +1) пристеночное
  - 2) сигмовидной кишки в скользящей грыже
  - 3) желудка в диафрагмальной грыже
  - 4) Меккелева дивертикула.
  - 5) червеобразного отростка
- 7. Наличие яичка в грыжевом мешке характерно для грыжи:
  - 1) скользящей
  - 2) ущемленной
  - 3) бедренной
  - +4) врожденной
  - 5) косой паховой

#### 4. Решить ситуационные задачи.

##### • Задача № 1

Больной предъявляет жалобы на боли в области грыжевого выпячивания, неотхождение газов и задержку стула. Заболел остро, около 8 часов назад, когда появились острые боли в эпигастрии, была однократная рвота. В течение 6 лет страдает правосторонней пахово-мошоночной грыжей. В анамнезе: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Периодически отмечает обострение заболевания, последнее – месяц назад. Лечился амбулаторно. При выписке по данным ЭГДС – язва в стадии рубца. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс – 124 в минуту, АД – 95/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в дыхании, напряжен, резко болезненный во всех отделах. симптом Щеткина-Блюмберга положительный. В правой подвздошной области имеется грыжевое выпячивание, 8×7×6 см, напряженное, резко болезненное при пальпации.

##### Вопросы:

- 6. Ваш предположительный диагноз?
- 7. Какие исследования следует произвести для его подтверждения?
- 8. Какое лечение Вы предложите больному?
- 9. Соответствует ли клиническая картина характеру предполагаемой Вами патологии?
- 10. Чем обусловлено напряжение и болезненность грыжевого выпячивания?

##### • Задача № 2

Во время операции по поводу правосторонней косой пахово-мошоночной грыжи при вскрытии грыжевого мешка в нем оказалась петля тонкой кишки, которая вправлена в брюшную полость. При ревизии грыжевого мешка оказалось, что одна из его стенок утолщена и представлена стенкой слепой кишки с червеобразным отростком, который находится в грыжевом мешке.

##### Вопросы:

- 6. Уточните диагноз с учетом анатомических особенностей, выявленных в ходе операции?
- 7. Какая дальнейшая последовательность операции?
- 8. Произведете ли Вы аппендэктомию?
- 9. Как называется подобная грыжа?
- 10. Какой способ герниопластики Вы предпочтете у больного?

##### • Задача № 3

Больной обратился в поликлинику с жалобами на постепенно увеличивающееся неправильное опухолевидное образование в правой паховой области. При объективном обследовании опухолевидное образование 12×7 см, занимает правую половину мошонки. Ввести палец в наружное кольцо пахового канала не удается из-за тесной связи образования с корнем мошонки. При перемене положения тела образование своей величины и формы не меняет. При пальпации оно безболезненное, плотнoэластической консистенции, с дольчатой поверхностью. Кишечные шумы над образованием не выслушиваются.

##### Вопросы:

- 6. Ваш диагноз?
- 7. Какие исследования Вы проведете для его подтверждения?
- 8. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- 9. Лечебная тактика?
- 10. Какой объем оперативного вмешательства Вы предполагаете?

##### • Задача № 4

Больной 25 лет, страдает правосторонней косой паховой грыжей. Поступил для плановой операции.

##### Вопросы:

- 6. Как отличить прямую грыжу от косой до операции и во время ее?
- 7. Какая цель операции и каков ее принцип у больных паховой грыжей?
- 8. Каковы возможны осложнения при операции по поводу паховой грыжи?
- 9. Какова причина появления грыж?
- 10. Какую операцию вы планируете выполнить?

## Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме анатомия передней брюшной стенки, толстого и тонкого кишечника с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

### 2) Вопросы для самоконтроля

Анатомия передней брюшной стенки; анатомофизиологические особенности толстого и тонкого кишечника: кровоснабжение, лимфоотток, физиология; анатомия пахового и бедренного кагалов.

### 3) Тестовый контроль

1. Параэзофагеальная грыжа опасна:
  - +1) ущемлением желудка
  - 2) малигнизацией
  - 3) прекардиальными болями
  - 4) ничем из названного
  - 5) всем названным
2. Пахово-мошоночную грыжу дифференцируют со всем, кроме:
  - 1) варикоцеле
  - 2) опухоли семенного канатика
  - 3) опухоли яичка
  - 4) гидроцеле
  - +5) аневризмы v.saphena magna
3. При ущемленной абдоминальной грыже независимо от состояния больного показано:
  - 1) спазмолитики и теплая ванна
  - 2) наблюдение
  - 3) антибиотики и строгий постельный режим
  - 4) обзорная рентгенография брюшной полости
  - +5) экстренная операция
4. Для ущемления грыжи не характерно наличие:
  - 1) резких болей в области грыжи
  - 2) внезапного развития заболевания
  - +3) симптома кашлевого толчка
  - 4) быстрого развития кишечной непроходимости
  - 5) невраивости грыжи
5. При ущемлении грыжи у больного с острым инфарктом миокарда показано:
  - 1) наблюдение, холод на живот
  - 2) вправление грыжи
  - 3) введение спазмолитиков
  - 4) положение Тренделенбурга
  - +5) экстренная операция
6. Рихтеровским называется ущемление:
  - +1) пристеночное
  - 2) сигмовидной кишки в скользящей грыже
  - 3) желудка в диафрагмальной грыже
  - 4) Меккелева дивертикула.
  - 5) червеобразного отростка
7. Наличие яичка в грыжевом мешке характерно для грыжи:
  - 1) скользящей
  - 2) ущемленной
  - 3) бедренной
  - +4) врожденной
  - 5) косой паховой
8. Прямоу паховую грыжу характеризует слабость стенки:
  - +1) задней
  - 2) верхней
  - 3) передней
  - 4) нижней
  - 5) всех стенок
9. Возникновению брюшных грыж способствует:
  - 1) пожилой возраст
  - 2) прогрессирующее похудание
  - 3) особенности строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыж;
  - 4) заболевания, вызывающие повышение внутрибрюшного давления

- +5) все перечисленное
10. Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать:
- 1) с ущемленной паховой грыжей
  - 2) с острым тромбозом варикозного узла в области овальной ямки
  - 3) с острым лимфаденитом
  - +4) со всеми заболеваниями
  - 5) ни с чем из перечисленных
11. Нижней стенкой пахового канала является:
- 1) поперечная фасция
  - 2) нижний край наружной косой мышцы живота
  - 3) Жимбернатова связка
  - +4) паховая связка
  - 5) край подвздошной кости
12. Появлением скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:
- 1) дисфагия
  - 2) частая рвота
  - +3) частые изжоги
  - 4) похудание
  - 5) ничего из названного
13. Основным признаком скользящей грыжи является:
- 1) легкая вправляемость
  - 2) врожденная природа
  - +3) одной из стенок грыжевого мешка является орган брюшной полости, частично покрытый брюшиной;
  - 4) проникновение между мышцами и апоневрозом
  - 5) все перечисленное верно
14. Грыжевой мешок поврежденной грыжи образован:
- 1) париетальной брюшиной
  - 2) брыжейкой кишки
  - +3) влагалищным отростком брюшины
  - 4) висцеральной брюшиной
  - 5) поперечной фасцией
15. Бедренную грыжу дифференцируют со всеми заболеваниями кроме:
- 1) холодного натечника
  - 2) паховой грыжи
  - 3) липомы
  - +4) кисты Бартолиниевой железы
  - 5) варикозного узла
16. Нижней стенкой пахового канала является:
- 1) поперечная фасция
  - 2) нижний край наружной косой мышцы живота
  - 3) Жимбернатова связка
  - +4) паховая связка
  - 5) край подвздошной кости
17. Показанием к экстренной операции при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи является:
- 1) наличие грыжевого выпячивания
  - +2) появление перитонеальных признаков
  - 3) повышение температуры
  - 4) дизурические явления
  - 5) сам факт самопроизвольного вправления
18. Невправимость грыжи является следствием:
- +1) спаек между вышедшими в грыжевой мешок органами и стенкой мешка
  - 2) спаек между вышедшими в грыжевой мешок петлями кишечника
  - 3) рубцового процесса между грыжевым мешком и окружающими его тканями
  - 4) не соответствия вышедших в грыжевой мешок органов размеру грыжевых ворот;
  - 5) всего перечисленного
19. Методом, облегчающим распознавание пахово-мошоночной грыжи и водянки яичка является:
- 1) пункция

- 2) аускультация
  - 3) экстренная операция
  - +4) трансиллюминация
  - 5) пальпация
20. Первоочередным мероприятием при ущемленной паховой грыже является:
- 1) теплая ванна
  - 2) вправление грыжи
  - +3) экстренная операция
  - 4) спазмолитики для облегчения вправления грыжи
  - 5) анальгетики перед вправлением грыжи
21. Наиболее частая причина образования грыжи:
- 1) неустойчивый стул
  - 2) дизурические расстройства
  - 3) диспепсические расстройства
  - +4) тяжелая физическая нагрузка
  - 5) частое переедание
22. Признак, указывающий на нежизнеспособность ущемленной грыжи:
- 1) замедленная перистальтика
  - 2) обычный цвет кишки
  - +3) отсутствие пульсации сосудов брыжейки
  - 4) спаившаяся отводящая петля кишки
  - 5) спазмированная петля кишки
23. Тактика при воспалении грыжи:
- 1) экстренное оперативное вмешательство
  - 2) ношение бандажа
  - +3) консервативное лечение
  - 4) вскрытие грыжевого мешка
  - 5) назначение физиопроцедур
24. Тактика при невправимой грыже:
- 1) ношение бандажа
  - 2) назначение физиопроцедур
  - +3) плановая операция
  - 4) экстренная операция
  - 5) наблюдение у хирурга
25. Пластику грыжевого дефекта при пупочной грыже осуществляют по методике:
- 1) Бассини
  - 2) Мартынова
  - 3) Спасокукоцкого
  - +4) Мейо
  - 5) Жирара
26. Тактика при копростазе грыжи:
- 1) экстренная операция
  - 2) плановая операция
  - 3) введение зонда в желудок с его промыванием
  - +4) назначение слабительных и сифонных клизм
  - 5) выполнение паранефральной блокады
27. Тактика при самопроизвольном вправлении грыжи в приемном покое:
- 1) больного можно отпустить домой
  - 2) экстренная операция - грыжесечение
  - +3) госпитализация больного в хирургическое отделение для наблюдения
  - 4) назначение антибиотиков и сифонных клизм
  - 5) экстренная лапаротомия с ревизией кишечника
28. Бедренные грыжи чаще встречаются:
- 1) у мужчин
  - +2) у женщин
  - 3) у детей
  - 4) у стариков
  - 5) пол и возраст не имеют значения
29. При вскрытии грыжевого мешка выделилось около 100 мл мочи. О какой грыже идет речь?
- 1) вправимой
  - 2) невправимой
  - 3) Рихтеровской
  - +4) скользящей

- 5) ложной
30. Признаки ущемления грыжи, кроме:
- 1) резкой боли
  - 2) внезапной невраправимости грыжи
  - +3) высокой температура
  - 4) острого начала заболевания
  - 5) болезненности грыжевого выпячивания
31. Укажите какую стенку бедренного кольца пересекают при ущемленном бедренной грыже?
- 1) переднюю
  - 2) заднюю
  - 3) латеральную
  - +4) медиальную
  - 5) никакую
32. Паховая грыжа у детей связана с:
- +1) необлитерированным вагинальным отростком брюшины
  - 2) гиперпродукцией водяночной жидкости
  - 3) нарушением лимфооттока
  - 4) слабостью передней брюшной стенки
  - 5) повышенной физической нагрузкой
33. Укажите характерные симптомы ущемления в грыже мочевого пузыря:
- 1) боли в области грыжевого выпячивания
  - 2) тенезмы
  - 3) задержка стула и газов
  - +4) дизурия и гематурия
  - 5) диспепсия
34. Вольной с ущемленной пахово-мошоночной грыжей поступил на 3 сутки от начала заболевания, температура 39 гр., гиперемия, инфильтрация и отек мошонки. Какое осложнение наблюдается у больного?
2. некроз яичка
  - 2) фуникулит
  - +3) флегмона грыжевого мешка
  - 4) острый орхит
  - 5) водянка яичка
35. Для чего пожилым больным с грыжами белой линии живота и пупочными грыжами перед операцией следует обследовать желудок?
- 1) для определения характера органа в грыжевом мешке
  - 2) для выявления размеров грыжевых ворот
  4. для диагностики внутри брюшной гипертензии
  - +4) для исключения опухоли желудка или язвенной болезни
  - 5) для исключения гастростаза
36. У больного 70 лет левосторонняя косая паховая грыжа со склонностью к ущемлению. Имеется аденома предстательной железы с нарушением мочеиспускания. Ваши рекомендации:
- 1) ношение постоянного бандажа
  - 2) экстренная операция при очередном ущемлении
  - 3) оперативное лечение при быстром увеличении размеров грыжи
  - +4) плановая операция после осмотра уролога и коррекции нарушений мочеиспускания
  - 5) одновременное грыжесечение и удаление аденомы
37. У больного 40 лет через год после операции по поводу паховой грыжи вновь появилось грыжевое выпячивание. Ваши действия?
- 1) наблюдение, операция при ущемлении грыжи
  - 2) оперировать при прогрессирующем увеличении грыжи
  - 3) наблюдение с исключением тяжелой Физической нагрузки
  - +4) плановая операция до развития осложнений или увеличения грыжи
  - 5) ношение бандажа
38. Что рекомендовать больному 80 лет без грубой соматической патологии при частых ущемлениях пахово-мошоночной грыжи?
- 1) консервативное лечение, направленное на регуляцию стула
  - 2) экстренную операцию- грыжесечение
  - +3) плановую операцию после амбулаторного обследования
  - 4) госпитализацию с наблюдением в хирургическом отделении ношение бандажа
39. Какая стенка пахового канала бывает ослаблена при прямой паховой грыже:
- 1) верхняя
  - 2) передняя
  - +3) задняя
  - 4) нижняя

5) ни одна

40. Какие из перечисленных факторов: а) курение; б) внезапное похудание; в) особенности анатомического строения передней брюшной стенки; г) заболевания, повышающие внутрибрюшное давление; д) тяжёлая физическая работа – способствуют возникновению грыж живота?

1) а, б, в

2) б, г, д

+3) б, в, г, д

4) а, г, д

5) а, б.

### Рекомендуемая литература:

#### Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

#### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-



8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 6. Хирургия органов брюшной полости

### Тема 6.8. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Травма живота (семинар, практическое занятие)

**Цель:** изучение хирургической анатомии желудочно-кишечного тракта, классификации инородных тел и способов их проникновения, методов диагностики, хирургического лечения. изучение диагностики и основ хирургического лечения повреждений живота в различных их проявлениях. Ознакомление с проблемой открытых и закрытых повреждений и ранений живота мирного и военного времени, с методами диагностики и лечения.

Изучение проблемы в связи с наличием в брюшной полости многих жизненно важных органов, повреждение которых ведет к быстрому развитию перитонита, кровотечения и возникновению необратимых изменений в органах и тканях развитию полиорганной недостаточности.

**Задачи:** рассмотреть анатомические особенности желудочно-кишечного тракта, классификацию инородных тел ЖКТ и способов их проникновения. Изучить методы диагностики и хирургического лечения.

**Обучающийся должен знать:** основы топографической анатомии желудочно-кишечного тракта и брюшной полости;

общие и специальные методы исследования в неотложной хирургии инородных тел ЖКТ;

основы применения методов лучевой диагностики инородных тел ЖКТ;

принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с инородными телами ЖКТ, показания и противопоказания, методы реабилитации;

основы подхода при лечении в хирургии и смежных областях медицины;

Классификацию повреждений живота.

Клинические проявления повреждений живота: а) при повреждении полого органа. б) при повреждении паренхиматозного органа.

Особенности клинических проявлений при повреждении поджелудочной железы. 4.Методы диагностики свободной жидкости в брюшной полости.

Эндоскопические методы, применяемые в диагностике повреждений внутренних органов при закрытых травмах живота.

Лечебная тактика при повреждении паренхиматозных и полых органов. 7.Лучевые методы диагностики.

**Обучающийся должен уметь:** получить информацию о развитии и течении заболевания; выявить

факторы риска развития процесса данной патологии, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного с инородными телами ЖКТ, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного с инородным телом ЖКТ, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования при инородных телах ЖКТ (рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить дифференцированный план обследования и лечения больного инородным телом ЖКТ; основы топографической анатомии органов брюшной полости, классификацию травмирующего агента, методы диагностики при травме живота, показания и противопоказания к операции.

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

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

1. **Вопросы для собеседования:** анатомические особенности ЖКТ; особенности кровоснабжения органов ЖКТ; методы обследования больных с инородными телами ЖКТ; методы инструментальной диагностики. классификация повреждений живота; диагностика на госпитальном этапе; определение экстренности операции; хирургические принципы лечение различных травм органов брюшной полости.

### **2. Практическая работа на практическом занятии.**

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

### **2. Практическая работа на семинаре.**

#### **Тестирование по теме занятия**

1. Показаниями к эндоскопическому удалению инородного тела из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, кроме:

- а) Всех случаев проглатывания остроконечных предметов
- б) Застревания инородных тел в области физиологических сужений пищевода
- в) Инородных тел более 1.5-2 см
- г) Инородных тел округлой формы диаметром 1-1.5 см
- д) Отторгающихся лигатур из нерассасывающегося шовного материала в сроки свыше 1 месяца после операции

2. Абсолютными показателями к удалению инородных тел из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, исключая:

- а) Инородное тело, внедрившееся в стенку органа
- б) Инородное тело, вызвавшее непроходимость верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- в) Инородные тела желудка диаметром 1-1.5 см
- г) Инородные тела "слепого мешка", приведшие к развитию механической желтухи
- д) Инородные тела "слепого мешка", осложнившиеся холангитом

3. Срочное лечебно-диагностическое эндоскопическое вмешательство показано во всех перечисленных случаях, за исключением:

- а) При инородных телах с острыми концами и гранями
- б) При инородных телах желудка диаметром более 2 см
- в) Если инородное тело застряло в области физиологического сужения пищевода
- г) Если инородное тело вклинилось в привратник
- д) При застревании инородного тела в области гастро-энтероанастомоза.

4. Противопоказаниями к эндоскопическому исследованию является:

- а) Общее тяжелое состояние больного
- б) Психологическое возбуждение
- в) Наличие признаков перфорации полого органа
- г) Нахождение инородного тела в 12-перстной кишке
- д) Инородное тело больше 2 см в диаметре

5. Противопоказания к эндоскопическому удалению инородного тела
- Общее тяжелое состояние больного
  - Резкие боли
  - Высокую температуру
  - Кровотечение
  - Явления непроходимости
6. Этапы подготовки больного к удалению инородных тел включают все перечисленное, кроме:
- Рентгенографии верхних отделов желудочно-кишечного тракта
  - Рентгенографического исследования с барием
  - Премедикации
  - Психопрофилактики (беседа с больным)
  - Местной анестезии зева

### 3. Решить ситуационные задачи.

#### Задача №1

Больной поступил в приемный покой БСМП с клиникой непроходимости на уровне пищевода. Ваши действия ?

#### Задача №2

Пациентка 65 лет, после употребления пищи заметила отсутствие съемного зубного протеза, через пару часов при повторном приеме через 1 минуту после, была рвота неизменной пищей.

Тактика ведения пациента?

Методы диагностики?

Какое хирургическое лечение применимо в данной ситуации?

#### Задача №3

Больной Д., 42 лет, поступил в хирургическое отделение, через 12 часов с момента травмы (в 12 часов ночи на заводе больной упал и ушиб верхнюю часть живота о станок). Всю ночь лежал в медпункте завода. Отмечал небольшие боли в правом подреберье, которые уменьшались после введения баралгина. При осмотре в приемном отделении выявлено, что живот втянут, брюшная стенка в дыхании не участвует. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Больной срочно взят на операцию, где обнаружено небольшое количество желчи в брюшной полости, имбибиция желчью корня брыжейки поперечно-ободочной кишки; желчь просвечивает через брюшину около двенадцатиперстной кишки.

1. Диагноз? 2. Какие ошибки допущены на догоспитальном периоде? 3. Что можно заподозрить по операционным находкам?

#### Задача №4

Больная С., 19 лет поступила в больницу скорой помощи, через 40 минут с момента травмы (упала с 4 этажа). При поступлении состояние тяжелое, без сознания (кома 2), кожные покровы бледные, отмечаются множественные ссадины и небольшие раны головы и передней брюшной стенки, деформация правого бедра и левого предплечья, А/Д 80/30 мм.рт.ст., ЧСС 120I. При пальпации живот мягкий на пальпацию не реагирует.

1. Какие диагностические мероприятия необходимо выполнить? 2. Что можно по ним заподозрить? 3. Тактика в зависимости от диагностических находок?

#### Задача №5.

Больная К., 21 года поступила в больницу, через 24 часа с момента драки (в драке получил удар ножом в поясничную область слева). При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы бледные, тошнота, рвота, язык сухой, живот не участвует в акте дыхания, при пальпации дефанс, положительный симптом Щеткина-Блюмберга во всех отделах. Перистальтика выслушивается, газы отходят, стула не было. А/Д 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 110I. Нб 140г/л. Нт 47%. Status localis: в поясничной области слева имеется колото-резанная рана 2,5x1,5 см. При ПХО раневой канал идет сзади наперед и снизу вверх, пальпаторно ко-нец его не достигаем.

1. Какие диагностические мероприятия необходимо выполнить? 2. Диагноз? 3. Ваши лечебные мероприятия?

#### Задача №6.

Больной У., 43 лет, поступил в приемное отделение через 2 часа после удара ножом в живот. Общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледно-розовые. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области, где имеется колото-резанная рана 3,5x2,0 см с эвентрированной прядью большого сальника. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. А/Д 120/80 мм.рт.ст. ЧСС 90 в 1 мин.

1. Диагноз? 2. Какие дополнительные диагностические исследования необходимо выполнить? 3. Ваши лечебные мероприятия?

#### Задача №7.

Больная П., 18 лет, поступила через 24 часа после травмы (упала на бордюрный камень левым боком при пробежке на физкультуре). Доставлялась в медпункт института и была отпущена с диагнозом Ушиб левой реберной дуги. УЗИ и рентгенография не выполнялись. В течении суток беспокоили тупые боли в левом подреберье. Около 1 часа назад появились резкие боли в левой половине живота, слабость, головокружение, затруднение в дыхании при горизонтальном положении. Общее состояние тяжелое,

кожные покровы бледные. А/Д 90/50 мм рт.ст. ЧСС 100 в 1 мин. Нь 78г/л. Нт 26%. Живот напряжённый, болезненный в левых отделах, симптом Щёткина-Блюмберга сомнительный.

1. Диагноз? 2. Какие ошибки допущены на догоспитальном периоде? 3. Ваши лечебные мероприятия?

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

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

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме анатомия желудочно-кишечного тракта с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Вопосы для самоконтроля

Хирургическая анатомия желудочно-кишечного тракта, классификация инородных тел и способов их проникновения, методы диагностики, хирургическое лечение; повреждений живота, методы диагностики, хирургическое лечение.

3) Тестовый контроль

1. Показаниями к эндоскопическому удалению инородного тела из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, кроме:

а) Всех случаев проглатывания остроконечных предметов

б) Застревания инородных тел

в области физиологических сужений пищевода

в) Инородных тел более 1.5-2 см

г) Инородных тел округлой формы диаметром 1-1.5 см

д) Отторгающихся лигатур из нерассасывающегося шовного материала в сроки свыше 1 месяца после операции

2. Абсолютными показателями к удалению инородных тел из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, исключая:

а) Инородное тело, внедрившееся в стенку органа

б) Инородное тело, вызвавшее непроходимость верхних отделов желудочно-кишечного тракта

в) Инородные тела желудка диаметром 1-1.5 см

г) Инородные тела "слепого мешка", приведшие к развитию механической желтухи

д) Инородные тела "слепого мешка", осложнившиеся холангитом

3. Срочное лечебно-диагностическое эндоскопическое вмешательство показано во всех перечисленных случаях, за исключением:

а) При инородных телах с острыми концами и гранями

б) При инородных телах желудка диаметром более 2 см

в) Если инородное тело застряло в области физиологического сужения пищевода

г) Если инородное тело вклинилось в привратник

д) При застревании инородного тела в области гастро-энтероанастомоза.

4. Противопоказаниями к эндоскопическому исследованию является:

а) Общее тяжелое состояние больного

б) Психологическое возбуждение

в) Наличие признаков перфорации полого органа

г) Нахождение инородного тела в 12-перстной кишке

д) Инородное тело больше 2 см в диаметре

5. Противопоказания к эндоскопическому удалению инородного тела

а) Общее тяжелое состояние больного

б) Резкие боли

в) Высокую температуру

г) Кровотечение

д) Явления непроходимости

6. Этапы подготовки больного к удалению инородных тел включают все перечисленное, кроме:

а) Рентгенографии верхних отделов желудочно-кишечного тракта

б) Рентгенографического исследования с барием

в) Премедикации

г) Психопрофилактики (беседа с больным)

д) Местной анестезии зева

7. Инородные тела пищевода чаще выявляются:

а) На уровне входа в пищевод

б) В средней трети пищевода

в) На уровне пищеварительного отверстия диафрагмы

г) В абдоминальном отделе пищевода

д) В области кардио-эзофагеального перехода

8. К случайным относятся все следующие инородные тела пищеварительного тракта, кроме:

а) Пуговиц

- б) Монет
  - в) Фруктовых косточек
  - г) Безоаров желудка
  - д) Зубных протезов
9. Безоары желудка могут осложняться всем перечисленным, кроме:
- а) Перфорации стенки желудка
  - б) Развития стеноза привратника
  - в) Пилородуоденальной или кишечной непроходимости
  - г) Желудочно-кишечного кровотечения
  - д) Механической желтухи
10. Ко вторичным симптомам инородного тела пищевода относятся все перечисленные, исключая:
- а) Резкое усиление боли
  - б) Распространение боли ниже того места, где они были ранее
  - в) Отечность наружных покровов шеи и мягких тканей возле перстневидного хряща
  - г) Резкое повышение температуры, озноб
  - д) Усиление саливации
11. Клинические проявления при инородных телах зависят от всех перечисленных факторов, исключая:
- а) Характер предмета
  - б) Локализацию инородного тела
  - в) Глубину внедрения в стенку органа
  - г) Психическое состояние больного
  - д) Наличие сопутствующих заболеваний
12. Наиболее частой причиной локализации инородных тел в нижней трети пищевода является:
- а) Наличие физиологических сужений
  - б) Опухолевое поражение стенки пищевода
  - в) Структура пищевода
  - г) Хронический эзофагит
  - д) Дивертикул пищевода
13. Наиболее постоянным симптомом инородного тела, свободно лежащего в просвете пищевода, является:
- а) Дисфагия
  - б) Боль
  - в) Нарушение проходимости пищи
  - г) Усиление саливации
  - д) Осиплость голоса
14. Наиболее постоянным клиническим симптомом инородного тела, внедрившегося в стенку пищевода, является:
- а) Дисфагия
  - б) Боль
  - в) Нарушение проходимости пищи
  - г) Усиление саливации
  - д) Осиплость голоса
15. Если инородное тело желудка не удалось обнаружить из-за наличия в желудке пищи, повторное исследование необходимо предпринять:
- а) ерез 2-3 ч
  - б) Через 4-5 ч
  - в) Через 6-8 ч
  - г) Через 10-12 ч
  - д) Через 24 ч
16. Из проглоченных волос образуются:
- а) Фитобезоары
  - б) Трихобезоары
  - в) Себобезоары
  - г) Шеллакобезоары
  - д) Пиксобезоары
17. Из переваренного жира образуются:
- а) Фитобезоары
  - б) Трихобезоары
  - в) Себобезоары
  - г) Шеллакобезоары
  - д) Пиксобезоары
18. У больного имеется безоар желудка в сочетании со стенозом пилоробульбарного отдела. Ему показано:
- а) Хирургическое лечение
  - б) Консервативное лечение в сочетании с эндоскопическим
  - в) Эндоскопическое лечение
  - г) Консервативное лечение

д) Динамическое наблюдение

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

**Дополнительная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диск	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-

		англ. ред. Г. И. Воробьев			
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 7. Основы колопроктологии

### Тема 7.1. Основы колопроктологии (семинар, практическое занятие)

**Цель:** изучение вопросов хирургической анатомии колоректальной зоны, толстой кишки, патофизиология толстой кишки, диагностика заболеваний толстой кишки и аноректальной области.

**Задачи:** рассмотреть анатомофизиологические особенности аноректальной области и толстой кишки, особенности кровообращения; обучить всем методам диагностики данной патологии, изучить особенности кровообращения и физикального осмотра, сформировать компетенции в этом разделе хирургии

**Обучающийся должен знать:** основы топографической анатомии передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, ободочной и прямой кишки; основные вопросы нормальной и патологической физиологии ободочной и прямой кишки; общие и специальные методы исследования в неотложной колопроктологии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики заболеваний прямой и ободочной кишки; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с неотложными заболеваниями прямой и ободочной кишки, методы реабилитации; основы патогенетического подхода при лечении и смежных областях медицины;

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

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

### Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

**1. Вопросы для собеседования:** анатомия перианальной области; анатомические особенности полости малого таза; анатомия и физиология толстой кишки; особенности кровоснабжения толстой кишки и тазовых органов; методы обследования проктологических больных; методы инструментальной диагностики.

### 2. Практическая работа на практическом занятии.

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

## **2. Практическая работа на семинаре.**

### **Тестирование по теме занятия**

1. Крупные сегментарные сосуды обнаруживаются хирургом при продольной лапаротомии в латеральной части брюшной стенки

- 1. в подкожной клетчатке
- 2. под сухожилием наружной косой мышцы живота
- 3. между наружной и внутренней косыми мышцами
- 4. между внутренней косой и поперечной мышцей

5. между поперечной мышцей и поперечной фасцией живота

2. Прямая мышца живота

- 1. фиксирована только к переднему листку влагалища
- 2. фиксирована только к заднему листку влагалища
- 3. фиксирована прочно к переднему листку и рыхло к заднему листку влагалища

4. не фиксирована к обоим листкам влагалища и не имеет фасциальной оболочки

3. Нижняя надчревная артерия (a. profunda) отходит

- 1. от бедренной артерии
- 2. от внутренней подвздошной артерии
- 3. от пупочной артерии
- 4. от наружной подвздошной артерии

5. от запирающей артерии

8. Верхняя брыжеечная артерия является ветвью

- 1. печеночной артерии
- 2. желудочно – 12 перстной артерии
- 3. брюшной аорты
- 4. правой желудочно-сальниковой артерии

5. правой почечной артерии

9. Непостоянных сфинктеров в стенке толстой кишки

- 1. пять
- 2. семь
- 3. десять
- 4. шестнадцать

5. нет ни одного

13. Нижняя прямокишечная артерия отходит

- 1. от внутренней подвздошной артерии
- 2. от запирающей артерии
- 3. от внутренней срамной артерии
- 4. от нижней ягодичной артерии

5. от промежностной артерии

14. Крестцовое нервное сплетение лежит непосредственно

- 1. на грушевидной мышце
- 2. на внутренней запирающей мышце
- 3. на копчиковой мышце
- 4. на подвздошно-поясничной мышце

5. на лонно-прямокишечной мышце

15. Циркулярные мышечные волокна стенки прямой кишки наиболее развиты

- 1. в верхнеампулярном отделе
- 2. в среднеампулярном отделе
- 3. в нижнеампулярном отделе
- 4. в области запирающего аппарата прямой кишки

5. циркулярные волокна везде развиты одинаково

16. У мужчин в полости таза висцеральной фасцией окружены

- 1. только мочевого пузыря
- 2. мочевого пузыря и прямая кишка
- 3. предстательная железа и прямая кишка
- 4. мочевого пузыря, предстательная железа и прямая кишка
- 5. мочевого пузыря и предстательная железа



### 3. Решить ситуационные задачи

При осмотре больного в приемном отделении выявлен острый подкожный парапроктит. Инфильтрат около 5 см в диаметре, кожа гиперемирована, флюктуации нет. Температура тела 37.3.

Целесообразнее всего: Госпитализировать больного, начать противовоспалительную терапию, при появлении флюктуации оперировать

Задача №1. Больной 45 лет обратился с жалобами на наличие геморроидальных узлов, зуд в области анального отверстия. В течение 8 лет страдает периодическими кровотечениями из заднего прохода при акте дефекации. Последние три года узлы выпадают при небольшом натуживании, кашле и чихании и самостоятельно не вправляются.

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?

2. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №2. У больного 35 лет отмечаются частые кровотечения алой кровью при акте дефекации. Проведены пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия и сигмоидоскопия. Выявлены внутренние геморроидальные узлы, выпадающие из анального канала при натуживании, которые самостоятельно вправляются. Наружные геморроидальные узлы не увеличены.

1. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №3. У больного 22 лет периодически появляется выделение алой крови при дефекации, отмечает дискомфорт в прямой кишке. Обследован колопроктологом: проведены пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия и сигмоидоскопия.

Выявлены геморроидальные узлы с гиперемированной слизистой, слегка пролабирующие в просвет кишки.

1. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №4. У больного 62 лет, перенесшего два месяца назад острый инфаркт миокарда, появилось кровотечение из прямой кишки алой кровью в конце акта дефекации. Несмотря на проводимую медикаментозную терапию, кровотечение продолжается в течение 7 дней. При аноскопии и ректоскопии обнаружены внутренние геморроидальные узлы, один из которых кровоточит. Гемоглобин периферической крови 76 г/л.

1. В чем состоит лечебная тактика?

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме: анатомофизиологические особенности толстой кишки

#### 2) Вопросы для самоконтроля

Анатомия илецекального отдела толстой кишки; анатомофизиологические особенности толстой кишки: кровоснабжение, лимфоотток, физиология; Анатомия полости таза, строение прямой кишки, перианальной области, геморроидальных узлов

#### 3) Тестовый контроль

1. Крупные сегментарные сосуды обнаруживаются хирургом при продольной лапаротомии в латеральной части брюшной стенки

- 1. в подкожной клетчатке
- 2. под сухожилием наружной косой мышцы живота
- 3. между наружной и внутренней косыми мышцами
- 4. между внутренней косой и поперечной мышцей
- 5. между поперечной мышцей и поперечной фасцией живота

2. Прямая мышца живота

- 1. фиксирована только к переднему листку влагалища
- 2. фиксирована только к заднему листку влагалища
- 3. фиксирована прочно к переднему листку и рыхло к заднему листку влагалища
- 4. не фиксирована к обоим листкам влагалища д) не имеет фасциальной оболочки

3. Нижняя надчревная артерия (a. profunda)отходит

- 1. от бедренной артерии
- 2. от внутренней подвздошной артерии
- 3. от пупочной артерии
- 4. от наружной подвздошной артерии

• 5. от запирательной артерии

8. Верхняя брыжеечная артерия является ветвью

- 1. печеночной артерии
- 2. желудочно – 12 перстной артерии
- 3. брюшной аорты
- 4. правой желудочно-сальниковой артерии

• 5. правой почечной артерии

9. Непостоянных сфинктеров в стенке толстой кишки

- 1. пять

- 2. семь
  - 3. десять
  - 4. шестнадцать
- 
- 5. нет ни одного
13. Нижняя прямокишечная артерия отходит
- 1. от внутренней подвздошной артерии
  - 2. от запирающей артерии
  - 3. от внутренней срамной артерии
  - 4. от нижней ягодичной артерии
- 
- 5. от промежностной артерии
14. Крестцовое нервное сплетение лежит непосредственно
- 1. на грушевидной мышце
  - 2. на внутренней запирающей мышце
  - 3. на копчиковой мышце
  - 4. на подвздошно-поясничной мышце
- 
- 5. на лонно-прямокишечной мышце
15. Циркулярные мышечные волокна стенки прямой кишки наиболее развиты
- 1. в верхнеампулярном отделе
  - 2. в среднеампулярном отделе
  - 3. в нижнеампулярном отделе
  - 4. в области запирающего аппарата прямой кишки
- 
- 5. циркулярные волокна везде развиты одинаково
16. У мужчин в полости таза висцеральной фасцией окружены
- 1. только мочевого пузыря
  - 2. мочевого пузыря и прямая кишка
  - 3. предстательная железа и прямая кишка
  - 4. мочевого пузыря, предстательная железа и прямая кишка
- 
- 5. мочевого пузыря и предстательная железа
17. Основным фиксирующим элементом правого изгиба ободочной кишки является
- 1. диафрагмально-ободочная связка
  - 2. печеночно-дуоденальная связка
  - 3. пузырно-толстокишечная связка
  - 4. правая половина большого сальника
- 
- 5. малый сальник
18. Срамной нерв происходит
- 1. из поясничного сплетения
  - 2. непосредственно из крестцового сплетения
  - 3. из подчревного сплетения
  - 4. из нижнего брыжеечного сплетения
- 
- 5. из сплетения, образованного 2, 3 и 4 крестцовыми нервами
19. Наружный сфинктер прямой кишки иннервируется ветвями
- 1. запирающего нерва
  - 2. срамного нерва
  - 3. тазового нерва
  - 4. бедренного нерва
- 
- 5. промежностного нерва
20. В осуществлении механизма держания кишечного содержимого, основную роль из числа перечисленных, играет
- 1. копчиковая мышца
  - 2. подвздошно-копчиковая мышца
  - 3. лонно-прямокишечная мышца
  - 4. ано-копчиковая связка
- 
- 5. все перечисленные
21. Слева и справа от прямой кишки в полости таза располагаются
- 1. мочеточники
  - 2. подчревные артерии
  - 3. семенные пузырьки у мужчин
  - 4. предстательная железа
- 
- 5. все перечисленное
22. Клетчаточное пространство, ограниченное изнутри и сверху мышцами поднимателя заднего прохода, а снаружи запирающей мышцей и седалищным бугром называется
- 1. межмышечным пространством
  - 2. пельвиоректальным пространством
  - 3. подкожным клетчаточным пространством

- 4. ишиоректальным пространством
  - 5. ретроректальным пространством
23. Региональными лимфатическими узлами для прямой кишки являются: 1. паховые 2. подчревные
3. аноректальные 4. верхние прямокишечные 5. подвздошные Выберите правильный ответ по схеме:
- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2. если правильные ответы 1 и 3
  - 3. если правильные ответы 2 и 4
  - 4. если правильный ответ 4
  - 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
24. Гной из околопрямокишечного висцерального пространства может распространиться в: 1. боковые клетчаточные пространства таза 2. позадипрямокишечное клетчаточное пространство 3. околовлагалищную клетчатку у женщин 4. забрюшинную клетчатку и под большую поясничную мышцу 5. околопростатическую клетчатку у мужчин Выберите правильный ответ по схеме:
- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2. если правильные ответы 1 и 3
  - 3. если правильные ответы 2 и 4
  - 4. если правильный ответ 4
  - 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
26. Пространство, расположенное позади анального канала между подкожной порцией наружного сфинктера и местом прикрепления к копчику мышцы поднимателя заднего прохода называется: (именно через него при подковообразном парапроктите гной чаще всего поступает из одной ишиоректальной ямки в противоположную)
- 1. ретроректальное
  - 2. ишиоректальное
  - 3. постанальное
  - 4. пельвиоректальное
  - 5. межмышечное
27. В основу сегментарного деления печени положено
- 1. внутрипеченочное ветвление печеночной артерии
  - 2. внутрипеченочное формирование желчных протоков
  - 3. разветвление портальной системы
  - 4. разветвление внутрипеченочных нервов
  - 5. лимфатическая система печени
28. Артериальное кровоснабжение печени осуществляется за счет
- 1. верхней брыжеечной артерии
  - 2. печеночной артерии
  - 3. артериальных ветвей, отходящих непосредственно от аорты
  - 4. нижней брыжеечной артерии
  - 5. всех перечисленных артерий
29. Слизистая оболочка тонкой кишки в течение суток выделяет
- 1. до 2-х литров кишечного сока
  - 2. до 5-ти литров кишечного сока
  - 3. до 7-ми литров кишечного сока
  - 4. до 15-ти литров кишечного сока
  - 5. до 20-ти литров кишечного сока
30. В толстой кишке не всасываются: 1. вода и электролиты 2. спирт 3. глюкоза и моносахариды 4. белки 5. все жирорастворимые витамины Выберите правильный ответ по схеме:
- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2. если правильные ответы 1 и 3
  - 3. если правильные ответы 2 и 4
  - 4. если правильный ответ 4
  - 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
31. Верхняя брыжеечная вена: 1. начинается у конца подвздошной кишки 2. поднимается к корню брыжейки тонкой кишки 3. проходит впереди нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки 4. подходит за головку поджелудочной железы 5. соединяется с селезеночной веной Выберите правильный ответ по схеме:
- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
  - 2. если правильные ответы 1 и 3
  - 3. если правильные ответы 2 и 4
  - 4. если правильный ответ 4
  - 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
32. Толстая кишка по внешнему виду отличается от тонкой: 1. большим по сравнению с тонкой диаметром 2. серовато-пепельным оттенком 3. особыми продольно расположенными мышечными пучками, которые собраны в виде мышечных тяжей или лент 4. наличием жировых подвесков 5. наличием гаустр

Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

33. В кровоснабжении илеоцекального отдела кишечника неучаствует концевая ветвь подвздошно-ободочной артерии: 1. подвздошная 2. ободочная 3. правая ободочная 4. артерия червеобразного отростка 5. средняя слепки кишечника Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

34. Восходящая ободочная кишка кровоснабжается за счет

- 1. нижней брыжеечной артерии
- 2. подвздошных ветвей подвздошно-ободочной артерии
- 3. ветвей, непосредственно отходящих от аорты
- 4. восходящей ветви подвздошно-ободочной артерии
- 5. средней ободочной артерии

35. Основным артериальным стволом поперечной ободочной кишки является

- 1. правая ободочная артерия
- 2. левая ободочная артерия
- 3. правая и левая ободочная артерии
- 4. средняя ободочная артерия
- 5. нижняя брыжеечная артерия

36. Дуга Риолана образуется за счет анастомозирования

- 1. левой и правой ветвей средней ободочной артерии
- 2. левой ветви средней ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии
- 3. подвздошно-ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии
- 4. левой ветви средней ободочной артерии и первой ветви сигмовидной артерии
- 5. в образовании дуги Риолана принимают участие все перечисленные артерии

37. Артерии сигмовидной кишки отходят

- 1. непосредственно от аорты
- 2. от верхней брыжеечной артерии
- 3. от нижней брыжеечной артерии
- 4. от средней ободочной артерии
- 5. от левой ободочной артерии

38. К лимфатическим узлам ободочной кишки относятся: 1. надободочные 2. околоободочные 3. промежуточные 4. главные, расположенные в корне брыжейки кишки 5. лимфоузлы, расположенные у ствола нижней брыжеечной вены Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

39. Одно из названий отдела ободочной кишки не употребляется в настоящее время: 1. восходящая ободочная кишка 2. правый изгиб ободочной кишки 3. поперечная ободочная кишка 4. селезеночный угол 5. нисходящая ободочная кишка Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

40. Так называемые прямые сосуды, принимающие участие в кровоснабжении стенки ободочной кишки: 1. являются капиллярами 2. отходят непосредственно от основных артериальных стволов соответствующего отдела кишки 3. отходят от краевого сосуда только в зоне дуги Риолана 4. отходят от краевого сосуда, разветвляясь далее 5. в правой половине ободочной кишки отходят непосредственно от подвздошно-ободочной артерии Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

**Дополнительная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятыян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолестеэктомиический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-

		Воробьев			
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР- Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР- Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР- Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 8. Хирургия эндокринной системы

### Тема 8.1. Хирургические заболевания щитовидной железы (семинар, практическое занятие)

**Цель:** изучение вопросов хирургической анатомии щитовидной железы, патофизиология возникновения заболеваний щитовидной железы, диагностики и хирургического лечения.

**Задачи:** научить студента методике обследования больных с заболеваниями щитовидной железы, диагностировать наиболее распространенные заболевания, определить характер предоперационной подготовки и комплекс послеоперационной терапии, показания к операции, характер операционных, послеоперационных осложнений.

#### **Обучающийся должен знать:**

Методы исследования при заболеваниях щитовидной железы;

Дифференциальную диагностику заболеваний щитовидной железы;

Клиническую картину форм тиреотоксического зоба, особенности эндемического зоба;

Классификацию заболеваний щитовидной железы;

Показания к операциям на щитовидной железе;

Принципы предоперационной подготовки;

Профилактика заболеваний щитовидной железы, диспансерное наблюдение.

**Обучающийся должен уметь:** получить информацию о развитии и течении заболевания щитовидной железы;

интерпретировать данные различных методов исследования; правильно сформулировать диагноз;

назначить план обследования; определить показания к операциям на щитовидной железе принципы предоперационной подготовки;

особенности операций на железе, осложнения; обозначить тактику в лечении.

**Обучающийся должен владеть:** методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с патологией щитовидной железы;

методикой физикального осмотра хирургического больного;

методикой создания алгоритма клинико-лабораторного и инструментального обследования больного с патологией щитовидной железы;

методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями.

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

- 1. Вопросы для собеседования:** анатомия и физиология щитовидной железы; особенности кровоснабжения щитовидной железы; методы обследования больных с заболеваниями щитовидной железы; методы инструментальной диагностики.

#### **2. Практическая работа на практическом занятии.**

- клинические разборы,
- чтение рентгенограмм,
- решение ситуационных задач,
- тестовых заданий,

- отработка практических навыков (перечислить),
- освоение манипуляций (перечислить) по алгоритму под контролем преподавателя и т.п.

## **2. Практическая работа на семинаре.**

### **Тестирование по теме занятия**

001. Больная 30 лет поступила с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, немотивированные колебания настроения. При осмотре обнаружено диффузное увеличение обеих долей щитовидной железы. Положительные глазные симптомы: расширение глазных щелей, редкое мигание. Пульс  $\square$  115 уд./мин. В течение 2 лет периодически лечилась тиреостатическими препаратами без большого эффекта. Поставлен диагноз: диффузный зоб 3 степени с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести. Лечебная тактика? а) срочная субтотальная струмэктомия; б) лечение тиреостатическими препаратами; в) субтотальная резекция щитовидной железы после подготовки антитиреоидами; г) лечение радиоактивным йодом; д) гемиструмэктомия после подготовки.

002. У больной 30 лет выявлено плотной консистенции опухолевидное образование в правой доле щитовидной железы размерами 2x2 см. Периферические лимфоузлы не увеличены. Данные радиоизотопного сканирования подтверждают диагноз: узловой эутиреоидный зоб. Лечение? а) резекция части доли щитовидной железы с узлом; б) субтотальная струмэктомия; в) гемиструмэктомия с резекцией перешейки; г) вылушивание опухоли; д) консервативное лечение.

003. На 2-й день после операции по поводу диффузного токсического зоба у больного внезапно появилось двигательное и психическое возбуждение, тахикардия 130 уд./мин, температура тела 39,8 $\square$  С. Диагноз? а) гиперпаратиреоз; б) гипопаратиреоз; в) тиреотоксический шок; г) гипотиреоз; д) тиреоидит оставшейся части щитовидной железы.

004. Больной 35 лет произведена субтотальная резекция щитовидной железы по поводу тиреотоксического зоба. На следующий день появились жалобы на слабость, затруднение глотания, распирающие боли в левой половине шеи. Снята повязка. При осмотре обнаружена выраженная припухлость левой половины шеи мягкой консистенции. Из раны небольшое кровянистое отделяемое. Тактика? а) пункция, отсасывание отделяемого; б) снять швы, удалить сгустки, остановить кровотечение; в) гемостатическая терапия; г) холод на левую половину шеи; д) антибиотикотерапия.

005. У больной, оперированной по поводу диффузного зоба с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести, на следующий день после операции отмечаются парестезии в области кончиков пальцев рук, ощущение "мурашек". Затем появился симптом "руки акушера", боли в мышцах предплечий. Какое осложнение можно предположить у больной? а) гипотиреоидная реакция; б) гипертиреоидная реакция; в) паратиреоидная недостаточность; г) гиперпаратиреоз; д) повреждение n.vagus.

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

#### **Задача №1**

На приёме женщина 27 лет, которая предъявляет жалобы на постоянную нервозность, слабость, сердцебиение, которые усилились, в последние несколько дней появился тремор рук. Также она отмечает трудности с концентрацией внимания, в том числе на работе (работает экономистом предприятия) и раздражительность, на что обращают внимание её коллеги. Симптомы нарастали в течение последних 3 месяцев, отмечает снижение массы тела примерно на 4 кг за это время, в течение последнего месяца присоединилась бессонница, в связи с чем она решила обратиться к врачу-терапевту участковому. Менструации отсутствуют в течение 2 месяцев, до этого были регулярными. Наличие хронических заболеваний отрицает, лекарственные препараты не принимает. Пациентка не замужем, регулярную половую жизнь отрицает, контрацептивами не пользуется. Пациентка не курит, не употребляет наркотики и редко употребляет алкогольные напитки в небольших количествах. Во время опроса пациентка возбуждена и подвижна. При физикальном обследовании рост - 172 см, масса тела - 52 кг, кожа горячая и влажная, температура тела 36,9 °С. Имеет место двухсторонний экзофтальм и отставание верхнего века при взгляде вниз. При пальпации шеи определяется симметрично увеличенная щитовидная железа без отчетливо пальпируемых узлов, эластичной консистенции, смещаемая, безболезненная. Перкуторные размеры сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС - 112 в минуту, АД - 138/84 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот безболезненный, печень, селезёнка не увеличены. Кожа голеней уплотнена, гиперемирована с обеих сторон. В позе Ромберга устойчива, однако отмечается тремор кистей. Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные исследования следует выполнить для подтверждения диагноза?
4. Какие методы визуализации следует использовать для подтверждения диагноза?
5. Каковы принципы лечения данной пациентки?

## Задача №2

Больная 30 лет поступила с жалобами на опухолевидное образование на передней поверхности шеи, которое появилось 5 лет назад и с тех пор медленно увеличивалось. В левой доле щитовидной железы при пальпации определяется плотное образование с гладкой поверхностью размерами 8x5 см, безболезненное. Пульс 78 уд./мин. Основной обмен 10%. Какое лечение показано этой больной?

## Задача №3

Больной 40 лет заболел остро: озноб, слабость, затруднение глотания, боли в области шеи с иррадиацией в уши, голову, усиливающиеся при поворотах, температура 38°C. Больного беспокоит потливость. При пальпации щитовидная железа увеличена, болезненна, не спаяна с окружающими тканями, уплотнена, флюктуирующих участков нет. Подчелюстные, шейные лимфоузлы не увеличены. В анализе крови: СОЭ до 21 мм/ч, относительный лимфоцитоз. При исследовании накопления йода щитовидной железой на сканограмме участки просветления, накопление снижено. Диагноз?

## Задача №4

Больная 24 лет поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больна 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен +30%. При рентгенографии в переднем средостении образование округлой формы 5x5 см с четкими контурами. Легочная ткань прозрачна. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме хирургические заболевания щитовидной железы с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

### 2) Вопросы для самоконтроля

Анатомия и физиология щитовидной железы; особенности кровоснабжения щитовидной железы; методы обследования больных с заболеваниями щитовидной железы; методы инструментальной диагностики.

### 3) Тестовый контроль

001. Больная 30 лет поступила с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, немотивированные колебания настроения. При осмотре обнаружено диффузное увеличение обеих долей щитовидной железы. Положительные глазные симптомы: расширение глазных щелей, редкое мигание. Пульс □ 115 уд./мин. В течение 2 лет периодически лечилась тиреостатическими препаратами без большого эффекта. Поставлен диагноз: диффузный зоб 3 степени с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести. Лечебная тактика? а) срочная субтотальная струмэктомия; б) лечение тиреостатическими препаратами; в) субтотальная резекция щитовидной железы после подготовки анти тиреоидами; г) лечение радиоактивным йодом; д) гемиструмэктомия после подготовки.

002. У больной 30 лет выявлено плотной консистенции опухолевидное образование в правой доле щитовидной железы размерами 2x2 см. Периферические лимфоузлы не увеличены. Данные радиоизотопного сканирования подтверждают диагноз: узловой эутиреоидный зоб. Лечение? а) резекция части доли щитовидной железы с узлом; б) субтотальная струмэктомия; в) гемиструмэктомия с резекцией перешейки; г) вылушивание опухоли; д) консервативное лечение.

003. На 2-й день после операции по поводу диффузного токсического зоба у больного внезапно появилось двигательное и психическое возбуждение, тахикардия 130 уд./мин, температура тела 39,8□ С. Диагноз? а) гиперпаратиреоз; б) гипопаратиреоз; в) тиреотоксический шок; г) гипотиреоз; д) тиреоидит оставшейся части щитовидной железы.

004. Больной 35 лет произведена субтотальная резекция щитовидной железы по поводу тиреотоксического зоба. На следующий день появились жалобы на слабость, затруднение глотания, распирающие боли в левой половине шеи. Снята повязка. При осмотре обнаружена выраженная припухлость левой половины шеи мягкой консистенции. Из раны небольшое кровянистое отделяемое. Тактика? а) пункция, отсасывание отделяемого; б) снять швы, удалить сгустки, остановить кровотечение; в) гемостатическая терапия; г) холод на левую половину шеи; д) антибиотикотерапия.

005. У больной, оперированной по поводу диффузного зоба с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести, на следующий день после операции отмечаются парестезии в области кончиков пальцев рук, ощущение "мурашек". Затем появился симптом "руки акушера", боли в мышцах предплечий. Какое осложнение можно предположить у больной? а) гипотиреоидная реакция; б) гипертиреоидная реакция; в) паратиреоидная недостаточность; г) гиперпаратиреоз; д) повреждение n.vagus.

006. Больная 60 лет жалуется на раздражительность, непереносимость жары, похудание, сердцебиение, повышенную потливость. Отмечается нарушение ритма сердечных сокращений. Глазные симптомы отсутствуют. При пальпации щитовидной железы определяется узел с четкими границами, не спаянный с окружающими тканями, смещающийся при глотании. Диагноз? а) токсическая аденома; б) рак щитовидной железы; в) киста щитовидной железы; г) абсцесс щитовидной железы; д) холодная аденома щитовидной железы.

007. Больная 25 лет при поступлении в отделение жалуется на общую слабость, быстрые смены



настроения, раздражительность, плаксивость, утомляемость. Беспокоит также опухолевидное образование на передней поверхности шеи. При осмотре: увеличение обеих долей щитовидной железы 3 ст., положительные глазные симптомы. Тахикардия 120 уд./мин. При пальпации щитовидная железа эластичной консистенции, диффузно увеличены обе доли. Диагноз? а) токсическая аденома; б) диффузный токсический зоб; в) рак щитовидной железы; г) струмит; д) тиреоидит.

008. Больная 30 лет поступила с жалобами на боли при глотании и увеличение левой доли щитовидной железы. Из анамнеза известно, что недавно больная перенесла фолликулярную ангину. При осмотре: температура 38 °С, левая доля щитовидной железы увеличена, уплотнена, болезненна. Пульс 100 уд./мин. В анализе крови: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ 30 мм/час. Основной обмен 25%. Диагноз? а) тиреотоксический зоб; б) эутиреоидный зоб; в) острый тиреоидит; г) шейный лимфаденит; д) абсцесс щитовидной железы.

009. Больной 45 лет был прооперирован по поводу гипертиреоидного зоба. Сразу же после операции появилась осиплость голоса. Какое осложнение струмэктомии возникло у данного больного? а) повреждение трахеи; б) повреждение возвратного гортанного нерва; в) инородное тело гортани; г) гематома; д) тиреотоксический криз.

010. Больная 30 лет поступила с жалобами на опухолевидное образование на передней поверхности шеи, которое появилось 5 лет назад и с тех пор медленно увеличивалось. В левой доле щитовидной железы при пальпации определяется плотное образование с гладкой поверхностью размерами 8x5 см, безболезненное. Пульс 78 уд./мин. Основной обмен 10%. Какое лечение показано этой больной? а) субтотальная резекция щитовидной железы; б) энуклеация узла; в) гемитиреоидэктомия слева с перешейком; г) струмэктомия с удалением регионарных лимфоузлов; д) паратиреоаденомэктомия.

011. У больной 60 лет 10 лет назад диагностирован узловой эутиреоидный зоб размерами 5x3 см. За последние полгода образование увеличилось вдвое, ухудшилось общее состояние больной, появились слабость, быстрая утомляемость. При пальпации поверхность щитовидной железы неровная, консистенция плотная. Образование малоподвижное. Лимфоузлы на левой половине шеи увеличены, плотные. Диагноз? а) острый тиреоидит; б) тиреотоксический узловой зоб; в) эутиреоидный узловой зоб; г) малигнизация зоба; д) паратиреоаденома.

012. Больной 40 лет заболел остро: озноб, слабость, затруднение глотания, боли в области шеи с иррадиацией в уши, голову, усиливающиеся при поворотах, температура 38 °С. Больного беспокоит потливость. При пальпации щитовидная железа увеличена, болезненна, не спаяна с окружающими тканями, уплотнена, флюктуирующих участков нет. Подчелюстные, шейные лимфоузлы не увеличены. В анализе крови: СОЭ до 21 мм/ч, относительный лимфоцитоз. При исследовании накопления йода щитовидной железой на сканограмме участки просветления, накопление снижено. Диагноз? а) флегмона шеи; б) кровоизлияние в узловой зоб; в) острый тиреоидит; г) инфицированная киста шеи; д) диффузный токсический зоб.

013. Больная поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больна 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен – 30%. При физикальном обследовании больной никакой патологии не выявлено. При рентгенологическом исследовании в переднем средостении на уровне II ребра справа определяется образование округлой формы размером 5x5 см с четкими границами. Какое дополнительное исследование необходимо для уточнения диагноза? а) пункционная биопсия; б) сканирование щитовидной железы; в) анализ крови (эозинофилия) для исключения эхинококковой кисты; г) в/кожная проба с эхинококковым антигеном; д) медиастиноскопия.

014. Какой метод диагностики следует избрать как наиболее исчерпывающий при подозрении на малигнизацию узлового зоба? а) пункционная биопсия; б) радиоизотопное исследование функции железы; в) сцинтиграфия железы; г) УЗИ щитовидной железы; д) компьютерная томография железы.

015. У больной 50 лет диагностирован рак щитовидной железы. При осмотре определяется плотный узел в правой доле, лимфоузлы 3x4 см по ходу кивательной мышцы плотные, увеличенные, безболезненные. Как радикально лечить больную? а) энуклеация узла; б) субтотальная струмэктомия; в) лучевая терапия; г) гемиструмэктомия справа; д) тиреоидэктомия с удалением регионарных лимфоузлов.

016. Больная 24 лет поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больна 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен +30%. При рентгеноскопии в переднем средостении образование округлой формы 5x5 см с четкими контурами. Легочная ткань прозрачна. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза? а) рентгенография грудной клетки и пищевода; б) пневмомедиастиноскопия; в) радиоизотопное сканирование щитовидной железы; г) ультразвуковое сканирование щитовидной железы; д) все перечисленное.

017. При биохимическом исследовании крови выявлены: гиперкальциемия, гипофосфатемия. При рентгенологическом исследовании обнаружен остеопороз костей. Стернальная пункция без особенностей. Диагноз? а) миеломная болезнь; б) остеопороз костей таза; в) фиброзная дисплазия; г) гиперпаратиреоз; д) болезнь Педжета.

018. При выявлении солитарного узла в щитовидной железе показано: а) сканирование щитовидной железы; б) рентгенологическое исследование грудной клетки и трахеи; в) определение

гормонов щитовидной железы; г) определение антител щитовидной железы; д) ультразвуковое исследование щитовидной железы; е) ди-агностическая пункция. Выберите правильную комбинацию ответов:

019. У больной 46 лет с жалобами на чувство тяжести за грудиной и непостоянную одышку при физической нагрузке при рентгенологическом исследовании грудной клетки за рукояткой грудины выявлена опухоль с четкими контурами, 8 см в диаметре, смещающая трахею вправо. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, мягкой консистенции. Ваш диагноз? а) загрудинный зоб; б) тимома; в) тератома; г) дермоидная киста; д) лимфома.

020. У больной 35 лет через двое суток после субтотальной резекции щитовидной железы по поводу диффузного тиреотоксического зоба появились онемение кончиков пальцев рук, скованность в конечностях, подрагивание мышц лиц. Диагноз? а) повреждение верхнего гортанного нерва во время операции; б) гипотиреоз; в) гипопаратиреоз вследствие операционной травмы паратиреоидных желез; г) гиперпаратиреоз; д) тиреотоксический шок.

021. Для тиреотоксического криза характерно все, кроме:

- а) похудание
- б) симптома Хвостека
- в) гипертермии
- г) тахикардии
- д) невропсихических расстройств

022. Осложнением не характерным для операций на щитовидной железе является:

- а) кровотечение
- б) воздушная эмболия
- в) жировая эмболия
- г) повреждение трахеи
- д) поражение возвратного нерва

023. Для болезни Гревса - Базедова не характерно наличие:

- а) зоба
- б) тахикардии
- в) экзофтальма
- г) диастолического шума на верхушке сердца
- д) все перечисленное характерно для данного заболевания

024. Наиболее частым осложнением субтотальной струмэктомии является:

- а) повреждение возвратного нерва
- б) рецидив тиреотоксикоза
- в) тетания
- г) гипотиреоз
- д) прогрессирующий экзофтальм

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

- а) вызывают декомпенсацию сердечной деятельности
- б) поражают лиц одного возраста
- в) часто дают экзофтальм
- г) имеют одинаковую симптоматику тиреотоксикоза
- д) все верно

026. Для выявления злокачественных опухолей щитовидной железы чаще всего применяется:

- а) пробная эксцизия
- б) пункционная биопсия толстой иглой
- в) трепанобиопсия
- г) определение титра антител к щитовидной железе
- д) пункционная биопсия тонкой иглой

027. При 1 стадии рака щитовидной железы выполняют:

- а) гемитиреоидэктомию с резекцией перешейки
- б) субтотальную резекцию щитовидной железы
- в) операцию Крайля
- г) экстракапсулярную тотальную струмэктомию
- д) все неверно

028. Судороги, симптомы Хвостека и Труссо после струмэктомии говорят за:

- а) гипотиреоз
- б) тиреотоксический криз
- в) травму гортанных нервов
- г) гипопаратиреоз
- д) остаточные явления тиреотоксикоза

029. Проявлением тиреотоксикоза не является:

- а) симптом Греффе и Мебиуса
- б) тахикардия
- в) экзофтальм

- г) тремор нижних конечностей  
 д) наличие узлов в щитовидной железе  
 030. Зоб у лиц одной биогеохимической области определяется как:

- а) эпидемический  
 б) спорадический  
 в) острый струмит  
 г) эндемический

- д) массовый тиреотоксикоз

031. Не является признаком тиреотоксического сердца:

- а) мерцательная аритмия  
 б) кардиодилатация  
 в) систолический шум на верхушке  
 г) высокое систолическое давление  
 д) низкое систолическое давление

032. При биохимическом исследовании крови было обнаружено:

гиперкальциемия, гипофосфатемия. При R-логическом исследовании - остеопороз костей.

Стернальная пункция без особенностей. Диагноз?

- а) миеломная болезнь  
 б) остеопороз костей таза  
 в) фиброзная дисплазия  
 г) гиперпаратиреоз  
 д) болезнь Педжета

033. При выявлении солитарного узла в щитовидной железе показано:

- а) скенирование щитовидной железы  
 б) рентгенологическое исследование грудной клетки и трахеи  
 в) определение гормонов щитовидной железы  
 г) антител щитовидной железы  
 д) ультразвуковое исследование щитовидной железы  
 е) диагностическая пункция

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

##### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+

3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 8. Хирургия эндокринной системы

### Тема 8.2. Хирургические заболевания паращитовидных желез (семинар, практическое занятие)

**Цель:** изучение анатомии, физиологии, хирургической анатомии паращитовидных желез.

**Задачи:** сформировать знания по общим и специальным методам исследования по заболеваниям паращитовидных желез. определение гипо- и гиперпаратиреоза; этиопатогенез заболеваний, протекающих с нарушением гормонообразующей функции паращитовидных желез; особенности клинической картины заболеваний паращитовидных желез; диагностику и дифференциальный диагноз гипо- и гиперпаратиреоза;

**Обучающийся должен знать:** основы топографической анатомии шеи и области щитовидной и паращитовидных желез;

основные вопросы нормальной и патологической физиологии паращитовидных желез  
общие и специальные методы исследования при заболеваниях паращитовидных желез; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с патологией паращитовидных желез, методы реабилитации; основы патогенетического подхода при лечении в хирургии и смежных областях медицины;

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

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

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

- 1. Вопросы для собеседования:** анатомия шеи и области паращитовидных желез; анатомические особенности шеи; анатомия и физиология шеи; особенности кровоснабжения шеи и паращитовидных желез; методы обследования больных с патологией пара-ЩЖ; методы инструментальной диагностики.

### **2. Практическая работа на практическом занятии.**

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

### **2. Практическая работа на семинаре.**

#### **Тестирование по теме занятия**

Особенностью псевдогипопаратироза является:

- А. Повышение кальция в крови
- Б. Нормальные значения паратгормона в крови
- В. Снижение паратгормона в крови
- Г. Повышение паратгормона в крови
- Д. Увеличение экскреции кальция с мочой

Выбрать правильное в отношении паратгормона утверждение:

- А. Стимулирует реабсорбцию кальция в дистальных канальцах почек
- Б. Стимулирует реабсорбцию кальция в проксимальных канальцах почек
- В. Уменьшает всасывание кальция в тонком кишечнике
- Г. Усиливает канальцевую реабсорбцию фосфора
- Д. Все перечисленное верно

Первичный гиперпаратиреоз является следствием:

- А. Кровоизлияния в паращитовидные железы
- Б. Развития аденомы паращитовидной железы
- В. Развития амилоидоза паращитовидных желез
- Г. Появления метастазов в паращитовидные железы
- Д. Результатом всего вышеперечисленного

Какой препарат не используется при лечении гипопаратиреоза?

- А. Кальций Д3 –Тева
- Б. Оксидевит
- В. Тахистин
- Г. Кальцитрин
- Д. Рокалтрол

Лабораторными проявлениями гипопаратиреоза являются:

- А. Гиперкальциемия

- Б. Гипокальциемия
- В. Снижение уровня фосфора в крови
- Г. Повышение суточной экскреции фосфора с мочой
- Д. Снижение зубца Т на ЭКГ

У больной после струмэктомии возникли судороги, симптом Хвостека, симптом Труссо. Какое осложнение имеет место?

- А. Гипотиреоз
- Б. Тиреотоксический криз
- В. Травма гортанных нервов
- Г. Гипопаратиреоз
- Д. Остаточные явления тиреотоксикоза

### 3. Решить ситуационные задачи

1. Больной Н. , 42 г. Поступил в клинику с приступом клонических судорог и рвотой. Судорожное сокращение преимущественно в сгибательных мышцах , сардоническая улыбка на лице . Содержание кальция в крови снижено до 2 ммоль / л , содержание фосфора в крови повышено . Пульс 112 уд . в мин. АД 130 / 80 мм рт.ст . На шее больного видны следы операции тиреоидэктомии .

- О каком заболевании можно думать?
- Дальнейшая тактика?

2. Больной Г , 46 лет . После травматического повреждения шеи отмечает периодическое появление парестезий с последующим развитием судорог . Перед приступом судорог отмечает развитие тошноты , рвоты . Сознание во время судорог сохранено . В последнее время отмечает бессонницу . Содержание кальция в крови составляет 2 , 8 ммоль / л .

- О каком заболевании можно думать?
- Какова дальнейшая тактика для данного пациента?(Диагностика, лечение)

3. Больной В. , 44 лет. Поступил в клинику с жалобами на общую слабость , быструю утомляемость , боли в костях . При осмотре обращает внимание деформация позвоночника по типу кифосколиоза , 3 ложных сустава . При лабораторном исследовании содержание кальция в крови увеличено до 5 ммоль / л , снижено содержание фосфора . В анамнезе указание на почечнокаменную болезнь , трижды лечился по поводу почечной колики . На обзорной рентгенограмме позвоночника выявлены “ коралловые “ камни в почках с обеих сторон .

- О каком заболевании можно думать?
- Какова дальнейшая тактика для данного пациента?(Диагностика, лечение)

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме хирургические заболевания щитовидной железы с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Тестовый контроль

Особенностью псевдогипопаратироза является:

- А. Повышение кальция в крови
- Б. Нормальные значения паратгормона в крови
- В. Снижение паратгормона в крови
- Г. Повышение паратгормона в крови
- Д. Увеличение экскреции кальция с мочой

Выбрать правильное в отношении паратгормона утверждение:

- А. Стимулирует реабсорбцию кальция в дистальных канальцах почек
- Б. Стимулирует реабсорбцию кальция в проксимальных канальцах почек
- В. Уменьшает всасывание кальция в тонком кишечнике
- Г. Усиливает канальцевую реабсорбцию фосфора
- Д. Все перечисленное верно

Первичный гиперпаратиреоз является следствием:

- А. Кровоизлияния в паращитовидные железы
- Б. Развития аденомы паращитовидной железы
- В. Развития амилоидоза паращитовидных желез
- Г. Появления метастазов в паращитовидные железы
- Д. Результатом всего вышеперечисленного

Какой препарат не используется при лечении гипопаратиреоза?

- А. Кальций Д3 –Тева
- Б. Оксидевит
- В. Тахистин
- Г. Кальцитрин
- Д. Рокалтрол

Лабораторными проявлениями гипопаратиреоза являются:

- А. Гиперкальциемия
- Б. Гипокальциемия
- В. Снижение уровня фосфора в крови
- Г. Повышение суточной экскреции фосфора с мочой
- Д. Снижение зубца Т на ЭКГ

У больной после струмэктомии возникли судороги, симптом Хвостека, симптом Труссо. Какое осложнение имеет место?

- А. Гипотиреоз
- Б. Тиреотоксический криз
- В. Травма гортанных нервов
- Г. Гипопаратиреоз
- Д. Остаточные явления тиреотоксикоза

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

##### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-

7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 8. Хирургия эндокринной системы

### Тема 8.3. Хирургические заболевания инсулярного аппарата поджелудочной железы (семинар, практическое занятие)

**Цель:** подготовка квалифицированного врача – хирурга способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности при оказании первичной и специализированной медицинской помощи в том числе высокотехнологичной помощи при заболеваниях поджелудочной железы.

**Задачи:** сформировать знания по общим и специальным методам исследования поджелудочной железы; изучение хирургической анатомии, физиологии, патофизиологии при заболеваниях поджелудочной железы, изучить методы лечения при заболеваниях ПЖ.

**Обучающийся должен знать:** основы топографической анатомии передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства.

основные вопросы нормальной и патологической физиологии поджелудочной железы  
общие и специальные методы исследования при заболеваниях поджелудочной железы; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики заболеваний поджелудочной железы; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с заболеваниями ПЖ, методы реабилитации; основы патогенетического подхода при лечении в хирургии и смежных областях медицины;

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

**Обучающийся должен владеть:** методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с



заболеваниями ПЖ; методикой физикального осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клиничко-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного; методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями

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

**1. Вопросы для собеседования:** анатомические и патофизиологические особенности брюшной полости, забрюшенного пространства; анатомия и физиология ПЖ; особенности кровоснабжения ПЖ; методы обследования больных; методы инструментальной диагностики. Особенности клиники заболеваний инсулярного аппарата ПЖ. Методы диагностики. Варианты хирургического вмешательства.

### **2. Практическая работа на практическом занятии.**

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

### **2. Практическая работа на семинаре.**

#### **Тестирование по теме занятия**

Во сколько раз чаще чем в популяции у больных СД встречается гнойная инфекция?

а) б) в)

2. Наличие а) б) в)

10 раз. 20 раз. 30 раз.

СД увеличивает вероятность:

Генерализации гнойного процесса с развитием сепсиса.

Поражения желчевыводящих путей и поджелудочной железы. Повышения частоты развития инфекционных осложнений в области операционной раны.

г) Всего из вышеперечисленного.

3. Для больных с СД характерно:

а) Ареактивное течение острых хирургических заболеваний. б) Снижение болевой чувствительности.

в) Всё из вышеперечисленного.

4. Регуляция углеводного обмена осуществляется при участии:

а) Поджелудочной железы, печени, кишечника.

б) Поджелудочной железы, печени, гипофиза, надпочечников, почек, кишечника.

5. К развитию сахарного диабета предрасполагают:

а) Ожирение, перенесенный острый панкреатит (панкреонекроз). б) Генетическая предрасположенность.

в) Всё из вышеперечисленного.

30

6. Основным способом компенсации СД хирургических больных является: а) Введение простого инсулина.

б) Прием сахаропонижающих препаратов. в) Соблюдение специальной диеты.

7. Оптимальным уровнем гликемии, на фоне хирургического вмешательства, считается:

а) 8,0-12,0 ммоль/л. б) 6,0 - 10,0 ммоль/л. в) 3,3 - 5,5 ммоль/л.

8. При каких состояниях потребность в инсулине увеличивается:

а) Стрессе, возникновении гнойного очага.

б) Стрессе, возникновении гнойного очага, сепсисе, аллергии, недостаточности витаминов группы В.

9. Допускается ли наличие у больных до операции умеренной гипергликемии и глюкозурии:

а) Да, допускается.

б) Нет, необходима полная компенсация СД.

10. По какой схеме в день операции необходимо вводить больному СД инсулины:

а) Дооперационная доза делится на две инъекции, одну из которых делают до операции, а другую после нее.

б) Установленную ранее суточную дозу инсулина во время операции и после нее изменять не следует.

11. После введения простого инсулина перед операцией и после нее:

а) Пациентов необходимо кормить.

б) Кормить больных не следует. Необходимо внутривенное введение 5-10% раствора глюкозы.

12. Следует ли больным СД, которые ранее принимали только сахаропонижающие препараты или соблюдали диету в послеоперационном периоде вводить простой инсулин:

а) Только в том случае, если в моче появляются глюкоза и ацетон. б) Введение простого инсулина необходимо всем без исключения больным.

13. В послеоперационном периоде контроль гликемии каждые 4-6 часов производится на протяжении:

- а) 1-2 суток. б) 3-4 суток.
- в) 4-5 суток.

14. Операцию при наличии гнойной инфекции можно выполнять при гликемии:

а) 12-13 ммоль/л и небольшом кетоацидозе. б) 8-10 ммоль/л и отсутствии кетоацидоза. в) 3,3-5,5 ммоль/л и отсутствии кетоацидоза.

15. У больных СД в послеоперационном периоде могут возникнуть следующие осложнения:

- а) Пневмония, нагноение послеоперационной раны. б) Сердечно-сосудистая недостаточность.
- в) Тромбофлебит.
- г) Все из вышеперечисленного.

### 3. Решить ситуационные задачи

В приемный покой доставлена больная 60 лет. Страдает СД типа II в течение 5 лет. Жалобы на боли по всему животу, без четкой локализации, больше в нижних отделах. Боли появились постепенно сутки назад на фоне полного здоровья. Отмечает задержку стула и газов. Температура при поступлении 37,8. Лейкоцитоз  $14 \times 10^9$ , сахар крови из пальца 13 ммоль/л, в моче сахара и ацетона нет.

- а) Предположительный диагноз?
- б) Какова тактика хирурга?

2. Больному 42 лет СД типа I предстоит оперативное лечение – грыжесечение по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Инсулинотерапия: перед завтраком 10 ЕД простого инсулина, перед обедом 14 ЕД, перед ужином 10 ЕД. Утром в день операции уровень гликемии составил 9,8 ммоль/л.

- а) Можно ли выполнять операцию?
- б) Какова тактика лечащего врача?

3. Женщина 45 лет с СД типа I, поступила в приёмный покой с клиникой острого калькулёзного холецистита. Уровень гликемии 18 ммоль/л, ацетон мочи «отрицательный».

- а) В каком порядке следует оперировать больную?
- б) Какая предоперационная подготовка необходима?

4. У пациента с СД в послеоперационном периоде возникла внезапная потеря сознания, судороги, тремор. При объективном осмотре: кожные покровы влажные, запах ацетона отсутствует, зрачки расширены, АД 120/80 мм рт. ст., пульс аритмичен.

- а) Какое исследование подтвердит диагноз?
- б) Какова тактика лечащего врача?

5. Перечислите основные методы интракорпоральной и экстракорпоральной детоксикации у больных сахарным диабетом при перитоните.

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме хирургические заболевания щитовидной железы с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Тестовый контроль

Во сколько раз чаще чем в популяции у больных СД встречается гнойная инфекция?

а) б) в)

2. Наличие а) б) в)

10 раз. 20 раз. 30 раз.

СД увеличивает вероятность:

Генерализации гнойного процесса с развитием сепсиса.

Поражения желчевыводящих путей и поджелудочной железы. Повышения частоты развития инфекционных осложнений в

области операционной раны.

г) Все из вышеперечисленного.

3. Для больных с СД характерно:

а) Ареактивное течение острых хирургических заболеваний. б) Снижение болевой чувствительности.

в) Все из вышеперечисленного.

4. Регуляция углеводного обмена осуществляется при участии:

а) Поджелудочной железы, печени, кишечника.

б) Поджелудочной железы, печени, гипофиза, надпочечников, почек, кишечника.

5. К развитию сахарного диабета предрасполагают:

а) Ожирение, перенесенный острый панкреатит (панкреонекроз). б) Генетическая предрасположенность.

в) Все из вышеперечисленного.

30

6. Основным способом компенсации СД хирургических больных является: а) Введение простого инсулина.

- б) Приём сахаропонижающих препаратов. в) Соблюдение специальной диеты.
7. Оптимальным уровнем гликемии, на фоне хирургического вмешательства, считается:
- а) 8,0-12,0 ммоль/л. б) 6,0 - 10,0 ммоль/л. в) 3,3 - 5,5 ммоль/л.
8. При каких состояниях потребность в инсулине увеличивается:
- а) Стрессе, возникновении гнойного очага.
- б) Стрессе, возникновении гнойного очага, сепсисе, аллергии, недостаточности витаминов группы В.
9. Допускается ли наличие у больных до операции умеренной гипергликемии и глюкозурии:
- а) Да, допускается.
- б) Нет, необходима полная компенсация СД.
10. По какой схеме в день операции необходимо вводить больному СД инсулины:
- а) Дооперационная доза делится на две инъекции, одну из которых делают до операции, а другую после нее.
- б) Установленную ранее суточную дозу инсулина во время операции и после нее изменять не следует.
11. После введения простого инсулина перед операцией и после нее:
- а) Пациентов необходимо кормить.
- б) Кормить больных не следует. Необходимо внутривенное введение 5-10% раствора глюкозы.
12. Следует ли больным СД, которые ранее принимали только сахаропонижающие препараты или соблюдали диету в послеоперационном периоде вводить простой инсулин:
- а) Только в том случае, если в моче появляются глюкоза и ацетон. б) Введение простого инсулина необходимо всем без исключения больным.
13. В послеоперационном периоде контроль гликемии каждые 4-6 часов производится на протяжении:
- а) 1-2 суток. б) 3-4 суток.
- в) 4-5 суток.
14. Операцию при наличии гнойной инфекции можно выполнять при гликемии:
- а) 12-13 ммоль/л и небольшом кетоацидозе. б) 8-10 ммоль/л и отсутствии кетоацидоза. в) 3,3-5,5 ммоль/л и отсутствии кетоацидоза.
15. У больных СД в послеоперационном периоде могут возникнуть следующие осложнения:
- а) Пневмония, нагноение послеоперационной раны. б) Сердечно-сосудистая недостаточность.
- в) Тромбофлебит.
- г) Все из вышеперечисленного.
16. Опасными для жизни состояниями в послеоперационном периоде являются:
- а) Кетоацидемическая, гиперосмолярная кома.
- б) Кетоацидемическая, гиперосмолярная, гипогликемическая кома.
17. Для гиперосмолярной комы характерно:
- а) Высокое содержание в крови глюкозы 55,5 - 111 ммоль/л, натрия и калия (выше 6,5 ммоль/л), кетоацидоз.
- б) Высокое содержание в крови глюкозы 55,5 - 111 ммоль/л, натрия и калия (выше 6,5 ммоль/л), кетоацидоз при этом отсутствует.
18. Лечение больных с гиперосмолярной комой включает:
- а) Назначение больших доз инсулина, введение больших объемов жидкости в виде гипотонического раствора.
- б) Назначение больших доз инсулина, введение больших объемов жидкости в виде гипертонического раствора.
19. Для лечения инфекционных осложнений у больных СД рациональнее использовать:
- а) Защищенные пенициллины, цефалоспорины 3-4 поколения, фторхинолоны.
- б) Аминогликозиды, полимиксины, карбоксипенициллины.
20. В послеоперационном периоде сроки снятия швов а) Обычные.
- б) Раньше на 1-2 дня. в) Позднее на 1-2 дня.

### Рекомендуемая литература:

#### Основная литература

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

2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

#### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диск	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-

13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 8. Хирургия эндокринной системы

### Тема 8.4. Хирургические заболевания заболеваний надпочечников (семинар, практическое занятие)

**Цель:** подготовка квалифицированного врача – хирурга способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности при оказании первичной и специализированной медицинской помощи в том числе высокотехнологичной помощи при заболеваниях надпочечников.

**Задачи:** сформировать знания по общим и специальным методам исследования при заболеваниях надпочечников; обучить принципам предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с патологией надпочечников; изучить методы реабилитации, сформировать основы патогенетического подхода при лечении в хирургии и смежных областях медицины;

**Обучающийся должен знать:** основы топографической анатомии передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, области почек и надпочечников; основные вопросы нормальной и патологической физиологии; общие и специальные методы исследования; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с заболеваниями надпочечников, методы реабилитации; основы патогенетического подхода при лечении в хирургии и смежных областях медицины;

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

**Обучающийся должен владеть:** диагностикой и оказывать необходимую помощь при заболеваниях надпочечников; специалист хирург должен уметь установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях надпочечников. Методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного. Методикой физикального осмотра хирургического больного. Методикой создания алгоритма клинко-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного. Методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями Методикой определения лечебной (хирургической) тактики в соответствии с установленным диагнозом

Методикой проведения дифференциальной диагностики хирургических заболеваний со сходной клинической картиной. Методикой подготовки больного к хирургическому вмешательству и послеоперационного ведения больного. Методиками проведения хирургических операций и манипуляций в соответствии с перечнем, предусмотренным Государственным образовательным стандартом послевузовской профессиональной подготовки врача специалиста по специальности «Хирургия». Методикой проведения диспансеризации больных с хирургической патологией. Методикой назначения медикаментозной терапии хирургическим больным.

#### Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

**1. Ответить на вопросы по теме занятия :** анатомия и физиология надпочечников; гормоны надпочечников и их выработка; хирургические методы лечения заболеваний надпочечников

#### **2. Практическая работа на практическом занятии.**

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

## **2. Практическая работа на семинаре.**

### **Тестирование по теме занятия**

В коре надпочечников вырабатываются все гормоны, кроме:

1. кортизол
2. прогестерон
3. адреналин
4. альдостерон

Вторичная недостаточность надпочечников обусловлена:

1. аутоиммунные процессы в надпочечниках
2. деструкция надпочечников туберкулезным процессом
3. ятрогенные воздействия (двусторонняя адреналэктомия, длительная стероидная терапия)
4. патология гипофиза
5. деструкция надпочечников при амилоидозе, сифилисе, метастатических злокачественных новообразованиях

Какой инструментальный метод исследования надпочечников является наиболее информативным?

1. рентгенологический
2. компьютерная томография
3. радиоизотопное сканирование

При острой надпочечниковой недостаточности больным необходимо вводить прежде всего:

1. раствор хлорида натрия
2. витамины группы В
3. гидрокортизон
4. норадреналин
5. аскорбиновую кислоту

Какой симптом является наиболее характерным при болях в животе у больных с острой надпочечниковой недостаточностью?

1. метеоризм
2. рвота
3. понос
4. тахикардия
5. падение артериального давления

Для острой надпочечниковой недостаточности характерны:

1. лихорадка
2. боли в животе
3. тошнота
4. артериальная гипертензия

Клиническими симптомами гиперкортицизма могут быть все, кроме:

1. диспластическое ожирение
2. артериальная гипертензия
3. багрово-синюшные стрии
4. гипогликемические состояния
5. нарушения менструального цикла
6. вирилизация
7. гипотрофия мышц

При экзогенном (ятрогенном) синдроме Кушинга уровни кортизола в крови будут:

1. повышены
2. понижены
3. не изменены

Какие опухоли могут быть причиной эктопического АКТГ-зависимого синдрома Кушинга:

1. опухоль печени
2. овсяноклеточный рак легкого
3. опухоль яичек

4. медуллярный рак щитовидной железы
5. фолликулярный рак щитовидной железы
6. опухоль паращитовидных желез

Какой метод терапии предпочтителен в случае гиперкортицизма центрального генеза?

1. медикаментозная терапия, направленная на угнетение секреции кортикотропина и кортиколиберина
2. хирургическая коррекция гиперплазии надпочечников
3. лучевая терапия
4. селективная аденомэктомия трансфеноидальным методом
5. медикаментозная терапия, направленная на угнетение биосинтеза

### 3. Решить ситуационные задачи

Алгоритм разбора задач

Больной К., 47 лет. Поступил в клинику с жалобами на увеличение массы тела на 30 кг за последние 6 месяцев, частые эпизоды повышения АД до 190/100 мм.рт.ст., выпадение волос на голове, боли в поясничной области. При осмотре: Ожирение с перераспределением подкожно-жировой клетчатки по «кушингоидному» типу, стрии красно-фиолетового цвета на животе и груди, грибковое поражение ногтей, гипотрофия мышц конечностей. АД 185/100 мм.рт.ст., ЧСС 83 уд/мин. В анализах: АКТГ 1,6 пг/мл, свободный кортизол в суточной моче 986 нмоль/сут, гипокалиемия, гипернатриемия, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Рентген поясничного отдела позвоночника: перелом тела L-5.

1. Предварительный диагноз?
2. Исследования необходимые для подтверждения диагноза?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Какое хирургическое лечение показано при данном заболевании?
5. Развития какого осложнения стоит ожидать в послеоперационном периоде?

Больной В., 32 лет. Поступил в клинику с жалобами на увеличение массы тела, появление стрий в области бедер и живота, боли в поясничной области, повышение АД до 200/100 мм.рт.ст. При осмотре: Ожирение с перераспределением подкожно-жировой клетчатки по «кушингоидному» типу, матронизм, стрии красно-фиолетового цвета в области бедер и живота, гипотрофия конечностей. В анализах: снижение АКТГ до 7 пг/мл. при верхней границе нормы 60 пг/мл, повышение свободный кортизол в суточной моче, гиперхолестеринемия, гипокалиемия, лимфоцитопения. По данным КТ надпочечников: Объемное образование левого надпочечника 45x62 мм., овальной формы, с участком кальфикации в центре.

1. Предварительный диагноз?
2. Исследования необходимые для подтверждения диагноза?
3. Что можно заподозрить учитывая данные КТ?
4. Дополнительные методы обследования для уточнения состояния органов и систем?
5. Тактика лечения?

Больная 56 лет поступила в хирургическую клинику по поводу язвы желудка в бессознательном состоянии. Объективно: больная среднего роста. Лицо лунообразное, багрово-красное, на подбородке и над верхней губой пушковые волосы. Отмечается избирательное отложение жира в области груди и верхней части живота. Конечности худые. На коже живота, плеч, молочных желез широкие полосы растяжения красно-фиолетового цвета, множество угрей. Границы сердца расширены влево. Пульс - 92 в минуту. Артериальное давление 200/110 мм рт.ст.. В крови эритроцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз, эозинопения и лимфоцитопения. Отмечается также гипергликемия, гипернатриемия и гипокалиемия. При специальном исследовании обнаружено увеличение содержания свободного кортизола в суточной моче.

1. Для какого синдрома характерна подобная клиническая картина?
2. Какое дополнительное исследование надо провести для установления окончательного диагноза?
3. Как объяснить возникновение язвы желудка?
4. С чем связаны возникновение артериальной гипертензии и изменения показателей крови?
5. От чего зависит дальнейший прогноз течения заболевания?

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме хирургические заболевания щитовидной железы с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Тестовый контроль

В коре надпочечников вырабатываются все гормоны, кроме:

1. кортизол
2. прогестерон
3. адреналин
4. альдостерон

Вторичная недостаточность надпочечников обусловлена:

1. аутоиммунные процессы в надпочечниках
2. деструкция надпочечников туберкулезным процессом
3. ятрогенные воздействия (двусторонняя адреналэктомия, длительная стероидная терапия)
4. патология гипофиза
5. деструкция надпочечников при амилоидозе, сифилисе, метастатических злокачественных новообразованиях

Какой инструментальный метод исследования надпочечников является наиболее информативным?

1. рентгенологический
2. компьютерная томография
3. радиоизотопное сканирование

При острой надпочечниковой недостаточности больным необходимо вводить прежде всего:

1. раствор хлорида натрия
2. витамины группы В
3. гидрокортизон
4. норадреналин
5. аскорбиновую кислоту

Какой симптом является наиболее характерным при болях в животе у больных с острой надпочечниковой недостаточностью?

1. метеоризм
2. рвота
3. понос
4. тахикардия
5. падение артериального давления

Для острой надпочечниковой недостаточности характерны:

1. лихорадка
2. боли в животе
3. тошнота
4. артериальная гипертензия

Клиническими симптомами гиперкортицизма могут быть все, кроме:

1. диспластическое ожирение
2. артериальная гипертензия
3. багрово-синюшные стрии
4. гипогликемические состояния
5. нарушения менструального цикла
6. вирилизация
7. гипотрофия мышц

При экзогенном (ятрогенном) синдроме Кушинга уровни кортизола в крови будут:

1. повышены
2. понижены
3. не изменены

Какие опухоли могут быть причиной эктопического АКТГ-зависимого синдрома Кушинга:

1. опухоль печени
2. овсяноклеточный рак легкого
3. опухоль яичек
4. медуллярный рак щитовидной железы
5. фолликулярный рак щитовидной железы
6. опухоль паращитовидных желез



Какой метод терапии предпочтителен в случае гиперкортицизма центрального генеза?

- 1.медикаментозная терапия, направленная на угнетение секреции кортикотропина и кортиколиберина
- 2.хирургическое коррекция гиперплазии надпочечников
- 3.лучевая терапия
- 4.селективная аденомэктомия трансфеноидальным методом
- 5.медикаментозная терапия, направленная на угнетение биосинтеза

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

##### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-

		В. А.			
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 9. Заболевания и повреждения сосудов

### Тема 9.1. Заболевания вен. Профилактика ВТО в хирургической практике (семинар, практическое занятие)

**Цель:** подготовка квалифицированного врача – хирурга способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности при оказании первичной и специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной и паллиативной помощи при заболеваниях вен, а также способного грамотно подойти к вопросу профилактики ВТО, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями.

**Задачи:** сформировать знания по общим и специальным методам исследования в флебологии; изучить нозологии связанные с заболеванием вен, обучить правильной постановке диагноза и умению классифицировать заболевания в соответствии с действующими классификациями; рассмотреть основы оказания и стандарты амбулаторной помощи, клинику, диагностику и лечение различных флебологических заболеваний; сформировать знания в профилактике ВТО, согласно с действующими клиническими рекомендациями.

**Обучающийся должен знать:** основы топографической анатомии магистральных сосудов; основные вопросы нормальной и патологической физиологии кровообращения; общие и специальные методы исследования в сосудистой хирургии; основы методов инструментальной и лучевой диагностики, принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с заболеванием вен, в том числе при неотложных состояниях, методы реабилитации; основы патогенетического подхода при лечении в хирургии и смежных областях медицины.

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

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

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

**1. Вопросы для собеседования:** топографическая анатомия магистральных сосудов; анатомические особенности строения вен; физиология и патофизиология кровообращения; методы обследования флебологических больных; методы инструментальной диагностики. ВРВ нижних конечностей, ХВН, ПТФБ. Острый тромбоз, тромбофлебит, ТЭЛА: клиника, методы диагностики, лечение. Методы профилактики ВТО.

### **2. Практическая работа на практическом занятии.**

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

### **2. Практическая работа на семинаре.**

#### **Тестирование по теме занятия**

1. В обосновании патогенеза варикозной болезни наибольшее признание получила теория:
  - 1. Механическая;
  - 2. Гормональная;
  - 3. Ангиодисплазии;
  - 4. Наследственная;
  - 5. Коллагенозов.
2. Малая подкожная (скрытая) вена обычно располагается:
  - 1. В подкожной клетчатке на всем протяжении задней поверхности голени;
  - 2. В подкожной клетчатке в нижней половине голени и между листками глубокой фасции в верхней трети голени;
  - 3. Между листками глубокой фасции на всем протяжении;
  - 4. Субфасциально;
  - 5. Между листками глубокой фасции в нижней половине с субфасциально в верхней трети голени.
3. Наиболее эффективным средством профилактики прогрессирования варикозной болезни является:
  - 1. Эластическая компрессия конечности;
  - 2. Соблюдение рационального режима труда и отдыха;
  - 3. Ограничение тяжелой физической нагрузки;
  - 4. Комплексная терапия вазоконстрикции;
  - 5. Курсы комплексного физиотерапевтического лечения.
4. При первичном варикозном расширении вен нижних конечностей показано:
  - 1. Эластическое бинтование;
  - 2. Хирургическое лечение;
  - 3. Лечебная физкультура;
  - 4. Массаж;
  - 5. Рефлексотерапия.
5. Для выявления несостоятельности клапанов поверхностных вен используется проба:
  - 1. Трёхжгутовая (Шейниса);
  - 2. Маршевая (Дельбе-Пертеса);
  - 3. Троянова-Тренделенбурга;
  - 4. Претта;
  - 5. Оппея.
6. Все перечисленные факторы усиливают варикозное расширение вен нижних конечностей, кроме:
  - 1. Беременности;
  - 2. Тромбофлебита;
  - 3. Потери веса;
  - 4. Асцита;

- 5. Опухоли брюшной полости.

7. Что можно рекомендовать для консервативного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей:

- 1. Регулярное плавание;
- 2. Теплые термальные и плавательные бассейны;
- 3. Переменные бассейны, использование экстрактов с тонизирующим и антиотечным действием;
- 4. Ходьба в эластичных чулках;
- 5. Все перечисленное.

8. Варикозное расширение вен нижних конечностей, проявляется:

- 1. Отеками;
- 2. Гиперпигментацией кожи голеней;
- 3. Образованием язв на голенях;
- 4. Дерматитом;
- 5. Всем названным.

9. Факторы, участвующие в развитии варикозной болезни нижних конечностей все у кроме:

- 1. Затруднение оттока крови из венозной системы нижних конечностей;
- 2. Сброс крови из глубоких вен а поверхностные через перфоранты;
- 3. Относительная клапанная недостаточность глубоких вен;
- 4. Системная артериальная гипертензия;
- 5. Несостоятельность остальных клапанов.

10. Сущность пробы Опделя состоит:

- 1. В утомлении ног;
- 2. В реактивной гиперемии;
- 3. В побледнении подошвенной поверхности стопы;
- 4. В побледнении пальцев;
- 5. В боли в икроножных мышцах.

### 3. Решить ситуационные задачи

При осмотре больного в приемном отделении выявлен повторный флеботромбоз нижней трети голени слева у больного 27 лет.

Тактика: Госпитализировать больного, начать антикоагулянтную терапию, заподозрить онкологическую причину тромбоза, обследовать пациента на наследственные коагулопатии.

Задача №1. Больной 46 лет в течение ряда лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей. 3 дня назад появилась болезненность по ходу расширенной вены на заднемедиальной поверхности голени. Болезненность постепенно нарастала. Стал испытывать затруднение при передвижении, температура поднялась до 37,8°C. При осмотре по ходу вены определяется резкая гиперемия. Вена утолщена, местами четкообразно. Пальпируется в виде резко болезненного шнура. Кожа в окружности несколько инфильтрирована, гиперемирована, болезненна. Отека на стопе и голени нет.

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?
2. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №2. У больного 47 лет, на 6-й день после резекции желудка по по-воду опухоли появились боли в правой голени. При осмотре состояние больного удовлетворительное. Пульс 88 ударов в минуту. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий и болезненный по ходу операционной раны. Левая нижняя конечность не изменена. Кожные покровы правой - обычной окраски, отмечается незначительный отек стопы и окололодыжечной области. Движения в суставах конечности сохранены, чувствительность не нарушена. Артериальная пульсация на всем протяжении конечности отчетливая. При тыльном сгибании стопы отмечается появление резких болей в икроножных мышцах.

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?
2. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №3. На ФАП обратилась больная 45 лет с жалобами на наличие язвы в нижней трети правой голени, боли в правой голени и стопе ломящего характера, возникающие к концу дня, отек стопы и голени, периодические судороги в нижних конечностях. При осмотре правой голени в н/3 над внутренней лодыжкой имеется язва диаметром 4 см с неровными краями, глубиной 0,5 см, дно и стенки покрыты некротическим налетом, отделяемое умеренное гнойное, зловонное. Отмечается расширение большой подкожной вены: на бедре - в виде мягкого шнура, а в н/3 бедра и по всей голени - варикозное изменение.

При пальпации вены и её узлов болезненности и уплотнений не обнаружено. Пульсация артерий определяется хорошо.

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?
2. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №4. Больная М., 30 лет, беременность 32 недели, обратилась с жалобами на отек левой нижней конечности, боль в ней. После госпитализации в стационар выполнено дуплексное сканирование вен нижних конечностей, при котором был выявлен флотирующий тромб глубокой бедренной вены.

1. Какое осложнение может угрожать жизни пациентки?
2. В чем состоит лечебная тактика?

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

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

#### **1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме:**

Топографическая анатомия магистральных сосудов; анатомические особенности строения вен; физиология и патофизиология кровообращения; методы обследования флебологических больных; методы инструментальной диагностики. ВРВ нижних конечностей, ХВН, ПТФБ. Острый тромбоз, тромбофлебит, ТЭЛА: клиника, методы диагностики, лечение. Методы профилактики ВТО.

#### **2) Вопросы для самоконтроля**

Топографическая анатомия магистральных сосудов; физиология и патофизиология кровообращения; методы обследования флебологических больных; методы инструментальной диагностики. Этиология и патогенез ВРВ нижних конечностей. Действующие классификации ВРВ нижних конечностей, ХВН и ПТФБ. Диагностика и оказание помощи при флеботромбозах. Методы профилактики ВТО.

#### **3) Тестовый контроль**

1. В обосновании патогенеза варикозной болезни наибольшее признание получила теория:
  - 1. Механическая;
  - 2. Гормональная;
  - 3. Ангиодисплазии;
  - 4. Наследственная;
  - 5. Коллагенозов.
2. Малая подкожная (скрытая) вена обычно располагается:
  - 1. В подкожной клетчатке на всем протяжении задней поверхности голени;
  - 2. В подкожной клетчатке в нижней половине голени и между листками глубокой фасции в верхней трети голени;
  - 3. Между листками глубокой фасции на всем протяжении;
  - 4. Субфасциально;
  - 5. Между листками глубокой фасции в нижней половине с субфасциально в верхней трети голени.
3. Наиболее эффективным средством профилактики прогрессирования варикозной болезни является:
  - 1. Эластическая компрессия конечности;
  - 2. Соблюдение рационального режима труда и отдыха;
  - 3. Ограничение тяжелой физической нагрузки;
  - 4. Комплексная терапия вазоконстрикции;
  - 5. Курсы комплексного физиотерапевтического лечения.
4. При первичном варикозном расширении вен нижних конечностей показано:
  - 1. Эластическое бинтование;
  - 2. Хирургическое лечение;
  - 3. Лечебная физкультура;
  - 4. Массаж;
  - 5. Рефлексотерапия.
5. Для выявления несостоятельности клапанов поверхностных вен используется проба:
  - 1. Трехжгутовая (Шейниса);
  - 2. Маршевая (Дельбе-Пертеса);
  - 3. Троянова-Тренделенбурга;
  - 4. Претга;
  - 5. Оппеля.
6. Все перечисленные факторы усиливают варикозное расширение вен нижних конечностей, кроме:

- 1. Беременности;
  - 2. Тромбофлебита;
  - 3. Потери веса;
  - 4. Асцита;
  - 5. Опухоли брюшной полости.
7. Что можно рекомендовать для консервативного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей:
- 1. Регулярное плавание;
  - 2. Теплые термальные и плавательные бассейны;
  - 3. Переменные бассейны, использование экстрактов с тонизирующим и антиотечным действием;
  - 4. Ходьба в эластичных чулках;
  - 5. Все перечисленное.
8. Варикозное расширение вен нижних конечностей, проявляется:
- 1. Отеками;
  - 2. Гиперпигментацией кожи голеней;
  - 3. Образованием язв на голенях;
  - 4. Дерматитом;
  - 5. Всем названным.
9. Факторы, участвующие в развитии варикозной болезни нижних конечностей все у кроме:
- 1. Затруднение оттока крови из венозной системы нижних конечностей;
  - 2. Сброс крови из глубоких вен а поверхностные через перфоранты;
  - 3. Относительная клапанная недостаточность глубоких вен;
  - 4. Системная артериальная гипертензия;
  - 5. Несостоятельность остальных клапанов.
10. Сущность пробы Опделя состоит:
- 1. В утомлении ног;
  - 2. В реактивной гиперемии;
  - 3. В побледнении подошвенной поверхности стопы;
  - 4. В побледнении пальцев;
  - 5. В боли в икроножных мышцах.
11. Что неправильно? При первичном варикозном расширении вен нижних конечностей нередко находят:
- 1. Деформирующий артроз;
  - 2. Геморрой;
  - 3. Вальгусную деформацию стопы;
  - 4. Склонность к грыжеобразованию;
  - 5. Телеангиоэктазии нижних конечностей.
12. Для лечения варикозного расширения вен нижних конечности и годится все, кроме:
- 1. Склеротерапии;
  - 2. Тугой кольцевидной перетяжки конечности;
  - 3. Оперативной перевязки вен;
  - 4. Эластического бинтования конечности;
  - 5. Отдыха с приподнятыми нижними конечностями.
13. Варикозное расширение вен нижних конечностей может быть обусловлено всем, кроме:
- 1. Врожденного нарушения клапанного аппарата;
  - 2. Длительной ходьбы;
  - 3. Непроводимости глубоких вен;
  - 4. Беременности;
  - 5. Посттромбофлебитического синдрома.
14. Какие оперативные вмешательства выполняются при варикозной болезни?
- 1. Операция Троянова – Тренделенбурга;
  - 2. Операция Бебкока;

- 3. Экстравазальная коррекция несостоятельных клапанов бедренной и подколенной вен каркасной спиралью;
- 4. Операция Нарата;
- 5. Все перечисленные операции.

15. Какие операции применяются при варикозной болезни нижних конечностей с целью устранения вено-венозного сброса через перфорантные вены голени?

- 1. Операция Троянова-Тренделенбурга;
- 2. Операция Бебкока;
- 3. Операция Опделя;
- 4. Операция Марата;
- 5. Операция Линтона.

16. С помощью какого метода можно оценить состояние глубоких вен нижних конечностей при варикозной болезни?

- 1. Ультразвуковой доплерографии;
- 2. Реовазографии;
- 3. Радиоиндикацией с меченым фибриногеном;
- 4. Капилляроскопии;
- 5. Сфигмографии.

17. Симптомы варикозного расширения вен нижних конечностей все, кроме:

- 1. Отечности дистальных отделов конечности к концу дня;
- 2. Судорог в ногах по ночам;
- 3. Резких болей в икроножных мышцах при ходьбе (перемежающаяся хромота);
- 4. Трофических расстройств кожи в нижней трети голени;
- 5. Наличия расширенных вен.

18. Варикозное расширение вен нижние конечностей, проявляется:

- 1. Отеками;
- 2. Гиперпигментацией кожи голени;
- 3. Образованием язв на голени;
- 4. Дерматитом;
- 5. Всем названным.

19. Факторы, способствующие улучшению венозного кровотока в низких конечностях в послеоперационном периоде все, кроме:

- 1. Раннего вставания;
- 2. Бинтования голени эластичными бинтами;
- 3. Возвышенного положения конечностей;
- 4. Длительного и строгого постельного режима;
- 5. Сокращения икроножных мышц.

20. К осложнениям варикозной болезни относится всё, кроме:

- 1. Экземе и дерматит;
- 2. Индурацию подкожной клетчатки;
- 3. Трофические язвы;
- 4. Тромбофлебит;
- 5. Слоновость.

21. К операциям, направленным на удаление подкожных вен относятся все, кроме:

- 1. Наделунга;
- 2. Шеде-Кохера;
- 3. Бебкока;
- 4. Нарата;
- 5. Все названные операции.

22. После флебэктомии рекомендуется:

- 1. Раннее вставание;
- 2. Эластичное бинтование конечности;
- 3. Физиотерапевтическое лечение;
- 4. Лечебная гимнастика;

- 5. Все перечисленное.
23. Радикальным при варикозной болезни будет вмешательство:
- 1. Устраняющее сброс из глубоких вен в поверхностные;
  - 2. Обеспечивающее удаление несостоятельных поверхностных вен;
  - 3. Корригирующее несостоятельные клапаны глубоких вен;
  - 4. Решающее все эти задачи;
  - 5. Позволяющее решить задачи 1 и 2.
24. Целью бинтования нижних конечностей эластичными бинтами в послеоперационном периоде является:
- 1. Необходимость профилактики лимфостаза;
  - 2. Ускорение кровотока по глубоким венам;
  - 3. Замедление кровотока по глубоким венам;
  - 4. Профилактика трофических расстройств;
  - 5. Необходимость воздействия на артериальный кровоток.
25. Устранить сброс крови из глубоких вен в поверхностные позволяют операции:
- 1. Троянова-Тренделенбурга;
  - 2. Коккета;
  - 3. Линтона;
  - 4. Ни одна из них;
  - 5. Все три операции.
26. Определить несостоятельность коммуникантных вен позволяют пробы
- 1. Тальмана;
  - 2. Сикара;
  - 3. Броди-Троянова-Тренделенбурга;
  - 4. все три пробы;
  - 5. Только А и В.
27. При оценке проходимости глубоких вен предпочтение отдается функциональной пробе:
- 1. Тальмана;
  - 2. Дельбе-Пертеса;
  - 3. Гаккенбруха;
  - 4. Мейо-Претга;
  - 5. Броди-Троянова-Тренделенбурга.
28. Артери-венозный свищ образуется чаще всего в результате:
- 1. Ранения;
  - 2. Инфекции;
  - 3. Новообразованиях;
  - 4. Все верно;
  - 5. Все неверно.
29. Что следует предпринять при обильном кровотечении из разорвавшегося варикозного узла на голени?
- 1. Прижать бедренную артерию;
  - 2. Наложить жгут;
  - 3. Наложить давящую повязку;
  - 4. Внутримышечно ввести викасол;
  - 5. Внутривенно перелить фибринолизин.
30. Причины, которые способствуют развитию тромбофлебита все, кроме:
- 1. Наличие инфекции;
  - 2. Понижение свертываемости крови;
  - 3. Понижение реактивности организма;
  - 4. Замедление тока крови по венам;
  - 5. Нарушение целостности стенки сосуда.
31. При тромбозах вен чаще всего развивается:
- 1. Остеомиелит;



- 2. Лимфаденит;
- 3. Ползучая флегмона;
- 4. Анаэробная гангрена;
- 5. Отек мягких тканей.

32. Укажите наиболее опасное осложнение тромбоза глубоких вен нижних конечностей:

- 1. Трофическая язва голени;
- 2. Эмболия легочной артерии;
- 3. Флебит варикозных узлов;
- 4. Облитерация глубоких вен;
- 5. Слоновость.

33. Посттромботическая болезнь нижних конечностей является следствием:

- 1. Тромбоза поверхностных вен;
- 2. Варикозного расширения поверхностных вен;
- 3. Тромбоза глубоких вен голени и бедра;
- 4. Перевязки большой подкожной вены;
- 5. Тромбоза магистральных артерий.

34. При каком виде кровотечения существует опасность воздушной эмболии:

- 1. Артериальное кровотечение (ранение бедренной артерии);
- 2. Артериальное кровотечение (ранение лучевой артерии);
- 3. Капиллярное кровотечение;
- 4. Венозное кровотечение (ранение вен голени);
- 5. Венозное кровотечение (ранение вен шеи).

35. К осложнениям варикозного расширения вен нижних конечностей относят все, кроме:

- 1. Гангрены;
- 2. Тромбофлебита;
- 3. Хронической венозной недостаточности;
- 4. Экземы и дерматита;
- 5. Трофических язв.

36. Осложнения варикозной болезни нижних конечностей все у кроме:

- 1. Острый тромбофлебит;
- 2. Кровотечение из варикозного узла;
- 3. Трофическая язва голени;
- 4. Эмболия легочной артерии;
- 5. Экзема и дерматит.

37. Метод, применяемый с целью выявления недостаточности перфорантных вен при варикозной болезни нижних конечностей:

- 1. Проба Пертеса;
- 2. Антеградная илиокавография;
- 3. Ретроградная илиокавография;
- 4. Дистальная восходящая флебография;
- 5. Определение насыщения венозной крови кислородом.

38. Функциональные пробы, которые используются для выявления недостаточности клапанов поверхностных и перфорантных вен нижних конечностей все, кроме:

- 1. Пробы Троянова-Тренделенбурга;
- 2. Симптом кашлевого толчка Гаккенбруха-Сикара;
- 3. Маршевая проба Дельбе-Пертеса;
- 4. Трехжгутовая проба;
- 5. Проба Пратта с двумя эластическими бинтами.

39. Для посттромбофлебитического синдрома не характерно:

- 1. Гиперпигментация кожи;
- 2. Застойный дерматоз и склероз;
- 3. Образование трофических язв;
- 4. Бледная "мраморная" кожа;
- 5. Вторичный варикоз поверхностных вен.

40. Для флеботромбоза подвздошно-бедренного сегмента не характерно:
- 1. Гиперемия кожи бедра в области прохождения вен;
  - 2. Отёк стопы и голени;
  - 3. Распирающие боли в сердце;
  - 4. Увеличение объема бедра и голени;
  - 5. Цианотичность кожи бедра.
41. Основным клиническим симптомом тромбоэмболии легочной артерии является:
- 1. Боль за грудиной;
  - 2. Коллапс;
  - 3. Удушье;
  - 4. Цианоз лица и верхней половины туловища;
  - 5. Всё перечисленное.
42. Наиболее опасным осложнением тромбоза глубоких вен является:
- трофическая язва голени;
  - +2) эмболия лёгочной артерии;
  - тромбофлебит поверхностных вен;
  - облитерация глубоких вен;
  - слоновость.
43. Не характерный для синдрома Педжета, болезни Педжета-Шреттера является:
- 1. цианоз лица и шеи;
  - 2. Распирающей боли в руке;
  - 3. Цианоз кожи руки, усиление венозного рисунка;
  - 4. Отёк руки;
  - 5. Все перечисленные признаки характерны.
44. Для подключично-подмышечного венозного тромбоза не характерно:
- 1. Усталость в руке при работе;
  - 2. Отек руки;
  - 3. Цианоз кожных покровов предплечья и плеча;
  - 4. Распирающие боли в конечности;
  - 5. Снижение пульсации на лучевой артерии.
45. Распространению флеботромбоза в венах нижних конечностей препятствует:
- 1. Строгий постельный режим;
  - 2. Антикоагулянтная терапия;
  - 3. Антиагрегантная терапия;
  - 4. Эластическое бинтование;
  - 5. Все перечисленное.

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

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

4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+
---	---	-------------------------------	--	---	---

#### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятыя, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-

		И. Перельман.			
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 9. Заболевания и повреждения сосудов

### Тема 9.2. Заболевания артерий (семинар, практическое занятие)

**Цель** подготовка квалифицированного врача – хирурга способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности при оказании первичной и специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной и паллиативной помощи при заболеваниях артерий.

**Задачи:** сформировать знания по общим и специальным методам исследования при заболеваниях артерий; обучить правильной постановке диагноза и умению классифицировать заболевания в соответствии с действующими классификациями; рассмотреть основы оказания и стандарты амбулаторной помощи, клинику, диагностику и лечение различных заболеваний артерий; изучить основные положения при выполнении операций на сосудах, рассмотреть реконструктивные методы оперативного лечения.

**Обучающийся должен знать:** основы топографической анатомии магистральных сосудов; основные вопросы нормальной и патологической физиологии кровообращения; общие и специальные методы исследования в сосудистой хирургии; основы методов инструментальной и лучевой диагностики, принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с заболеванием артерий, в том числе при неотложных состояниях, методы реабилитации; основы патогенетического подхода при лечении в хирургии и смежных областях медицины.

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

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

#### Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

**1. Вопросы для собеседования:** топографическая анатомия магистральных сосудов; физиология и патофизиология кровообращения; методы обследования больных с патологией артерий; методы инструментальной диагностики. Хроническая артериальная недостаточность, облитерирующий атеросклероз, облитерирующий эндартериит, тромбангиит, диабетическая ангиопатия, болезнь и синдром Рейно, болезнь Рейля, болезнь Такаясу, тромбозы и эмболии артерий. Клиника, методы диагностики, лечение и профилактика.

#### 2. Практическая работа на практическом занятии.

- клинические разборы

#### 2. Практическая работа на семинаре.

##### Тестирование по теме занятия

1. При облитерирующем атеросклерозе в первую очередь поражаются:

- 1) больше берцовые артерии
- 2) подколенная артерия
- 3) бедренная артерия
- 4) подвздошные артерии
- 5) артерии стопы

2. При облитерирующем тромбангите наиболее часто поражаются:

- 1) дуга аорты и брахиоцефальный ствол
- 2) грудной отдел аорты
- 3) бифуркация аорты
- 4) бедренная артерия
- 5) артерии голени

3. Хроническая артериальная ишемия нижних конечностей проявляется всем, кроме:

- 1) облысением конечности

- 2) деформацией ногтей
- 3) атрофией кожи
- 4) атрофией мышц
- 5) пигментацией кожи

4. Современная теория этиологии облитерирующего тромбангита:

- 1) никотиновая
- 2) эндокринная
- 3) инфекционно-аллергическая
- 4) кортикостероидная
- 5) тромбогенная

5. Фазы течения облитерирующего эндартериита все, кроме:

- 1) дистрофия нервных окончаний
- 2) спазм магистральных сосудов
- 3) развитие соединительной ткани во всех слоях стенки артериальных стволов;
- 4) полная облитерация сосудов или их тромбирование
- 5) фаза дилатации магистральных сосудов

6. Заболеванию облитерирующим тромбангитом подвержены преимущественно:

- 1) женщины в возрасте 18-35 лет
- 2) мужчины в возрасте 18-35 лет
- 3) в равной степени мужчины и женщины до 40 лет
- 4) в равной степени мужчины и женщины старше 40 лет
- 5) мужчины старше 40 лет

7. При облитерирующем тромбангите отмечаются следующие патологические изменения в артериях, кроме:

- 1) нарушение местной нейрорефлекторной реакции
- 2) спазм артерии
- 3) ишемия артериальной стенки
- 4) пролиферация соединительнотканых элементов стенки сосуда
- 5) атероматоз в просвете сосуда

8. Ранними симптомами облитерирующего эндартериита являются все, кроме:

- 1) повышенная зябкость ног
- 2) некроз пальца стопы
- 3) трофические нарушения ногтей пальцев стоп
- 4) полусение волосяного покрова ног
- 5) ослабление пульсации на подколенной артерии

9. Симптомы окклюзии бедренной артерии все, кроме:

- 1) отсутствие пульсации
- 2) похолоданий конечности
- 3) гиперемия конечности
- 4) потеря чувствительности в конечности
- 5) боли в конечности

10. Перемежающаяся хромота бывает при:

- 1) посттромботическом синдроме
- 2) облитерирующем эндартериите
- 3) тромбофлебите
- 4) остеомиелите
- 5) артрите

### **3. Решить ситуационные задачи**

Задача №1. В ФАП обратился мужчина 30 лет, военный, курильщик с 20 -летним стажем, с жалобами на перемежающуюся хромоту: через 100 метров он вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Считает себя больным полгода, когда появилась перемежающаяся хромота через 400м. Месяц назад появились боли в I пальце правой стопы, затем на пальце появилась глубокая некротическая язва. Голени больного имеют мраморную окраску, дистальные части стоп багрово-синюшного цвета. Ногти сухие и ломкие. Пульс на артериях стопы отсутствует, на подколенных артериях ослаблен.

1. Поставьте диагноз?
2. Обследование пациента?

### 3. В чем состоит лечебная тактика?

- 1) Диагноз: Хроническая артериальная недостаточность. Облитерирующий эндартериит. Стадия III-декомпенсации кровообращения и трофических расстройств.
- 2) Артериография производится путем введения контрастного вещества в артерию конечности. Такая артериограмма позволяет увидеть облитерацию сосуда или даже полную непроходимость артериального ствола. Общие методы обследования: рентгенография легких, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, кровь на сахар, ЭКГ, коагулограмма.
- 3) Лечение – комплексное: при I и II стадиях ишемического синдрома показано консервативное лечение, включающее: сосудорасширяющие, спазмолитические средства; Витамины (В1, В2, В6, С). Обезболивающие препараты. А/с повязка на нижнюю конечность. Гипербарическая оксигенация. Физиотерапевтическое лечение. Антикоагулянты (гепарин, синкумар, фенилин). Препараты химической десимпатизации (пахикарпин, карбохолин, родергам, тетамон). Санаторно курортное лечение. Хирургическое лечение показано в III и IV стадиях ишемического синдрома.

1. Поясничная грудная симпатэктомия.

2. Ампутация конечности производится при гангрене.

Данному больному показана консервативная терапия в полном объеме и некрэктомия язвы I пальца, при неэффективности данного лечения - поясничная симпатэктомия.

Задача №2 Мужчину 57 лет беспокоят боли в левой икроножной мышце, зябкость стопы, быстрая утомляемость. Боль появляется после прохождения 60–70 метров. Длительность заболевания около 6 месяцев. При осмотре дистальные отделы левой ноги бледнее, чем справа, холодные на ощупь, мышцы при пальпации болезненные. Пульс удается определить на бедренной артерии в паховой области (ослаблен) и на подколенной артерии слева, где он резко ослаблен. Над ней выслушивается систолический шум. Пульсация магистральных артерий правой ноги сохранена на всех уровнях, но несколько ослаблена.

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?

2. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №3. Больной 83 лет с атеросклеротической окклюзией бедренной, подколенной и большеберцовых артерий с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей IV стадии, гангреной стопы.

1. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №4. Больной 55 лет жалуется на боли, появляющиеся при ходьбе в мышцах бедра и ягодицах, снижение половой потенции. Болен в течение 8 лет. В последнее время может пройти без остановки не более 70 метров. При обследовании обнаружено отсутствие пульсации бедренных артерий обеих нижних конечностей. Патологии со стороны сердца не выявлено.

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?

2. В чем состоит лечебная тактика?

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

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

#### **1) Ознакомьтесь с теоретическим материалом по теме:**

Топографическая анатомия магистральных сосудов; физиология и патофизиология кровообращения; методы обследования больных с патологией артерий; методы инструментальной диагностики. Хроническая артериальная недостаточность, облитерирующий атеросклероз, облитерирующий эндартериит, тромбангиит, диабетическая ангиопатия, болезнь и синдром Рейно, болезнь Рейля, болезнь Такаюсу, тромбозы и эмболии артерий. Клиника, методы диагностики, лечение и профилактика.

#### **2) Вопросы для самоконтроля**

Топографическая анатомия магистральных сосудов; физиология и патофизиология кровообращения; методы инструментальной диагностики обследования больных с патологией артерий. Хроническая артериальная недостаточность, облитерирующий атеросклероз, облитерирующий эндартериит, тромбангиит, диабетическая ангиопатия, болезнь и синдром Рейно, болезнь Рейля, болезнь Такаюсу, тромбозы и эмболии артерий. Клиника, методы диагностики, лечение и профилактика.

#### **3) Тестовый контроль**

1. При облитерирующем атеросклерозе в первую очередь поражаются:

- 1) больше берцовые артерии
- 2) подколенная артерия
- 3) бедренная артерия
- 4) подвздошные артерии
- 5) артерии стопы

2. При облитерирующем тромбангите наиболее часто поражаются:

- 1) дуга аорты и брахиоцефальный ствол
- 2) грудной отдел аорты

- 3) бифуркация аорты
- 4) бедренная артерия
- 5) артерии голени

3. Хроническая артериальная ишемия нижних конечностей проявляется всем, кроме:

- 1) облысением конечности
- 2) деформацией ногтей
- 3) атрофией кожи
- 4) атрофией мышц
- 5) пигментацией кожи

4. Современная теория этиологии облитерирующего тромбангита:

- 1) никотиновая
- 2) эндокринная
- 3) инфекционно-аллергическая
- 4) кортикостероидная
- 5) тромбогенная

5. Фазы течения облитерирующего эндартериита все, кроме:

- 1) дистрофия нервных окончаний
- 2) спазм магистральных сосудов
- 3) развитие соединительной ткани во всех слоях стенки артериальных стволов;
- 4) полная облитерация сосудов или их тромбирование
- 5) фаза дилатации магистральных сосудов

6. Заболеванию облитерирующим тромбангитом подвержены преимущественно:

- 1) женщины в возрасте 18-35 лет
- 2) мужчины в возрасте 18-35 лет
- 3) в равной степени мужчины и женщины до 40 лет
- 4) в равной степени мужчины и женщины старше 40 лет
- 5) мужчины старше 40 лет

7. При облитерирующем тромбангите отмечаются следующие патологические изменения в артериях, кроме:

- 1) нарушение местной нейрорефлекторной реакции
- 2) спазм артерии
- 3) ишемия артериальной стенки
- 4) пролиферация соединительнотканых элементов стенки сосуда
- 5) атероматоз в просвете сосуда

8. Ранними симптомами облитерирующего эндартериита являются все, кроме:

- 1) повышенная зябкость ног
- 2) некроз пальца стопы
- 3) трофические нарушения ногтей пальцев стоп
- 4) облысение волосяного покрова ног
- 5) ослабление пульсации на подколенной артерии

9. Симптомы окклюзии бедренной артерии все, кроме:

- 1) отсутствие пульсации
- 2) похолоданий конечности
- 3) гиперемия конечности
- 4) потеря чувствительности в конечности
- 5) боли в конечности

10. Перемежающаяся хромота бывает при:

- 1) посттромботическом синдроме
- 2) облитерирующем эндартериите
- 3) тромбофлебите
- 4) остеомиелите
- 5) артрите

11. Атеросклероз сосудов конечностей приводит к:

- 1) гангрене
- 2) роже
- 3) варикозным венам

- 4) деформирующему артрозу
- 5) постфлебитическому синдрому

12. Синдром Лериша - это:

- 1) брахиоцефальный неспецифический артериит
- 2) атеросклеротическая окклюзия бифуркации брюшной аорты
- 3) капилляроскопия дистальных отделов конечности
- 4) мигрирующий тромбангит
- 5) окклюзия нижней полой вены

13. Для синдрома Такаясу нехарактерно:

- 1) исчезновение пульса на верхних конечностях
- 2) исчезновение пульса на нижних конечностях
- 3) писчий спазм
- 4) головокружение и головные боли
- 5) ухудшение зрения вплоть до полной слепоты

14. Синдром Рейно не наблюдается:

- 1) при болезни Бюргера
- 2) при склеродермии
- 3) при стенозе подключичной артерии
- 4) при шейном ребре
- 5) при артерио-венозном свище

15. Симптомом плантарной ишемии характерен для:

- 1) постфлебитического синдрома
- 2) болезни Рейно
- 3) варикозного расширения поверхностных вен
- 4) хронической венозной недостаточности
- 5) облитерирующего атеросклероза

16. Какие симптомы нетипичны для синдрома Лериша?

- 1) нарушение сексуальной функции с исчезновением способности к эрекции и эякуляции;
- 2) нарушение сперматогенеза и сперматогистогенеза
- 3) слабость и быстрая утомляемость нижних конечностей
- 4) атрофия мышц нижних конечностей
- 5) синяя пятнистая окраска подошвенных поверхностей

17. Что из перечисленного характерно для облитерирующего эндартериита, кроме:

- 1) перемежающаяся хромота
- 2) ослабление периферической артериальной пульсации
- 3) трофические расстройства на пораженной конечности
- 4) варикозное расширение вен на пораженной конечности
- 5) молодой возраст больного

18. Для синдрома Лериша характерно все, кроме:

- 1) похолодания нижних конечностей
- 2) бледности кожные покровов
- 3) мигрирующего тромбофлебита нижних конечностей
- 4) болей в ягодицах при сидении
- 5) импотенции

19. При проведении дифференциальной диагностики между облитерирующим атеросклерозом и тромбангитом решающую роль играют:

- 1) проба Оппеля
- 2) данные реовазографии
- 3) данные аорто-артериографии
- 4) данные радионуклидного исследования с  $^{99}\text{Tc}$  (технецием) пирофосфатом;
- 5) проба Самуэльса

20. В отличие от синдрома Лериша для атеросклеротической окклюзии подколенной артерии нехарактерно все, кроме:

- 1) «высокая перемежающаяся» хромота
- 2) снижение ложной температуры конечностей
- 3) атрофия кожи дистальных отделов конечностей



- 4) атрофия мышц
- 5) положительная проба Панченкова

21. Чего нельзя ожидать при артериальной аневризме?

- 1) разрыва
- 2) сдавления соседних органов
- 3) болей при остром разрыве
- 4) артериальной тромбоэмболии
- 5) спонтанного излечения

22. Основной признак, характеризующий истинную аневризму:

- 1) осумкованная гематома
- 2) сообщение между артерией и веной
- 3) участие в процессе всех слоев сосудистой стенки
- 4) симптом «кошачьего мурлыканья» в области аневризматического мешка;
- 5) наличие пульсации в дистальном отрезке сосуда

23. Для выбора оптимального метода лечения хронической окклюзии аорты и артерий нижних конечностей абсолютно необходима информация, полученная при:

- 1) сфигмографии
- 2) осциллографии
- 3) кожной термометрии
- 4) реовазографии
- 5) ультразвуковой доплерографии

24. Атеросклеротические аневризмы чаще всего располагаются:

- 1) в подколенной артерии
- 2) лучевой артерии
- 3) бедренной артерии
- 4) плечевой артерии
- 5) дистальной части брюшной аорты

25. Ангиографическими признаками облитерирующего тромбангита являются все перечисленные, кроме:

- 1) равномерного сужения артерии
- 2) диффузного характера окклюзии
- 3) конической формы обрыва контрастирования сосуда
- 4) изъеденности контура магистральных артерий
- 5) множественности мелких, извитых сужений коллатеральных ветвей;

26. Ангиографическими признаками облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей является все перечисленное, кроме:

- 1) изъеденности контура артерии
- 2) неравномерного сужения магистральных сосудов
- 3) кальциноза артерии
- 4) равномерного конического сужения магистральной артерии с ровными контурами и ее обрыва с плохо развитыми коллатеральями;
- 5) крупных прямых, хорошо развитых коллатералей

27. Лучшим методом лечения аневризмы аорты является:

- 1) гомотрансплантация (аллотрансплантация)
- 2) гетеротрансплантация (ксенотрансплантация)
- 3) аутовенозный трансплантат
- 4) иссечение с анастомозом конец в конец
- 5) замещение пораженного участка аорты синтетическим протезом

28. В I стадии облитерирующего тромбангита показана:

- 1) консервативная терапия
- 2) поясничная симпатэктомия
- 3) восстановительная сосудистая операция
- 4) первичная ампутация
- 5) периаартериальная симпатэктомия

29. Антикоагулянты применяют при заболеваниях сосудов, кроме;

- 1) начинающейся гангрене

- 2) тромбозе
- 3) лимфангите
- 4) эндартериите
- 5) облитерирующем атеросклерозе

30. Виды операций при гангрене конечности на почве окклюзии артерии, кроме;

- 1) ампутация
- 2) пампасные разрезы
- 3) тромбинтимэктомия
- 4) резекция артерии и пластика последней
- 5) шунтирование артерии

31. У больного 48 лет с синдромом Лериша и стенозом почечной артерии с вазоренальной гипертензией методом лечения будет:

- 1) консервативная терапия
- 2) операция - бифуркационное аорто-бедренное шунтирование
- 3) операция - бифуркационное аорто-бедренное шунтирование, пластика почечной артерии;
- 4) нефрэктомия
- 5) периаортальная симпатэктомия

32. При быстро прогрессирующей влажной гангрене стопы необходимо:

- 1) произвести множественные разрезы кожи стопы
- 2) срочно произвести ампутацию бедра
- 3) произвести шунтирование артерий
- 4) продолжить мероприятия, направленные на перевод влажной гангрены в сухую;
- 5) проводить массивную антибиотикотерапию

33. При облитерирующем тромбангите с окклюзией всех магистральных артерий голени, но при хороших компенсаторных возможностях коллатералей методом выбора будет:

- 1) консервативная терапия
- 2) первичная ампутация голени
- 3) операция бедренно-подколенного шунтирования
- 4) операция бедренно-тибиального шунтирования
- 5) операция артериоэктомия

34. При хирургическом лечении синдрома Лериша лучшим методом будет:

- 1) поясничная симпатэктомия
- 2) периаортальная симпатэктомия
- 3) бифуркационное аорто-бедренное шунтирование
- 4) одностороннее аорто-бедренное шунтирование
- 5) тромбэктомия катетером Фогарти

35. При лечении больного с стенозом общей подвздошной артерии на протяжении 2 см, суживающим сосуд на 2/3 просвета, методом выбора является:

- 1) бифуркационное аорто-бедренное шунтирование
- 2) одностороннее подвздошно-бедренное шунтирование
- 3) одностороннее бедренно-подколенное шунтирование
- 4) чрезкожная интраваскулярная дилатация (ангиопластика катетером Грюнтцига);
- 5) поясничная симпатэктомия

36. При облитерирующем тромбангите 2 Б стадии у больного 38 лет в случае окклюзии подколенной и передней большеберцовой артерии операцией выбора является:

- 1) профундопластика
- 2) эндартерэктомия из подколенной артерии
- 3) бедренно-заднеберцовое шунтирование
- 4) чрезкожная интраваскулярная дилатация катетером Грюнтцига
- 5) первичная ампутация

37. В консервативном лечении облитерирующего тромбангита 2 стадии применяются все препараты, кроме:

- 1) реологически активные вещества
- 2) кортикостероиды
- 3) витамины группы В
- 4) антиагреганты
- 5) сердечные гликозиды

38. При 1 стадии облитерирующего тромбангита методом выбора является:

- 1) консервативное лечение
- 2) поясничная симпатэктомия
- 3) периаартериальная симпатэктомия
- 4) восстановительная сосудистая операция
- 5) первичная ампутаций

39. Больным, перенёсший реконструктивную операцию на аорте и артериях конечностей в случае развития через год реокклюзии, для решения вопроса о возможности повторной операции в первую очередь необходимо произвести:

- 1) осциллографию
- 2) реовазографию
- 3) артериографию
- 4) термографию
- 5) капилляроскопию

40. Оптимальным материалом для бедренно - подколенного шунта при атеросклеротической окклюзии бедренной артерии является:

- 1) синтетический протез
- 2) аутовена
- 3) алловена
- 4) вена пупочного канатика.
- 5) аллоартерия

41. Современной теорией объясняющей этиологию облитерирующего тромбангита является:

- 1) никотиновая
- 2) эндокринная
- 3) инфекционно-аллергическая
- 4) кортико-висцеральная
- 5) тромбогенная

42. При сегментарной атеросклеротической окклюзии бедренной артерии, хронической ишемии конечности 2В стадии методом выбора является:

- 1) консервативное лечение
- 2) поясничная симпатэктомия
- 3) реконструктивная сосудистая операция
- 4) тромбэктомия катетером Фогарти
- 5) первичная ампутация конечности

43. При атеросклеротической окклюзии бедренной артерии с поражением также и подколенной и больше берцовых артерий у больного 83 лет с хронической ишемией 4 стадии, гангреной стопы методом выбора является:

- 1) консервативное лечение
- 2) поясничная симпатэктомия
- 3) реконструктивная сосудистая операция
- 4) первичная ампутация
- 5) микрохирургическая трансплантация большого сальника на голень

44. У больного 48 лет с синдромом Лериша и стенозом почечной артерии с вазоренальной гипертензией правильным методом лечения будет:

- 1) консервативная терапия
- 2) операция - бифуркационное аорто-бедренное протезирование
- 3) операция - бифуркационное аорто-бедренное шунтирование, пластика почечной артерии
- 4) нефрэктомия
- 5) периаартериальная симпатэктомия

45. Больной 24 лет, последние 5 лет отмечает боли в левой стопе и голени при ходьбе, может пройти без остановки лишь 50-60 м. Кожные покровы левой стопы и голени до средней трети бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в суставах в полном объеме, гипостезия на стопе. Пульсация бедренной и подколенной артерий - четкая, на артериях стопы не определяется. О каком заболевании можно думать? Укажите правильный диагноз:

- 1) ранний облитерирующий атеросклероз магистральных артерий нижних конечностей
- 2) облетерирующий тромбангит
- 3) неспецифический аорто-артериит

- 4) посттромбофлебитический синдром  
5) синяя флегмазия левой нижней конечности

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

**Дополнительная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолестэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+

9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 9. Заболевания и повреждения сосудов

### Тема 9.3. Повреждения кровеносных сосудов (семинар, практическое занятие)

**Цель:** подготовка квалифицированного врача – хирурга способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности при оказании первичной, неотложной и специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной при повреждениях кровеносных сосудов.

**Задачи:** сформировать знания по общим и специальным методам исследования при повреждениях сосудов; обучить правильной постановке диагноза и умению классифицировать заболевания в соответствии с действующими классификациями; рассмотреть основы оказания и стандарты амбулаторной помощи, клинику, диагностику и лечение различных повреждений сосудов; изучить основные положения при выполнении операций на сосудах, рассмотреть реконструктивные методы оперативного лечения; сформировать алгоритм действий при возникновении экстренной ситуации связанной с повреждением сосудов.

**Обучающийся должен знать:** основы топографической анатомии магистральных сосудов; оперативные доступы к магистральным сосудам; основные положения при выполнении операций на сосудах и их топографо-анатомическое обоснование; основные вопросы нормальной и патологической физиологии сердечно-сосудистой системы; общие и специальные методы исследования в сосудистой хирургии; основы методов инструментальной и лучевой диагностики, принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с повреждением сосудов, методы реабилитации; основы патогенетического подхода при лечении в хирургии и смежных областях медицины.

**Обучающийся должен уметь:** получить информацию о состоянии больного при повреждении сосудов; выявить факторы риска развития острого состояния, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; оценить тяжесть состояния больного с повреждением сосудов, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить дифференцированный план обследования и лечения больного с повреждением сосудов, проводить его коррекцию в динамике; оценить гемодинамику больного, уметь её корректировать; определять группу крови и резус-фактор пациента, и проводить гемотрансфузию.

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

#### Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

**1. Вопросы для собеседования:** топографическая анатомия магистральных сосудов; основные положения при выполнении операций на сосудах и их топографо-анатомическое обоснование; оперативные

доступы к магистральным сосудам; физиология и патофизиология кровообращения; Первая помощь при повреждениях сосудов (ранение артерий, ранение вен, кровотечение из ВРВ нижних конечностей), места пережатий сосудов; методы обследования больных с повреждением сосудов; методы инструментальной диагностики. Повреждение артерий (крупного, среднего и мелкого калибра), вен (глубоких и поверхностных), в том числе ранение во время оперативного вмешательства. Клиника, методы диагностики, лечение и профилактика. Группы крови и резус-фактор, гемотрансфузии, инфузионная терапия.

## **2. Практическая работа на практическом занятии.**

- клинические разборы

### **2. Практическая работа на семинаре.**

#### **Тестирование по теме занятия**

1. Какую информацию необходимо указать в записке, прикрепленной к жгуту?

1) Фамилия, имя, отчество пострадавшего, время получения ранения;

2) Дату и точное время (часы и минуты) наложения жгута;

3) Фамилия, имя, отчество пострадавшего, время получения жгута, фамилия, имя, отчество наложившего жгут.

2. Биологическое средство местного применения для остановки кровотечения:

1) викасол

2) гемостатическая губка

3) нативная плазма

4) хлористый кальций

3. Развитием воздушной эмболии опасно кровотечение из:

1) пищевода

2) вен голени

3) крупных вен шеи

4) плечевой артерии

4. Давящую повязку накладывают при кровотечении из:

1) геморроидальных узлов

2) вен голени

3) подколенной артерии

4) паренхиматозных органов

5. Какие кровотечения различают по анатомической классификации?

1) первичные, вторичные;

2) скрытые внутренние, скрытые наружные;

3) артериальные, венозные, капиллярные, паренхиматозные;

4) ранние, поздние;

5) наружные, внутренние.

6. Истинная аневризма – это:

1) патологическое выпячивание стенки сердца или сосуда;

2) разрыв сосудистой стенки с образованием гематомы;

3) расслоение стенки артерии;

4) расположение артерии внутри гематомы;

5) расширение вены.

7. Непрерывное максимальное по продолжительности время наложения жгута на нижнюю конечность зимой составляет:

1) 3 ч;

2) 4 ч;

3) 1,5 ч;

4) 2 ч;

5) 0,5 ч.

8. Что такое группа крови?

1) набор лейкоцитарных антигенов;

2) сывороточные белки;

3) набор эритроцитарных антигенов;

4) набор приобретенных антител;

5) набор иммунных антител.

9. Забор крови для определения совместимости по системе АВО и резус-фактору производится из:

- 1) пальца на предметное стекло;
- 2) вены в меланжер;
- 3) пальца на предметное стекло с добавлением натрия цитрата;
- 4) вены в сухую пробирку;
- 5) вены в пробирку с изотоническим раствором натрия хлорида

10. Укажите допустимые методы гемотрансфузии:

- 1) внутривенные, внутриартериальные, внутрикостные;
- 2) подкожные, внутривенные, внутриартериальные;
- 3) внутривенные, перидуральные, энтеральные;
- 4) внутривенные, подкожные, эндолимфатические;
- 5) внутриартериальные, внутрикостные, эндотрахеальные.

11. Какие реципиенты относятся к категории опасных из-за возможности возникновения гемотрансфузионных осложнений?

- 1) перенесшие переливание крови;
- 2) перенесшие инфекционное заболевание;
- 3) страдающие злокачественными заболеваниями;
- 4) страдающие заболеваниями крови;
- 5) такой категории реципиентов нет.

### 3. Решить ситуационные задачи

Задача №1. На прием к амбулаторному хирургу экстренно привели молодого человека, попавшего в автомобильную аварию, с признаками острого кровотечения из раны бедра.

1. Тактика хирурга?
2. Чего не следует делать?
- 1) Хирург должен временно остановить кровотечение одним из методов: прижатие питающего сосуда к кости, тугая тампонада раны, жгут на конечность, наложение зажима в ране, и экстренно госпитализировать больного в стационар.
- 2) Не следует отпускать пациента из поликлиники без сопровождения мед. Персонала, пытаться наложить сосудистый шов в условиях амбулатории.

Задача №2. Во время амбулаторного приема случилось обильное кровотечение из разорвавшегося варикозного узла на голени.

1. Какова тактика хирурга хирургу?
2. Какова была бы тактика у хирурга в стационаре?

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

#### 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме:

Топографическая анатомия магистральных сосудов; физиология и патофизиология кровообращения; методы обследования больных с патологией артерий; методы инструментальной диагностики. Клиника, методы диагностики, лечение и профилактика.

#### 2) Вопросы для самоконтроля

Топографическая анатомия магистральных сосудов; физиология и патофизиология кровообращения; методы обследования больных с патологией артерий; методы инструментальной диагностики. Хроническая артериальная недостаточность, облитерирующий атеросклероз, облитерирующий эндартериит, тромбангиит, диабетическая ангиопатия, болезнь и синдром Рейно, болезнь Рейля, болезнь Такаюсу, тромбозы и эмболии артерий. Клиника, методы диагностики, лечение и профилактика.

#### 3) Тестовый контроль

1. Какую информацию необходимо указать в записке, прикрепленной к жгуту?
  - 1) Фамилия, имя, отчество пострадавшего, время получения ранения;
  - 2) Дату и точное время (часы и минуты) наложения жгута;
  - 3) Фамилия, имя, отчество пострадавшего, время получения жгута, фамилия, имя, отчество наложившего жгут.

2. Биологическое средство местного применения для остановки кровотечения:

- 1) викасол
- 2) гемостатическая губка
- 3) нативная плазма
- 4) хлористый кальций

3. Развитием воздушной эмболии опасно кровотечение из:

- 1) пищевода
- 2) вен голени

3) крупных вен шеи

4) плечевой артерии

4. Давящую повязку накладывают при кровотечении из:

1) геморроидальных узлов

2) вен голени

3) подколенной артерии

4) паренхиматозных органов

5. Какие кровотечения различают по анатомической классификации?

1) первичные, вторичные;

2) скрытые внутренние, скрытые наружные;

3) артериальные, венозные, капиллярные, паренхиматозные;

4) ранние, поздние;

5) наружные, внутренние.

6. Истинная аневризма – это:

1) патологическое выпячивание стенки сердца или сосуда;

2) разрыв сосудистой стенки с образованием гематомы;

3) расслоение стенки артерии;

4) расположение артерии внутри гематомы;

5) расширение вены.

7. Непрерывное максимальное по продолжительности время наложения жгута на нижнюю конечность зимой составляет:

1) 3 ч;

2) 4 ч;

3) 1,5 ч;

4) 2 ч;

5) 0,5 ч.

8. Что такое группа крови?

1) набор лейкоцитарных антигенов;

2) сывороточные белки;

3) набор эритроцитарных антигенов;

4) набор приобретенных антител;

5) набор иммунных антител.

9. Забор крови для определения совместимости по системе АВО и резус-фактору производится из:

1) пальца на предметное стекло;

2) вены в меланжер;

3) пальца на предметное стекло с добавлением натрия цитрата;

4) вены в сухую пробирку;

5) вены в пробирку с изотоническим раствором натрия хлорида

10. Укажите допустимые методы гемотрансфузии:

1) внутривенные, внутриартериальные, внутрикостные;

2) подкожные, внутривенные, внутриартериальные;

3) внутривенные, перидуральные, энтеральные;

4) внутривенные, подкожные, эндолимфатические;

5) внутриартериальные, внутрикостные, эндотрахеальные.

11. Какие реципиенты относятся к категории опасных из-за возможности возникновения гемотрансфузионных осложнений?

1) перенесшие переливание крови;

2) перенесшие инфекционное заболевание;

3) страдающие злокачественными заболеваниями;

4) страдающие заболеваниями крови;

5) такой категории реципиентов нет.

12. На какие основные группы делятся все способы остановки кровотечений?

1) временные, окончательные;

2) физические, химические;

3) механические, биологические

4) надежные, ненадежные;



5) доврачебные, врачебные.

13. Дайте наиболее полный правильный ответ: опасность кровотечения заключается в развитии:

- 1) шока, коллапса, анемии, сдавления жизненно важных органов;
- 2) шока, коллапса, истинной аневризмы;
- 3) шока, анемии, лейкопении;
- 4) коллапса, нарушения функции органа, асфиксии;
- 5) анемии, лейкоцитоза, ацидоза.

14. Укажите метод окончательного гемостаза при ранении аорты:

- 1) перевязка сосуда в ране;
- 2) сосудистый шов;
- 3) наложение кровоостанавливающего зажима;
- 4) тампонада раны;
- 5) перевязка сосуда на протяжении.

15. Какие кровотечения различают по времени появления?

- 1) первичные, вторичные ранние, вторичные поздние;
- 2) длительные, недлительные;
- 3) профузные, интенсивные, неинтенсивные;
- 4) острые, хронические, рецидивирующие;
- 5) остановившиеся, продолжающиеся.

16. При правильном наложении кровоостанавливающего жгута на конечность: а) венозное кровотечение продолжается некоторое время; б) конечность становится бледной; в) конечность становится синюшной; г) пульс дистальнее жгута не определяется; д) артериальное кровотечение останавливается.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1). а, в;
- 2). г;
- 3). б, г, д;
- 4). а, в, г;
- 5). в, г, д.

17. Причинами вторичного позднего кровотечения являются: а) повышение артериального давления; б) гнойное расплавление тромба; в) ликвидация спазма сосуда; г) аррозия стенки сосуда; д) ранение сосуда; е) соскальзывание лигатуры. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1). а, б;
- 2). в, г, е;
- 3). б, в, д;
- 4). б, г;
- 5). а, г, е.

18. К исследованиям вторичного гемостаза относятся: а) протромбиновый индекс; б) тромбиновое время; в) ретракция кровяного сгустка; г) время кровотечения по Дьюке; д) содержание фибриногена; е) продолжительность жизни тромбоцитов; ж) время свертывания крови; з) количество тромбоцитов.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1). а, б, ж;
- 2). г, д, е, ж;
- 3). а, б, д, ж;
- 4). е, з;
- 5). верно все.

19. Перед переливанием крови необходимо: а) провести пробу на совместимость сыворотки донора и крови реципиента; б) провести пробы на совместимость сыворотки реципиента и крови донора; в) провести трехкратную биологическую пробу; г) провести однократную биологическую пробу; д) определить группу крови донора; е) провести пробу Манту; ж) определить группу крови реципиента. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1). а, в, г, д;
- 2). а, в, е, ж;
- 3). а, г, д, ж;
- 4). б, в, д, ж;
- 5). б, г, д, е.

20. Источниками крови и ее компонентов для переливания могут быть: а) донорская кровь; б) резервированная аутокровь; в) плазма крови животных; г) аутокровь, излившаяся в плевральную полость;

д) аутокровь, излившаяся в брюшную полость при повреждении полого органа; е) аутокровь, излившаяся в брюшную полость при повреждении селезенки. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1). а, б, в, е;
- 2). б, г, д, е;
- 3). а, б, в, д;
- 4). а, б, г, е;
- 5). верно все.

### Рекомендуемая литература:

#### Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

#### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолестеэктомиический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий.	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. :	2	+

	Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности		Литтера, 2015. - 480 с		
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 9. Заболевания и повреждения сосудов

### Тема 9.4. Заболевания лимфатической системы конечностей (семинар, практическое занятие)

**Цель:** подготовка квалифицированного врача – хирурга способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности при оказании первичной и специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной и паллиативной помощи при заболеваниях лимфатической системы конечностей.

**Задачи:** сформировать знания по общим и специальным методам исследования при заболеваниях лимфатической системы конечностей; обучить правильной постановке диагноза и умению классифицировать заболевания в соответствии с действующими классификациями; рассмотреть основы оказания и стандарты амбулаторной помощи, клинику, диагностику и лечение различных заболеваний лимфатической системы конечностей.

**Обучающийся должен знать:** основы топографической анатомии магистральных и лимфатических сосудов; основные вопросы нормальной и патологической физиологии кровообращения и лимфообращения; общие и специальные методы исследования в сосудистой хирургии; основы методов инструментальной и лучевой диагностики, принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с заболеванием лимфатической системы конечностей, в том числе при неотложных состояниях, методы реабилитации; основы патогенетического подхода при лечении в хирургии и смежных областях медицины.

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

**Обучающийся должен владеть:** методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с заболеванием лимфатической системы конечностей; методикой физикального осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клиничко-лабораторного и инструментального обследования

хирургического больного; методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями.

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

**1. Вопросы для собеседования:** топографическая анатомия магистральных и лимфатических сосудов; анатомические особенности строения лимфатических сосудов; физиология и патофизиология кровообращения; методы обследования больных с заболеванием лимфатической системы конечностей; методы инструментальной диагностики. Лимфостаз, первичная и вторичная лимфедема, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

### **2. Практическая работа на практическом занятии.**

- клинические разборы,  
-отработка практических навыков (пальпация брюшной полости, магистральных сосудов, лимфатических узлов).  
-освоение манипуляций (пальпация брюшной полости, магистральных сосудов, лимфатических узлов) по алгоритму под контролем преподавателя и т.п.

### **2. Практическая работа на семинаре.**

#### **Тестирование по теме занятия**

1. Какие факторы способствуют продвижению лимфы?

- 1) наличие клапанов у лимфатических сосудов
- 2) сокращение сердечной мышечной ткани
- 3) различное давление (онкотическое и гидростатическое) тканевой жидкости в тканях и лимфы в лимфатических капиллярах
- 4) сократительные движения сердца

2. Из лимфатической системы лимфа поступает в данный(ые) кровеносный(-ые) сосуд(-ы):

- 1) капилляры
- 2) аорту
- 3) вены
- 4) артерии

3. Выберите места формирования поверхностных лимфатических сосудов медиальной группы у нижней конечности:

- 1) кожа подошвенной стороны стопы
- 2) кожа медиального края тыла стопы
- 3) кожа латерального края тыла стопы
- 4) кожа задне-медиальной стороны голени

4. Когда противопоказана лимфография?

- 1) При наличии аневризм
- 2) при артериовенозных свищах
- 3) резко выраженной недостаточности почек и печени.
- 4) варикозном расширении легочных вен
- 5) митральном пороке сердца

5. Лимфатическая система служит для:

- 1) возврата веществ из тканевой жидкости в кров
- 2) обеспечения иммунного ответа на заражение
- 3) снабжения органов кислородом

6. Внутренняя оболочка лимфатических сосудов выстлана:

- 1) мерцательным эпителием
- 2) однослойным призматическим эпителием
- 3) эндотелием

7. Паховый лимфатический узел Пирогова располагается в области

- 1) устья большой подкожной вены бедра
- 2) проекции бедренной артерии
- 3) правильного ответа нет

8. Эндотелий лимфатических капилляров прикрепляется к окружающей соединительной ткани с помощью:

- 1) стропных коллагеновых нитей
- 2) базальной мембраны
- 3) полудесмосом

9. Лимфатическая система начинается:

- 1) артериолами,
- 2) венулами,
- 3) слепыми капиллярами в тканях,
- 4) почечными тельцами,
- 5) сосудистыми сплетениями желудочков мозга.

10. Какие основные группы лимфатических сосудов имеются на верхней конечности?

- 1) поверхностные,
- 2) поверхностные и глубокие,
- 3) глубокие,
- 4) подкожные и глубокие,
- 5) глубокие и подфасциальные.

### 3. Решить ситуационные задачи

Задача №1. Пациент, 31 год, предъявляет жалобы на выраженную отечность правой нижней конечности. Заболевание началось полгода назад, когда больной перенес рожистое воспаление правого бедра в верхней трети. Консервативное лечение в течение этого периода времени оказалось не эффективным. Диаметр правого бедра на 8 см больше левого. На голени разница диаметров составляет 6 см. При доплерографии венозного русла патологические изменения не отмечаются. Лимфография выявила магистральный тип строения лимфатических сосудов на левой нижней конечности и локальный окклюзионный процесс в лимфатическом русле в верхней трети бедра в зоне перенесенного рожистого воспаления.

1. Какое лечение следует назначить больному?

1) Больному показано оперативное лечение – наложение лимфовенозного анастомоза ниже зоны обструктивно-окклюзионного процесса.

Задача №2. Больная, 30 лет, с рождения отмечает увеличение в размерах и объеме обеих нижних конечностей. Родилась полноценным семимесячным ребенком. Вертикальная нагрузка сопровождалась прогрессирующим увеличением отека конечности. Обследование в сосудистых центрах показало неизменное состояние глубокой и поверхностной венозной сети. Однако было выявлено практически полное отсутствие магистрального лимфатического русла. В возрасте 14 лет больной предлагалось оперативное лечение, от которого она и родители отказались. В настоящее время нижние конечности не пропорционально увеличены в объеме. Диаметр ног на уровне средней трети обеих бедер - 48-49 см, а голени - 37-38 см. Отмечаются множественные участки фибродемы по передне-медиальной поверхности голени и на тыле стопы. Активные движения в суставах стопы затруднены.

1. С помощью какого метода исследования можно доказать отсутствие магистральных лимфатических сосудов на нижних конечностях?

2. Какой вид оперативного вмешательства следует предложить больной?

Задача №3. Пациентка, 58 лет, предъявляет жалобы на увеличение в объеме правой верхней конечности. Отечность конечности увеличивается к вечеру и при физической нагрузке. Одновременно к вечеру появляются не резко выраженные боли в верхней конечности распирающего характера. Из анамнеза известно, что год назад больной была выполнена расширенная радикальная мастэктомия правой молочной железы по поводу злокачественной опухоли. Правая верхняя конечность увеличена в объеме: разность диаметров на плече - 5 см, на предплечье - 3 см. Двигательная активность в суставах руки сохранена.

1. Чем обусловлено развитие данного состояния?

2. Каковы лечебные мероприятия?

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

1) **Ознакомиться с теоретическим материалом по теме:**

Топографическая анатомия магистральных и лимфатических сосудов; анатомические особенности строения лимфатических сосудов; физиология и патофизиология кровообращения и лимфообращения; методы обследования больных с заболеванием лимфатической системы конечностей; методы инструментальной диагностики. Лимфостаз, первичная и вторичная лимфедема, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

2) **Вопросы для самоконтроля**

Топографическая анатомия магистральных сосудов; физиология и патофизиология кровообращения и лимфообращения; методы обследования больных с заболеванием лимфатической системы конечностей; методы инструментальной диагностики. Лимфостаз, первичная и вторичная лимфедема, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

3) **Тестовый контроль**

1. Какие факторы способствуют продвижению лимфы?
  - 1) наличие клапанов у лимфатических сосудов
  - 2) сокращение сердечной мышечной ткани
  - 3) различное давление (онкотическое и гидростатическое) тканевой жидкости в тканях и лимфы в лимфатических капиллярах
  - 4) сократительные движения сердца
  
2. Из лимфатической системы лимфа поступает в данный(ые) кровеносный(-ые) сосуд(-ы):
  - 1) капилляры
  - 2) аорту
  - 3) вены
  - 4) артерии
  
3. Выберите места формирования поверхностных лимфатических сосудов медиальной группы у нижней конечности:
  - 1) кожа подошвенной стороны стопы
  - 2) кожа медиального края тыла стопы
  - 3) кожа латерального края тыла стопы
  - 4) кожа задне-медиальной стороны голени
  
4. Когда противопоказана лимфография?
  - 1) При наличии аневризм
  - 2) при артериовенозных свищах
  - 3) резко выраженной недостаточности почек и печени.
  - 4) варикозном расширении легочных вен
  - 5) митральном пороке сердца
  
5. Лимфатическая система служит для:
  - 1) возврата веществ из тканевой жидкости в кров
  - 2) обеспечения иммунного ответа на заражение
  - 3) снабжения органов кислородом
  
6. Внутренняя оболочка лимфатических сосудов выстлана:
  - 1) мерцательным эпителием
  - 2) однослойным призматическим эпителием
  - 3) эндотелием
  
7. Паховый лимфатический узел Пирогова располагается в области
  - 1) устья большой подкожной вены бедра
  - 2) проекции бедренной артерии
  - 3) правильного ответа нет
  
8. Эндотелий лимфатических капилляров прикрепляется к окружающей соединительной ткани с помощью:
  - 1) стропных коллагеновых нитей
  - 2) базальной мембраны
  - 3) полудесмосом
  
9. Лимфатическая система начинается:
  - 1) артериолами,
  - 2) венулами,
  - 3) слепыми капиллярами в тканях,
  - 4) почечными тельцами,
  - 5) сосудистыми сплетениями желудочков мозга.
  
10. Какие основные группы лимфатических сосудов имеются на верхней конечности?
  - 1) поверхностные,
  - 2) поверхностные и глубокие,
  - 3) глубокие,
  - 4) подкожные и глубокие,
  - 5) глубокие и подфасциальные.
  
11. Лимфатические сосуды имеют следующие морфологические особенности:
  - 1) имеют стенку, состоящую только из эндотелиальных клеток,

- 2) эндотелиальные клетки могут смещаться,
- 3) в стенке кроме эндотелиальных клеток имеется слой гладкомышечных клеток,
- 4) образуют внутри- и внеорганные сплетения,
- 5) имеют клапаны.

12. Лимфатические сосуды могут быть:

- 1) приносящими,
- 2) выносящими,
- 3) тупиковыми,
- 4) транзитными,
- 5) не транзитными.

13. По грудному протоку лимфа оттекает:

- 1) от нижних конечностей,
- 2) от стенок и органов таза,
- 3) от стенок и органов брюшной полости,
- 4) от головы,
- 5) от шеи.

14. Лимфедема – это:

- 1) лимфатический отек;
- 2) истечение лимфы из поврежденного лимфатического сосуда;
- 3) скопление лимфы в тканях;
- 4) воспаление лимфатического сосуда.

15. Суть операции Ф. А. Гергенредера состоит в:

- 1) многоэтажном иссечении на пораженной конечности всех тканей до мышц вместе с кожей с последующим укрытием раневой поверхности лоскутами эпидермиса из удаленной кожи;
- 2) полное удаление измененных тканей, свободная аутопластика области лимфедемы перфорированной здоровой кожей на всю ее толщину;
- 3) одномоментное или этапное удаление пораженных подкожной клетчатки и фасции с последующим укрытием обнаженных мышц перфорированным во многих местах кожным лоскутом.

16. Что из перечисленного не относится к характерным признакам лимфостаза:

- 1) местное повышение температуры кожных покровов
- 2) наличие плотного безболезненного отека;
- 3) утолщение кожной складки;
- 4) исчезновение рисунка сети подкожных вен;
- 5) наличие рисунка сети подкожных вен
- 6) утолщение пораженной части конечности;
- 7) цианоз кожных покровов
- 8) бледность кожных покровов.

17. По характеру клинического течения ко II стадии лимфостаза относится:

- 1) на фоне выраженной деформации конечности появляются папилломатозные разрастания, трофические нарушения в виде трещин с лимфореей, изъязвлений, мокнущей экземы. Функция конечности нарушается;
- 2) отек локализуется в дистальных отделах конечности (стопа, область голеностопного сустава, кисть, лучезапястный сустав) и носит интермиттирующий характер. После отдыха отек исчезает, в жаркое время года увеличивается. Увеличение окружности пораженной части конечности не превышает 1–3 см. Кожа в зоне отека берется в складку.
- 3) отек распространяется на голень (предплечье), становится плотным. После отдыха и эластичной компрессии отек уменьшается, но не проходит. Разница в окружности со здоровой конечностью колеблется в пределах 1–5 см;
- 4) зона отека и его величина расширяются. Отек плотный, постоянный. Разница в окружности со здоровой конечностью может быть значительной. Выражены фиброзные изменения кожи, подкожной клетчатки и фасции. Кожа становится плотной, сухой, с явлениями гиперкератоза. По внешнему виду кожа напоминает корку апельсина. В складку взять ее не удается.

18. Отсутствие перицитов в стенке сосуда характерно для:

- 1) посткапиллярных венул
- 2) гемакапилляров фенистрированного типа
- 3) лимфатических капилляров

19. 15. Суть операции А. А. Торгикова состоит в:

- 1) многоэтажном иссечении на пораженной конечности всех тканей до мышц вместе с кожей с последующим укрытием раневой поверхности лоскутами эпидермиса из удаленной кожи;
- 2) полное удаление измененных тканей, свободная аутопластика области лимфедемы перфорированной здоровой кожей на всю ее толщину;
- 3) одномоментное или этапное удаление пораженных подкожной клетчатки и фасции с последующим укрытием обнаженных мышц перфорированным во многих местах кожным лоскутом.

20. 15. Суть операции Г. Г. Караванова состоит в:

- 1) многоэтажном иссечении на пораженной конечности всех тканей до мышц вместе с кожей с последующим укрытием раневой поверхности лоскутами эпидермиса из удаленной кожи;
- 2) полное удаление измененных тканей, свободная аутопластика области лимфедемы перфорированной здоровой кожей на всю ее толщину;
- 3) одномоментное или этапное удаление пораженных подкожной клетчатки и фасции с последующим укрытием обнаженных мышц перфорированным во многих местах кожным лоскутом.

### Рекомендуемая литература:

#### Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

#### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомичес	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-



	кий синдром				
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 10. Неотложная хирургическая помощь у детей

### Тема 10.1. Неотложная хирургическая помощь у детей (семинар, практическое занятие)

**Цель:** Ознакомить с особенностями диагностики и лечения детей с различными неотложными хирургическими заболеваниями и повреждениями органов брюшной полости, грудной клетки и гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей, костей и суставов. Научить приемам диагностики неотложных хирургических состояний, используя путь синдромного диагноза, обучить оказанию первой врачебной помощи, а также диагностическим алгоритмам на госпитальном этапе

**Задачи:** Научить выявлению ведущего клинического синдрома неотложной хирургической патологии у детей с использованием двухэтапного принципа на догоспитальном и госпитальном этапах.

Ознакомить с различными методами специального клинического и параклинического обследования детей, стандартами обследования используемых для выявления неотложной хирургической патологии.

Обучить дифференциальной диагностике важнейших неотложных хирургических заболеваний в абдоминальной, торакальной и гнойной хирургии на общем неспециализированном (первом) этапе и госпитальном - с использованием диагностических алгоритмов. Усвоить показания к консультации хирурга.

Научить оказанию первой врачебной помощи при неотложной хирургической патологии, показаниям к консультации хирурга, а так же проведению правильной транспортировки детей в хирургический стационар.

**Обучающийся должен знать:** основы нормальной и топографической анатомии детей; основные вопросы нормальной и патологической физиологии детского организма;

общие и специальные методы исследования при неотложных заболеваниях в детской хирургии; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения детей с неотложной хирургической патологии; основы патогенетического подхода при лечении в хирургии и смежных областях медицины;

**Обучающийся должен уметь:**

1. Умение собрать анамнез у больного с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости.

2. Умение провести обследование детей разных возрастных групп.

3. Умение пользоваться диагностическими алгоритмами и стандартами обследования детей с болями в животе на догоспитальном и госпитальном этапах.

4. Умение формулировать развернутый диагноз неотложной патологии органов брюшной полости и выбирать программу лечения.

4. Умение интерпретировать данные дополнительных методов обследования (лабораторные, лучевые, эндоскопические).

**Обучающийся должен владеть:**

1. Собрать анамнез у больного с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости.

2. Провести обследование детей разных возрастных групп.

3. Пользоваться диагностическими алгоритмами и стандартами обследования детей с болями в животе на догоспитальном и госпитальном этапах.

4. Формулировать развернутый диагноз неотложной патологии органов брюшной полости и выбирать программу лечения.

4. Интерпретировать данные дополнительных методов обследования (лабораторные, лучевые, эндоскопические).

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Вопросы для собеседования:**

- 1) Частота острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в разных возрастных группах.
- 2) Можно ли многочисленные заболевания органов брюшной полости разделить на подгруппы (патологические процессы), облегчающие их распознавание?
- 3) От каких двух основных факторов зависит клиническая картина заболеваний, входящих в группу «острый живот» у детей?
- 4) Показания для выполнения обзорной рентгенограммы брюшной полости у детей с болями в животе.
- 5) Как формулируется диагноз у больного с острым воспалительным процессом брюшной полости, кишечной непроходимостью, кровотечением?
- 6) От чего зависит программа лечения больного с неотложной патологией брюшной полости?

**2. Практическая работа на практическом занятии.**

- клинические разборы

**2. Практическая работа на семинаре.**

**Тестирование по теме занятия**

Какие гнойные поражения мягких тканей наиболее часто встречаются у новорожденных?

А) Флегмона мягких тканей

Б) Мастит

В) Шейный лимфаденит

Г) Карбункул

2. Какое заболевание новорожденных характеризуется внезапным бурным началом, появлением участка гиперемии и припухлости кожи с быстрым распространением на близлежащие ткани, с последующим некротизированием и отторжением мягких тканей? А) Карбункул кожи

Б) Мастит новорожденных

В) Рожистое воспаление

Г) Лимфаденит

3. Наиболее типичный возбудитель гнойных заболеваний кожи:

А) *Homophiles influenza*

Б) *Staphylococcus aureus*

В) *Streptococcus progenies*

Г) *Enterobacteriaceae*

Какие осложнения могут возникнуть при эмбриональной грыже больших размеров? а) разрыв оболочек;

б) ущемление содержимого с гангреной кишечника;

в) контактный перитонит;

- г) эвентрация кишечника;
- д) неполный свищ пупка;
- 1) б, в, г. 2) а, б, г, д 3) в, г. 4) а, в, г. 5) а, б, г.
- 3. Какие методы лечения применяются при грыжах пупочного канатика?
  - а) радикальное оперативное лечение новорождённых с малыми и средними грыжами; б) консервативное лечение грыж больших размеров;
  - в) двухэтапное оперативное лечение грыж больших размеров;
  - г) консервативное лечение грыж осложнённых разрывом оболочек в родах;
  - д) оперативное лечение больших грыж осложнённых разрывом оболочек в родах;
  - 1) а, в, д. 2) а, б, г. 3) а, б, в. 4) а, б, в, д.
- 4. Какие врождённые аномалии могут сочетаться с эмбриональной грыжей?
  - а) пороки сердца;
  - б) пупочная грыжа;
  - в) дивертикул Меккеля;
  - г) гастрошизис;
  - д) атрезии пищевода, прямой кишки и ануса.
  - 1) а, б, в. 2) в, г, д. 3) а, б, г. 4) а, в, д.
- 5. Причинами возникновения паховых грыж являются:
  - а) незаращение влагалищного отростка брюшины (дивертикула Нуккия у девочек); б) расхождение прямых мышц живота;
  - в) повышение внутрибрюшного давления;
  - г) дисплазия соединительной ткани;
  - д) избыточный вес ребёнка.
  - 1) а, б, в. 2) б, в, г. 3) в, г, д. 4) а, в, г.

Об ущемлении паховой грыжи можно узнать по следующим клиническим признакам:

- а) беспокойство ребёнка;
- б) повышение температуры тела;
- в) появление в паховой области болезненного образования, которое при пальпации не вправляется в брюшную полость;
- г) возникновение рвоты;
- д) угнетение перистальтики.
- 1) а, в, г. 2) а, б, г. 3) в, г, д. 4) а, г, д.
- 10. Попытка консервативного лечения ущемлённой грыжи показана: а) у детей любого возраста и пола;
- б) у девочек с давностью ущемления до 12 часов;
- в) при давности ущемления не более 12 часов;
- г) у детей с любой давностью заболевания в сочетании с тяжёлыми соматическими заболеваниями;
- д) у мальчиков любого возраста. 1) а, в. 2) г, д. 3) д, в. 4) а, г.

### 3. Решить ситуационные задачи

Девочка Г. 14 лет заболела внезапно, 15 часов назад, когда появились боли в животе, подъем температуры тела до 39,0С, а затем присоединилась рвота и частый жидкий стул. Девочка стала вялой. Объективно: общее состояние тяжелое. Язык обложен, сухой. Живот почти участвует в акте дыхания, напряжен, резко болезненный во всех отделах. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При пальцевом ректальном исследовании выявлено нависание передней стенки прямой кишки. В крови лейкоцитоз, ускоренные СОЭ.

- Какое заболевание можно заподозрить у ребенка?
- Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Какова тактика лечения?

У ребёнка 7 лет внезапно появились сильные схваткообразные боли в животе, была многократная рвота с примесью желчи, осмотрен врачом-педиатром через 3 часа от начала заболевания. При осмотре состояние средней тяжести, стонет от боли, поджимает ноги к животу. Пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. Температура тела нормальная. При аускультации лёгких и сердца без особенностей. Живот умеренно вздут в эпигастрии, больше слева, где чётко определяется перистальтика кишки и положительный симптом Валя. При пальпации - выраженная болезненность в нижних отделах при относительно мягком животе. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. В правой подвздошной области старый послеоперационный рубец. Со слов матери в возрасте 4 лет оперирован по поводу флегмонозного аппендицита, осложнённого перитонитом.

- Диагноз?
- Объём дополнительных исследований при поступлении в стационар?
- Лечебная тактика?

К вам, врачу неотложной помощи, обратились родители ребёнка 9 лет с жалобами на стойкое

повышение температуры тела до 38-39 °С, боли в нижней трети правого бедра, хромоту в течение 2 дней. При осмотре ребёнок на ногу не встаёт, движения болезненны. Виден отёк мягких тканей. Перкуссия по бедренной кости болезненна.

Ваш предварительный диагноз, тактика лечения?

Во время профилактического осмотра детей в дошкольном учреждении врач педиатр обнаружил у мальчика 5 лет выбухание в правой паховой области около 3 см. в диаметре. При пальпации образование исчезло и вновь не появлялось. Во время беседы с родителями врач выяснил, что они это образование у ребёнка ранее не видели. Мальчик вел себя обычно на боли в животе или в паховой области не жаловался. В возрасте 4 лет перед оформлением документов в детский сад осмотрен детским хирургом, хирургическая патология не обнаружена.

Вопросы:

1. О какой патологии можно думать у этого ребёнка?
2. Специалистом какого медицинского учреждения должен быть обследован ребёнок для уточнения диагноза?
3. Какие дополнительные приёмы могут быть использованы в процессе диагностики?
4. Назовите косвенные признаки патологии которые могут подтвердить ваш диагноз.
5. Какое лечение следует провести ребёнку, если предполагаемый вами диагноз подтвердится?

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

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

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме хирургические заболевания щитовидной железы с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Тестовый контроль

1. ОСНОВНЫМИ ТРЕМЯ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЮТСЯ

а рвота

б понос

в локальная болезненность в правой подвздошной области г болезненность в области пупка

д пассивная мышечная защита брюшной стенки

е положительный симптом Щеткина-Блюмберга

ж положительный симптом Ортнера

з положительный симптом Пастернацкого Указать правильный ответ.

2. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КАРТИНЫ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

а умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез

б в г д

гиперлейкоцитоз, нейтрофилез лейкопения

отсутствие изменений ускоренное СОЭ.

3.

КРИПТОГЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ а умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез

б гиперлейкоцитоз, нейтрофилез

в лейкопения

г отсутствие изменений

д ускоренное СОЭ.

Укажите все правильные ответы

4. БОЛИ В ЖИВОТЕ У РЕБЕНКА ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ ПРИ а остром аппендиците

б мезадените

в пневмонии

г сиалоадените

д опухоли Вильмса

е пиелонефрите

Укажите правильный ответ

5. БОЛЬНОЙ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ ЗАНИМАЕТ ПОЛОЖЕНИЕ В ПОСТЕЛИ:

а на спине;

б на животе;

в на правом боку с приведенными ногами; г на левом боку;

д сидя.

6. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ

а локальная боль в эпигастрии

б локальная боль в обл. пупка

в локальная боль в прав. подвздошной области г активное напряжение мышц живота

д пассивная мышечная защита

е положительный симптом Щеткина-Блюмберга ж положительный симптом Пастернацкого

Какие гнойные поражения мягких тканей наиболее часто встречаются у новорожденных?

- А) Флегмона мягких тканей
- Б) Мастит
- В) Шейный лимфаденит
- Г) Карбункул

2. Какое заболевание новорожденных характеризуется внезапным бурным началом, появлением участка гиперемии и припухлости кожи с быстрым распространением на близлежащие ткани, с последующим некротизированием и отторжением мягких тканей? А) Карбункул кожи

- Б) Мастит новорожденных
- В) Рожистое воспаление
- Г) Лимфаденит

3. Наиболее типичный возбудитель нагноительных заболеваний кожи:

- А) *Homophiles influenza*
- Б) *Staphylococcus aureus*
- В) *Streptococcus progenies*
- Г) *Enterobacteriaceae*

Какие осложнения могут возникнуть при эмбриональной грыже больших размеров? а) разрыв оболочек;

- б) ущемление содержимого с гангреной кишечника;
- в) контактный перитонит;
- г) эвентрация кишечника;
- д) неполный свищ пупка;

1) б, в, г. 2) а, б, г, д 3) в, г. 4) а, в, г. 5) а, б, г.

3. Какие методы лечения применяются при грыжах пупочного канатика?

- а) радикальное оперативное лечение новорождённых с малыми и средними грыжами; б) консервативное лечение грыж больших размеров;
- в) двухэтапное оперативное лечение грыж больших размеров;
- г) консервативное лечение грыж осложнённых разрывом оболочек в родах;
- д) оперативное лечение больших грыж осложнённых разрывом оболочек в родах;

1) а, в, д. 2) а, б, г. 3) а, б, в. 4) а, б, в, д.

4. Какие врождённые аномалии могут сочетаться с эмбриональной грыжей?

- а) пороки сердца;
- б) пупочная грыжа;
- в) дивертикул Меккеля;
- г) гастрошизис;
- д) атрезии пищевода, прямой кишки и ануса.

1) а, б, в. 2) в, г, д. 3) а, б, г. 4) а, в, д.

5. Причинами возникновения паховых грыж являются:

- а) незаращение влагалищного отростка брюшины (дивертикула Нуккия у девочек); б) расхождение прямых мышц живота;
- в) повышение внутрибрюшного давления;
- г) дисплазия соединительной ткани;
- д) избыточный вес ребёнка.

2) а, б, в. 2) б, в, г. 3) в, г, д. 4) а, в, г.

Об ущемлении паховой грыжи можно узнать по следующим клиническим признакам:

- а) беспокойство ребёнка;
- б) повышение температуры тела;
- в) появление в паховой области болезненного образования, которое при пальпации не вправляется в брюшную полость;
- г) возникновение рвоты;
- д) угнетение перистальтики.

1) а, в, г. 2) а, б, г. 3) в, г, д. 4) а, г, д.

10. Попытка консервативного лечения ущемлённой грыжи показана: а) у детей любого возраста и пола;

- б) у девочек с давностью ущемления до 12 часов;
- в) при давности ущемления не более 12 часов;
- г) у детей с любой давностью заболевания в сочетании с тяжёлыми соматическими заболеваниями;
- д) у мальчиков любого возраста. 1) а, в. 2) г, д. 3) д, в. 4) а, г.

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

#### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолестецистэтомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-

11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 11. Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)

### Тема 11.1. Учение о ранах. Патогенез раневого процесса. Фазы раневого процесса. (семинар, практическое занятие)

**Цель:** Получение знаний с практическим применением по ранам, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача хирурга.

**Задачи:** Изучить определение и основные признаки раны. Классификацию ран. Фазы и течение раневого процесса, Клинические проявления, принципы диагностики. Общие и местные признаки нагноения ран. Принципы лечения ран. Профилактику анаэробной инфекции. Особенности лечения огнестрельных, колотых и укушенных ран. Профилактику бешенства. Сформировать компетенции в этом разделе хирургии.

**Обучающийся должен знать:** Понятие этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза болезни, нозологии, принципы классификации хирургических болезней, основные понятия общей нозологии; Показания и противопоказания к различным методам диагностики хирургических гнойно-септических заболеваний; степень их чувствительности и специфичности. Алгоритм диагностики и дифференциального диагноза гнойно-септических заболеваний. Современные методы лечения ран. Правила оформления медицинской документации в соответствии с законодательством РФ.

**Обучающийся должен уметь:** Пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности; Уметь анализировать результаты научных исследований и их достоверность в соответствии с принципами доказательной медицины; Интерпретировать данные, получаемые при опросе и физикальном обследовании, лабораторной и инструментальной диагностике; Выбрать, в соответствии с установленным диагнозом, вид лечения и осуществить его.

**Обучающийся должен владеть:** Методами физикального обследования хирургических больных, умением пользоваться медицинскими инструментами (фонендоскоп, тонометр и т. д.); Навыками постановки клинического диагноза на основании результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики; Навыком сопоставления морфологических и клинических проявлений болезни; Навыками сбора результатов хирургического лечения с их систематизацией, а также написанием тезисов и статей.

#### Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

##### 1. Вопросы для собеседования:

Определение раны; классификация ран; фазы раневого процесса и их характеристика; условия, определяющие характер заживления ран; виды заживления ран. осложнения ран; общая реакция организма на ранение; хирургическая обработка ран; виды хирургической обработки, этапы хирургической обработки; методы физической санации ран; методы дренирования ран; способы закрытия раневой поверхности; первичные и вторичные швы; кожная пластика; средства для местного лечения ран, их характеристика и показания к применению; принципы местного лечения ран в зависимости от фазы раневого процесса; профилактика раневой инфекции.

##### 2. Практическая работа на практическом занятии.

- клинические разборы,
- выработка тактики терапии данного больного с учетом Национальных рекомендаций;

##### 2. Практическая работа на семинаре.

### Тестирование по теме занятия

- 1. Первичная хирургическая обработка раны — это
  - 1) иссечение краев, дна и стенок раны с последующим наложением швов
  - 2) промывание раны
  - 3) удаление из раны сгустков крови и инородных тел
  - 4) наложение на рану вторичных швов

- 2. Симптом раны
  - 1) крепитация
  - 2) зияние краев
  - 3) флюктуация
  - 4) патологическая подвижность

- 3. Условия для заживления раны первичным натяжением
  - 1) края ровные, хорошо соприкасаются
  - 2) края неровные, между ними значительный промежуток
  - 3) нагноение раны
  - 4) инородное тело в ране

- 4. Наиболее опасный симптом ранения
  - 1) кровотечение
  - 2) инфицирование
  - 3) дефект кожи
  - 4) нарушение функции поврежденной части тела

- 5. Вид ран, где чаще всего возможно повреждение костей
  - 1) лоскутная
  - 2) рубленая
  - 3) колотая
  - 4) резаная

- 6. При нагноении раны необходимо
  - 1) иссечь края
  - 2) наложить компресс
  - 3) развести края раны, произвести ревизию и ввести в нее дренаж
  - 4) провести ПХО

- 7. Дренаж в гнойную рану вводят для
  - 1) ускорения эпителизации
  - 2) остановки кровотечения
  - 3) обеспечения оттока отделяемого
  - 4) произведения тампонады.

- 8. По инфицированности выделяют раны:
  - 1) гнойные, асептические, отравленные;
  - 2) асептические, скальпированные, гнойные;
  - 3) укушенные, свежеинфицированные, асептические;
  - 4) чистые, свежеинфицированные, зараженные;
  - 5) гнойные, свежеинфицированные, асептические.

- 9. Чем объясняется наличие зоны молекулярного сотрясения при огнестрельном ранении?
  - 1) давлением на ткани снаряда;
  - 2) пульсацией клеток в зоне раны;
  - 3) волнообразными движениями стенок канала;
  - 4) изменением осмотического давления;
  - 5) массой снаряда.

- 10. Чем обуславливается степень зияния раны?
  - 1) глубиной повреждения;
  - 2) повреждением нервных стволов;
  - 3) повреждением фасций;
  - 4) повреждением мышц и сухожилий;
  - 5) направлением эластических волокон кожи.

### 3. Решить ситуационные задачи:



**Задача 1.**

Женщина 47 лет, работая на приусадебном участке, поранила лопатой ногу в области тыла правой стопы. К врачу не обращалась, самостоятельно промыв рану раствором перекиси водорода и наложив асептическую повязку. Через 2 суток отметила значительное ухудшение общего состояния. При осмотре состояние средней тяжести. Жалобы на сильные боли в области правой нижней конечности. Температура тела 39°C, одышка, тахикардия. АД с тенденцией к снижению. Местно: поврежденная конечность резко отечная до уровня коленного сустава. Кожные покровы синюшного, местами багрового цвета. Рана на тыле стопы размерами 3x7 см. ткани в дне серого цвета, не кровоточат. Экссудат мутный. При пальпации голени определяется симптом

крепитации. На обзорной рентгенограмме голени определяются межмышечные скопления газа. О каком осложнении раны вероятнее всего идет речь?

**Эталон ответа:** газообразующая анаэробная инфекция

**Задача 2.**

Столяр 52 лет, работая в мастерской, получил рваную рану левого предплечья, самостоятельно обработав которую (наложив повязку), продолжил работу. Обратился к врачу через 2 суток с жалобами на боли в области раны, повышение температуры тела до 38°C. При осмотре обнаружена картина гнойно-воспалительного процесса в зоне повреждения: края раны отечны, отделяемое гнойное. Какова лечебная тактика?

**Эталон ответа:** широкое открытие ран и ее дренирование, антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

**Задача 3.**

В приёмное отделение хирургического стационара обратился молодой мужчина с жалобами на боли в области правой половины грудной клетки, затруднение дыхания. При расспросе удалось выяснить, что три часа назад пациент получил ранение грудной клетки тонким длинным предметом (вязальной спицей). Общее состояние больного удовлетворительное, гемодинамика стабильная, дыхание учащенное. В шестом межреберье справа по задней подмышечной линии имеется точечная рана размерами 0,2x0,2 см без признаков наружного кровотечения и перифокальных воспалительных явлений. О каких опасностях и осложнениях колотого ранения можно думать?

**Эталон ответа:** гемопневмоторакс.

**Задача 4.**

У пациента, находящегося на лечении в хирургическом отделении по поводу обширной скальпированной раны левого бедра, после проведенной хирургической обработки и местного лечения на передненаружной поверхности бедра имеется дефект кожи размерами 13x20 см. Дно раны представлено яркой мелкозернистой грануляционной тканью, отделяемое скудное серозное, перифокального воспаления нет. О какой фазе раневого процесса идет речь? Какова оптимальная лечебная тактика на данном этапе?

**Эталон ответа:** фаза регенерации, показана аутодермопластика.

**Задача 5.**

Пациент, доставленный машиной «скорой помощи» в приёмное отделение районной больницы, сообщил о колотом резаном ранении левого бедра 1 час назад. При осмотре: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Гемодинамика стабильная. По органам и системам без особенностей. Местно: по передне-внутренней поверхности в верхней трети левого бедра имеется колото-резаная рана размерами 2,5x0,5 см с интенсивным (после удаления повязки) капиллярным кровотечением. Наряду с этим, рядом с раной определяется округлой формы опухольевидное образование размерами 5x4x7 см. Кожные покровы над ним напряжены, имbibированы кровью. При пальпации выявляется напряжение тканей и пульсация образования, синхронная с ритмом сердца. О каком осложнении колото-резаного ранения идет речь?

**Эталон ответа:** повреждение магистрального сосуда с образованием «пульсирующей гематомы».

**Задача 6.**

Больному 47 лет 2 дня назад была выполнена первичная хирургическая обработка случайной раны тыла правой кисти, завершившаяся наложением первичных швов. Сегодня пациент отметил усиление болей в области операции, отёк кисти, повышение температуры тела, в связи с чем повторно обратился к врачу. При осмотре: состояние больного удовлетворительное. По органам без особенностей. Местно: отмечается выраженный отёк тыла правой кисти. Кожа вокруг швов резко напряжена, гиперемирована. Пальпация этой зоны резко болезненная. Функция кисти нарушена. О каком осложнении идет речь? Действия врача?

**Эталон ответа:** нагноение раны, требуется снятие швов, ревизия и дренирование раны, антибактериальная терапия.

**Задача 7.**

Пациенту была выполнена первичная хирургическая обработка разможенной раны ягодичной области, которая из-за выраженных перифокальных воспалительных явлений не была завершена наложением первичных швов. На 15-е сутки после операции отмечено развитие ярких грануляций по всей поверхности раны, отделяемое приобрело серозный характер, перифокальное воспаление стихло. Дефект тканей имеет овальную форму и размеры 18x7 см, глубиной до 4 см. Определите дальнейшую лечебную тактику.

**Эталон ответа:** вторая фаза раневого процесса (регенерации), необходимо наложение ранних вторичных швов.

**Задача 8.**

У больного с огнестрельными ранениями верхней конечности через 15 дней после травмы появились дёргающие боли в ране и по ходу нервных стволов, судорожные подёргивания мышц вокруг раны, увеличились лимфатические узлы. Рана зажила первичным натяжением.

а). О каком осложнении может идти речь? б). Каков прогноз у этого больного? в). Ваша тактика лечения в данном случае?

**Эталон ответа:** столбняк, прогноз неблагоприятный, госпитализация, лампасные разрезы, баротерапия, посиндромная терапия.

#### **Задача 9.**

У больного колото-резаная рана передней брюшной стенки. Проникает ли раневой канал в брюшную полость - установить трудно, хирург поликлиники решил выполнить первичную хирургическую обработку раны под местной анестезией амбулаторно.

Правильно ли такое решение? С какими трудностями может встретиться хирург? Какой вид обезболивания в данном случае показан?

**Эталон ответа:** решение не верное, выполнение ПХО в амбулаторных условиях невозможно, имеется риск повреждения органов брюшной полости, что требует лапаротомии в условиях стационара под общим обезболиванием.

#### **Задача 10.**

Имеется рана в верхней трети левого бедра по передне-внутренней поверхности. Ранение получил более 3-х недель тому назад. Жалуется на тупые боли в глубине бедра, усиливающиеся при движении. Температура поднимается до 38,5-39°C. Из раны выделяется зловонный грязно-коричневый жидкий гной, иногда с прожилками крови. Рана глубокая, узкая, дна ее не видно.

Какое осложнение течения раневого процесса имеется в данном случае? Какое можно ожидать другое, более опасное осложнение? Какова должна быть лечебная тактика?

**Эталон ответа:** глубокая флегмона бедра, возможна анаэробная инфекция, необходима направить пациента в дежурный хирургический стационар.

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

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

**1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме:** Определение раны. Классификация ран. Фазы раневого процесса и их характеристика. Условия, определяющие характер заживления ран. Виды заживления ран. Осложнения ран. Общая реакция организма на ранение. Хирургическая обработка ран. Виды хирургической обработки, этапы хирургической обработки. Методы физической санации ран. Методы дренирования ран. Способы закрытия раневой поверхности. Первичные и вторичные швы. Кожная пластика. Средства для местного лечения ран, их характеристика и показания к применению. Принципы местного лечения ран в зависимости от фазы раневого процесса. Профилактика раневой инфекции

**2) Вопросы для самоконтроля:** Определение раны. Классификация ран. Фазы раневого процесса и их характеристика. Условия, определяющие характер заживления ран. Виды заживления ран. Осложнения ран. Общая реакция организма на ранение. Хирургическая обработка ран. Виды хирургической обработки, этапы хирургической обработки. Методы физической санации ран. Методы дренирования ран. Способы закрытия раневой поверхности. Первичные и вторичные швы. Кожная пластика. Средства для местного лечения ран, их характеристика и показания к применению. Принципы местного лечения ран в зависимости от фазы раневого процесса. Профилактика раневой инфекции

#### **3) Тестовый контроль**

- 1. Первичная хирургическая обработка раны — это
  - 1) иссечение краев, дна и стенок раны с последующим наложением швов
  - 2) промывание раны
  - 3) удаление из раны сгустков крови и инородных тел
  - 4) наложение на рану вторичных швов
  
- 2. Симптом раны
  - 1) крепитация
  - 2) зияние краев
  - 3) флюктуация
  - 4) патологическая подвижность
  
- 3. Условия для заживления раны первичным натяжением
  - 1) края ровные, хорошо соприкасаются
  - 2) края неровные, между ними значительный промежуток
  - 3) нагноение раны
  - 4) инородное тело в ране
  
- 4. Наиболее опасный симптом ранения
  - 1) кровотечение
  - 2) инфицирование
  - 3) дефект кожи

4) нарушение функции поврежденной части тела

• 5. Вид ран, где чаще всего возможно повреждение костей

- 1) лоскутная
- 2) рубленая
- 3) колотая
- 4) резаная

• 6. При нагноении раны необходимо

- 1) иссечь края
- 2) наложить компресс
- 3) развести края раны, произвести ревизию и ввести в нее дренаж
- 4) провести ПХО

• 7. Дренаж в гнойную рану вводят для

- 1) ускорения эпителизации
- 2) остановки кровотечения
- 3) обеспечения оттока отделяемого
- 4) произведения тампонады.

• 8. По инфицированности выделяют раны:

- 1) гнойные, асептические, отравленные;
- 2) асептические, скальпированные, гнойные;
- 3) укушенные, свежеинфицированные, асептические;
- 4) чистые, свежеинфицированные, зараженные;
- 5) гнойные, свежеинфицированные, асептические.

•

• 9. Чем объясняется наличие зоны молекулярного сотрясения при огнестрельном ранении?

- 1) давлением на ткани снаряда;
- 2) пульсацией клеток в зоне раны;
- 3) волнообразными движениями стенок канала;
- 4) изменением осмотического давления;
- 5) массой снаряда.

•

• 10. Чем обуславливается степень зияния раны?

- 1) глубиной повреждения;
- 2) повреждением нервных стволов;
- 3) повреждением фасций;
- 4) повреждением мышц и сухожилий;
- 5) направлением эластических волокон кожи.

•

• 11. Через какое время микробы в ране обычно начинают проявлять свою активность?

- 1) 1-4 ч;
- 2) 6-8 ч;
- 3) 10-12 ч;
- 4) 14-18 ч;
- 5) 24 ч.

•

• 12. Развитию инфекции в ране способствуют многие факторы, кроме:

- 1) гематомы;
- 2) кровопотери;
- 3) шока;
- 4) истощения;
- 5) отсутствия инородных тел.

•

• 13. В развитых грануляциях различают 6 слоев. Какой из них четвертый?

- 1) лейкоцитарно-некротический;
- 2) вертикальных сосудов;
- 3) созревающий;
- 4) горизонтальных фибробластов;
- 5) сосудистых петель.

•

• 14. В огнестрельной ране различают все зоны повреждения, кроме:

- 1) зоны раневого канала;
- 2) зоны молекулярного сотрясения;

- 3) зоны кровоизлияния;
  - 4) зоны первичного некроза;
  - 5) зоны парабиоза.
- - 15. Для осколочных ран характерно все, кроме:
    - 1) сложности анатомических повреждений;
    - 2) наличия инородных тел;
    - 3) высокой степени инфицированности;
    - 4) обязательного наличия входного и выходного отверстий;
    - 5) неровных повреждений кожи.
  - 
  - 16. В какой ране более вероятно развитие инфекции?
    - 1) резаной;
    - 2) укушенной;
    - 3) рубленой;
    - 4) расположенной на лице;
    - 5) скальпированной.
  - 
  - 17. Рану ушибленную от раны рубленой отличает все, кроме:
    - 1) наличия кровоподтека по краю раны;
    - 2) разной глубины повреждения;
    - 3) наличия размозженных тканей;
    - 4) нарушения целостности нервных стволов;
    - 5) менее выраженного кровотечения.
  - 
  - 18. Для ускорения заживления при лечении раны в фазе дегидратации необходимы:
    - 1) частые перевязки;
    - 2) применение ферментов;
    - 3) наложение мажевых повязок;
    - 4) наложение повязок с гипертоническими растворами;
    - 5) лечебная гимнастика.
  - 
  - 19. Под первичной хирургической обработкой раны следует понимать:
    - 1) иссечение краев и дна раны;
    - 2) вскрытие карманов и затеков;
    - 3) удаление гнойного отделяемого;
    - 4) иссечение краев, стенок и дна раны;
    - 5) промывание раны антисептиком; гемостаз.
  - 
  - 20. Дном раны является кость. Как произвести первичную хирургическую обработку раны?
    - 1) иссечь надкостницу;
    - 2) выскоблить острой ложечкой кость;
    - 3) снять верхний слой надкостницы;
    - 4) трепанировать кость;
    - 5) иссечь только края и стенки раны.
  - 
  - 21. Имеется рана с ограниченным участком некроза края кожи. Что необходимо сделать?
    - 1) назначить УВЧ на рану;
    - 2) наложить повязку с гипертоническим раствором;
    - 3) наложить повязку с мазью Вишневского;
    - 4) дренировать рану;
    - 5) иссечь омертвевший участок кожи.
  - 
  - 22. Укажите основное показание к наложению первично-отсроченного шва:
    - 1) шок;
    - 2) большая кровопотеря;
    - 3) невозможность стянуть края раны после хирургической обработки;
    - 4) возможность развития инфекции;
    - 5) ранение нерва.
  - 
  - 23. Первично-отсроченный шов накладывают на рану в сроки:
    - 1) 3-4-й день;
    - 2) 5-6-й день;
    - 3) 8-15-й день;

- 4) сразу после первичной хирургической обработки;
- 5) 20-30-й день.

- 
- 24. В каком случае можно наложить первичный шов на рану размером 6x8 см на ладонной поверхности предплечья?

- 1) если в ране нет инородного тела;
- 2) если в ране нет воспаления;
- 3) если в ране нет некротических тканей;
- 4) при применении антибиотиков;
- 5) первичный шов наложить нельзя.

- 
- 25. Для I фазы течения раневого процесса характерно все, кроме:

- 1) развития ацидоза;
- 2) увеличения количества ионов водорода;
- 3) увеличения количества ионов калия;
- 4) повышения проницаемости сосудов;
- 5) развития алкалоза.

- 
- 26. Чем отличается поздняя первичная хирургическая обработка от вторичной хирургической обработки?

- 1) техникой операции;
- 2) сроками операции;
- 3) числом предыдущих перевязок;
- 4) отсутствием первичной хирургической обработки;
- 5) применением дренирования или отказом от него.

- 
- 27. При ультразвуковой обработке раны происходит:

- 1) ускорение процесса отторжения некротизированных тканей
- 2) стерилизация раневой поверхности
- 3) уменьшение степени бактериальной обсемененности раневой поверхности
- 4) одномоментное удаление всех некротизированных тканей
- 5) увеличение глубины проникновения лекарственного средства в ткани раны

- Выберите комбинацию ответов

- а) 1, 3, 5
- б) 1, 2, 3
- в) 2, 3, 4
- г) 2, 4, 5
- д) 3, 4, 5

#### *Ответы на тестовое задание*

- 1-1
- 2-2
- 3-1
- 4-1
- 5-2
- 6-3
- 7-3
- 8-5
- 9-1
- 10-5
- 11-2
- 12-5
- 13-3
- 14-3
- 15-4
- 16-2
- 17-5
- 18-3
- 19-4
- 20-5
- 21-5
- 22-4
- 23-2
- 24-5

25-5

26-2

27-а

**Рекомендуемая литература:****Основная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

**Дополнительная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолестецистэктомиический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+

9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 11. Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)

### Тема 11.2. Техника хирургической обработки гнойного очага. Основные принципы активной хирургической тактики. Анаэробная неклостридиальная инфекция (семинар, практическое занятие)

**Цель:** изучить современную информацию по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям, диагностике и комплексному лечению, включая особенности хирургической обработки и интенсивной терапии, а также основным принципам профилактики анаэробной неклостридиальной инфекции.

**Задачи:** обучить технике хирургической обработки гнойного очага; изучить основные принципы активной хирургической тактики; сформировать знания о анаэробной неклостридиальной инфекции, изучить этиологию и патогенез, клинические и лабораторные признаки анаэробной неклостридиальной инфекции, а также изучить основные принципы комплексного лечения (первичной хирургической обработки, интенсивной терапии и послеоперационного ведения ран) и определить перечень основных профилактических мероприятий, направленных на предотвращение гнойно-воспалительных осложнений вызванных анаэробной неклостридиальной инфекцией.

**Обучающийся должен знать:** определение хирургической инфекции; возбудителей хирургической инфекции и пути распространения; понятие о воспалении, как защитной реакции на внедрение инфекции; признаки местной и общей реакции организма на инфекцию; местные виды хирургической инфекции, особенности течения. Определение, этапы первичной хирургической обработки ран; основные виды, показания и противопоказания ПХО. Устройство и особенности работы гнойного отделения

**Обучающийся должен уметь:** выявлять признаки острой хирургической инфекции у пациентов, в том числе анаэробной; определять стадии течения воспалительного процесса; проводить санитарно-противоэпидемиологические мероприятия по профилактике распространения острой хирургической инфекции; соблюдать инфекционную безопасность для предупреждения инфицирования при работе с пациентами, имеющими гнойно-воспалительные заболевания; составлять набор инструментов для вскрытия гнойной полости.

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

#### Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

##### 1. Вопросы для собеседования:

1. Этиология и патогенез анаэробной неклостридиальной инфекции?
2. Классификация анаэробной неклостридиальной инфекции в хирургии?  
Клинические признаки анаэробной неклостридиальной инфекции?
3. Лабораторные признаки анаэробной неклостридиальной инфекции?
4. Особенности диагностики и методы обследования больных с острой хирургической инфекцией?

5. Основные принципы консервативного и хирургического методов лечения больных с острой хирургической инфекцией?
6. Хирургическая обработка гнойного очага (показания, этапы, как проводится) ?

## **2. Практическая работа на практическом занятии.**

1. Собрать жалобы больного, выявив причины развития острой гнойной хирургической инфекции.
2. Собрать анамнез заболевания и жизни.
3. Клинически обследовать больного и поставить предварительный диагноз.
4. Определить местные реактивные изменения тканей в очаге поражения (гиперемия, отек, флюктуация и др.).
5. Выбрать метод (консервативный или оперативный) лечения больного.
6. Оказать первую помощь и принципы хирургической коррекции осложнений острой гнойной хирургической инфекции.
7. Правильно выполнять обработку и перевязку больных с гнойными ранами.

## **2. Практическая работа на семинаре.**

### **Тестирование по теме занятия**

1. Карбункул - это воспаление
  - а) лимфатической железы
  - б) одного волосяного мешочка
  - в) потовой железы
  - г) нескольких волосяных мешочков
  
2. Местный симптом газовой гангрены
  - а) крепитация
  - б) местное повышение температуры
  - в) покраснение кожи без четких границ
  - г) нагноение тканей
  
3. "Флюктуация" - это
  - а) появление пузырей на гиперемизированной коже
  - б) судорожное сокращение мимических мышц
  - в) размягчение в центре инфильтрата
  - г) "хруст" при пальпации кожи
  
4. Симптом, характерный для газовой гангрены
  - а) симптом "тугой повязки"
  - б) опистонус
  - в) судорожное сокращение поперечно-полосатых мышц
  - г) стихание болей в ране
  
5. Столбнячный анатоксин вводится для
  - а) снятия симптомов воспаления
  - б) предупреждения сепсиса
  - в) создания активного иммунитета
  - г) создания пассивного иммунитета
  
6. Для внутрикожной пробы применяется противостолбнячная сыворотка в разведении
  - а) 1:500
  - б) 1:1000
  - в) 1:100
  - г) 1:10
  
7. Внутрикожная проба при введении противостолбнячной сыворотки считается отрицательной, если
  - а) диаметр папулы менее 1 см, ограниченная гиперемия
  - б) диаметр папулы 1 см, разлитая гиперемия
  - в) диаметр папулы более 1 см, гиперемии нет
  - г) папула более 1 см, разлитая гиперемия
  
8. При воспалительном процессе в стадии инфильтрации показана антибактериальная терапия и
  - а) повязка с гипертоническим раствором хлорида натрия
  - б) маевой компресс
  - в) вскрытие инфильтрата
  - г) пункция инфильтрата



9. Удаление некротического стержня является методом лечения

- а) абсцесса
- б) фурункула
- в) гидраденита
- г) лимфаденита

10. Методы экстракорпоральной детоксикации применяют при лечении

- а) сепсиса
- б) лимфангита
- в) тромбофлебита
- г) гидраденита

11. У новорожденных для лечения рожистого воспаления не применяют

- а) консервативное лечение
- б) нанесение насечек и наложение повязки с мазью Вишневского
- в) УФО
- г) внутримышечное введение антибиотиков

12. Форма рожистого воспаления кожи

- а) узловая
- б) эритематозная
- в) абсцедирующая
- г) инфильтративная

13. Для острого гематогенного остеомиелита не характерен симптом

- а) стойкой гипертермии выше 38 С
- б) резкой локальной боли
- в) вынужденного положения конечности
- г) летучих болей в суставах

14. Основной метод хирургического лечения острого гематогенного остеомиелита - это

- а) остеоперфорация
- б) остеосинтез
- в) скелетное вытяжение
- г) ампутация

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

#### **Задача 1**

Молодой человек вскапывал садовый участок; на ладонной поверхности образовалась мозоль, отслоенный эпидермис вскрылся – жидкость вытекла. Через 2 дня стала беспокоить боль у основания третьего пальца со стороны ладони. Боли с каждым днем усиливались, нарастал отек, в связи с чем больной обратился на ФАП.

При обращении: общее состояние относительно удовлетворительное, температура тела – 37,6, спал из-за боли в руке плохо, болит голова. Правая кисть отечна как на волярной, так и на тыльной поверхности. На волярной стороне у основания третьего пальца участок гиперемии, в центре мозоль, здесь же выраженная пальпаторная болезненность и просвечивает на небольшом участке (1 см<sup>2</sup>) гной, пальцы в полусогнутом состоянии из-за отека, вдоль предплечья на волярной стороне видна полоса гиперемии, пальпацией определяется болезненное шнуровидное уплотнение.

1. Проведите дифференциальную диагностику заболевания
2. Определите тактику ведения пациента;
3. Определите показания к госпитализации пациента и организацию транспортировки в лечебно-профилактическое учреждение;
4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение;

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. Диагноз: Абсцедировавшая флегмона правой кисти, осложненная стволовым лимфангитом.

Этот диагноз поставлен, во-первых, на основании данных анамнеза – была мозоль, отслоенный эпидермис был поврежден, рана не была обработана антисептиком и защищена асептической повязкой. При осмотре: выраженный отек тканей кисти, гиперемия и сильные боли, наощупь ткани на волярной поверхности кисти горячие – все это говорит в пользу развившейся флегмоны, Наиболее выраженная болезненность на участке с волярной стороны в проекции мозоли и просвечивание гноя здесь позволяют думать об абсцедировании флегмоны. Наличие красного болезненного шнуровидного тяжа на предплечье говорит о прогрессировании воспалительного процесса.

Дополнительные физикальные методы исследования:

Необходимо провести пальпаторное исследование регионарных лимфатических узлов. Пальпацией определяются несколько увеличенные лимфатические узлы в правой подмышечной области – причина в воспалительном процессе в области кисти.

#### 2. Тактика ведения

введение раствора анальгина, антибиотика;  
наложение асептической повязки, иммобилизация конечности;  
организация срочной госпитализации в хирургическое отделение.

3. В связи с тем, что воспалительный процесс выражен резко, показано лечение в условиях хирургического стационара. Больной должен быть срочно госпитализирован.

На кисть следует наложить стерильную повязку, произвести иммобилизацию руки и организовать срочную транспортировку в районную больницу.

4. Можно ввести раствор анальгина и антибиотик. Анальгин уменьшит боли, введение антибиотиков – это начало лечения, которое будет продолжено после операции. В больнице из дополнительных исследований будут сделаны анализы крови и мочи (не влияющие на необходимость срочного оперативного вмешательства, но необходимые для коррекции лекарственного лечения).

Операция будет произведена скорее всего под внутривенным обезболиванием (тиопентал натрия, сомбревин, виадрил). В операционную рану (или раны) вводятся турунды, смоченные гипертоническим раствором, и применяются ферменты для ускорения лизиса некротизированных тканей.

В дальнейшем может быть применен низкочастотный ультразвук, так как он способствует улучшению микроциркуляции, обладает противовоспалительным, бактерицидным, некролитическим действием, стимулирует регенерацию, усиливает активность антибиотиков. Можно применять обработку ран антисептическими растворами под давлением, что резко уменьшает количество микробов в ране, возможно использование диадинамических токов. Для лечения гнойных ран применяют и лучи лазера. Иммобилизация обязательна. При образовании грануляций переходят на мазевые повязки.

Общее лечение — антибиотики внутримышечно, по показаниям — сердечные гликозиды, витамины, внутривенная инфузионная терапия. По мере улучшения общего состояния проводится коррекция назначений. Повторные исследования крови и мочи обязательны.

### Задача 2

В ФАП доставили молодого человека: состояние тяжелое, жалобы на сильные боли в левом коленном суставе, невозможность передвигаться, озноб. Сон и аппетит нарушены. Несколько дней назад поранил ржавой проволокой коленный сустав. За помощью не обращался.

Объективно: Состояние средней тяжести. Температура 39<sup>0</sup>, пульс 100 ударов в минуту, ритмичный. Коленный сустав увеличен в объеме, отечен, температура кожи над ним повышена. На наружной поверхности сустава имеется колотая рана диаметром 1 мм. Определяется пальпаторная болезненность и баллотирование надколенника. Движения в суставе резко ограничены и болезненны.

1. Проведите дифференциальную диагностику заболевания
2. Определите тактику ведения пациента;
3. Определите показания к госпитализации пациента и организацию транспортировки в лечебно-профилактическое учреждение;
4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение;

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Острый гнойный артрит.

Ставится на основании:

- а) жалоб: сильные боли, нарушение функции сустава;
- б) данных анамнеза: колотая рана ржавой проволокой послужила входными воротами для инфекции, тем более, что за помощью пациент не обращался;
- в) данных объективного исследования: сустав увеличен в объеме, отечен, болезнен при пальпации, движения в нем резко болезненны и ограничены, определяется баллотирование надколенника, повышение местной температуры, (местные симптомы воспаления), наличие раневого отверстия (входные ворота для инфекции), симптомы интоксикации: нарушение сна, аппетита, гипертермия.

Точный диагноз можно поставить только в ЛПУ, после Ro-графического, лабораторного исследования, пункции коленного сустава (получение гнойного содержимого).

#### 2. тактика ведения

- а) уложить пациента (для улучшения самочувствия и уменьшения нагрузки на сустав);
- б) с целью обезбоживания и купирования гипертермии ввести 50% раствор анальгина – 2,0 и 1% раствор димедрола 2,0 внутримышечно (обеспечение транспортабельности);
3. вызов скорой помощи для госпитализации в отделение гнойной хирургии;
- г) транспортная иммобилизация (обеспечение покоя пораженного сустава, уменьшение боли);
- д) транспортировка в положении лежа на носилках.

4. Радикальным лечением гнойного артрита приходится заниматься, в первую очередь, хирургам. Наступает такой этап, когда любая терапия просто не дает эффекта, либо возникает необходимость немедленной декомпрессии, и требуется оперативное хирургическое вмешательство.

Если говорить о комплексном лечении, то к нему относятся следующие этапы:

лечение антибиотиками;  
иммобилизация конечности;  
пункция и удаление суставного экссудата;  
операция (при необходимости).

Применение антибиотиков возможно как внутримышечно, так и внутривенно в больших дозах, вводимых дробно в течение суток. Целесообразно применять антибиотики после определения антибиотикограммы, согласно которой устанавливается сочетание и замена используемых препаратов. Это особенно актуально на фоне возросшей устойчивости стафилококка ко многим антибиотикам.

С гнойной инфекцией, эффективно удается бороться с помощью полусинтетических пенициллинов (оксациллин, метициллин, ампициллин) и антибиотиков (линкомицин, макролиды, цефалоспорины, аминогликозиды).

Для повышения эффективности лечебного процесса возможно сочетание антибиотиков с нитрофурановыми производными и сульфонамидными препаратами длительного действия. После проведения эвакуации гноя с последующим промыванием сустава антисептическими средствами, антибиотики можно применять и внутрисуставно.

Частота производимых пункций зависит от скорости накопления и объема экссудата в суставе. Когда синовиальная жидкость приобретает серозный характер, пункции прекращаются. Следует также заметить, что при острой фазе заболевания противопоказаны внутрисуставные инъекции гидрокортизона и физиотерапевтическое лечение.

### Задача 3

Подросток 14 лет лечился у фельдшера ФАП по поводу фурункулеза в течение одной недели. На коже затылка, спины и верхних конечностей наблюдалось несколько болезненных гнойных очагов. Температура субфебрильная. Получал УФО, мазевые повязки, ампициллин по 0,25 x 4 раза в сутки. На 7 день, после выдавливания двух фурункулов, состояние резко ухудшилось.

Температура поднялась до 38,8, присоединился озноб, сменяющийся проливными потами, мышечные боли во всем теле. Кожа бледная, глаза запавшие, губы сухие, язык обложен белым налетом. Пульс 110 ударов в минуту, ритмичный. Увеличились и стали болезненными подмышечные, шейные и затылочные лимфатические узлы. Температура быстро нарастала, появились галлюцинации.

1. Проведите дифференциальную диагностику заболевания

2. Определите тактику ведения пациента;

3. Определите показания к госпитализации пациента и организацию транспортировки в лечебно-профилактическое учреждение;

4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение;

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Осложнение фурункулеза – сепсис.

Диагноз ставится на основании следующих данных:

а) состояние пациента на фоне обычного для фурункулеза течения резко ухудшилось (после выдавливания двух фурункулов);

б) температура поднялась до фебрильных цифр и продолжала нарастать, появился озноб, сменяющийся проливными потами;

в) присоединились гемодинамические расстройства – тахикардия, (может быть артериальная гипотония);

г) нарастали признаки интоксикации и обезвоживания: бледность, мышечные боли, сухость слизистых, запавшие глаза, обложенность языка;

д) расстройства ЦНС – галлюцинации;

е) увеличились регионарные лимфатические узлы.

В стационаре диагноз подтверждается на основании:

а) клинических данных:

прогрессирующее ухудшение общего состояния;

развитие полиорганной недостаточности;

высокая температура тела, озноб;

нарастающее истощение, олигурия;

наличие метастатических очагов инфекции;

б) лабораторных данных:

анемизация; лейкоцитоз до  $15-25 \cdot 10^9$  в литре крови с резким сдвигом лейкоцитарной формулы влево; увеличение СОЭ; бактериемия; диспротеинемия; протеинурия.

2. В тактике ведения фельдшера была ошибка.

Ошибка фельдшера заключалась в неправильном выборе лечебной тактики. Дети с гнойной хирургической инфекцией могут лечиться только у хирурга, а в данном случае в детском хирургическом стационаре, тем более, что в течение целой недели не наблюдалось положительной динамики от лечения.

Категорически запрещено выдавливать фурункулы, что в данной ситуации стало причиной разрушения барьера в первичном очаге и спровоцировало внедрение микробов или их токсинов в кровяное русло.

Верной тактикой является направление мальчика в детское гнойное хирургическое отделение.

Тактика ведения пациента

- а) вызвать скорую помощь с целью госпитализации в отделение гнойной хирургии;
- б) ввести жаропонижающие, десенсибилизирующие препараты – 50% раствор анальгина 0,1 мл/год, димедрол 1% – 0,2 мл/год (либо пипольфен), применить физические методы охлаждения для улучшения состояния и обеспечения транспортной безопасности пациента;
- в) применить оксигенотерапию для улучшения оксигенации крови и окислительно-восстановительных процессов в организме;
- г) наблюдать за состоянием больного до приезда скорой помощи, во избежание ухудшения состояния;

Госпитализировать в отделение гнойной хирургии и транспортировать в положении лежа.

4. Лечение септических больных осуществляют в отделении реанимации или интенсивной терапии по общим принципам лечения гнойной хирургической инфекции: воздействие на макроорганизм, воздействие на микроорганизм, местные очаги инфекции (первичные и вторичные):

Интенсивная инфузионная и антибактериальная терапия проводятся внутривенно, т.к. на фоне нарушения кровообращения в микроциркуляторном русле, энтеральное, подкожное и внутримышечное введение медикаментозных препаратов становится неэффективным.

Инфузионная терапия включает средства:

- дезинтоксикационные;
- восполняющие энергетические потери и ОЦК;
- специфические иммунные;
- коррегирующие нарушения в системе свертывания крови;
- поддерживающие жизнедеятельность сердечно-сосудистой системы, функции дыхания, функции печени, почек.

Антибактериальная терапия проводится с учетом чувствительности микробов к антибиотикам, либо применяются антибиотики широкого спектра действия в максимально допустимых дозах. Препараты подвоятся непосредственно к очагу инфекции: эндоплеврально, через дренажи в рану, эндобронхиально, внутривенно с целью получения максимального эффекта.

Хирургическое лечение должно включать полноценную санацию всех гнойно-некротических очагов с широким вскрытием, удалением нежизнеспособных тканей и активным дренированием ран, использованием лазерной, ультразвуковой кавитации в сочетании с протеолитическими ферментами, электрохимической активированной системой.

В настоящее время широко применяются новые технологии:

- гипербарическая оксигенация;
- экстракорпоральные методы детоксикации: эфферентные методы (плазмаферез, гемосорбция, гемодиализ) методы квантовой гемотерапии (лазерное и ультразвуковое облучение крови) методы биосорбции (сорбция через ксеноклетки печени и селезенки).

Очень важен правильный, полноценный уход за септическим больным, обеспечивающий требования асептики, выполнение всех гигиенических мероприятий, профилактику пролежней, полноценное питание, выполнение всех врачебных назначений и сестринских действий по плану сестринского ухода за больным в стационаре.

#### Задача 4

В ФАП обратился больной с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры до 37,5, затруднения при жевании и судорожные подергивания жевательных, мимических мышц лица, а также мышц вокруг раны стопы, полученной около недели назад при строительных работах. Сразу после травмы рана была обработана фельдшером, перевязана, и строитель продолжал работу по сей день.

При осмотре на тыле стопы имеется рвано-ушибленная рана 1х2см с неровными краями и участками некроза на дне и стенках.

1. Проведите дифференциальную диагностику заболевания
2. Определите тактику ведения пациента;
3. Определите показания к госпитализации пациента и организацию транспортировки в лечебно-профилактическое учреждение;
4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение;

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Столбняк.

Ставится на основании следующих данных:

- а) инфекция проникла через рану, полученную при строительных работах (столбнячная палочка находится чаще всего в пыли и земле);
- б) инкубационный период, т.е с момента получения раны до появления клинических признаков столбняка, продолжался около одной недели (обычно от двух суток до трех недель);
- в) характерны ранние клинические признаки: судорожные сокращения жевательных и мимических мышц,

мышц вокруг раны, повышение температуры, недомогание, общая слабость;

г) механизм возникновения ушибленной раны приводит к нарушению кровообращения в окружающих тканях и кровоизлияниям в них, что благоприятно для развития анаэробной инфекции.

В дальнейшем наблюдается светобоязнь, выраженная головная боль, потоотделение, температура может повышаться до 40-41<sup>0</sup>, тахикардия 100-120 ударов в минуту и более. Судорожный синдром прогрессирует: развивается тризм – напряжение и тонические судороги жевательных мышц, что препятствует открыванию рта, судороги мимических мышц лица – сардоническая улыбка. Присоединяются судороги мышц туловища и конечностей (опистотонус).

Приступы судорог следуют один за другим, сопровождаются сильными болями. Незначительные звуковые, световые механические раздражения приводят к новому приступу судорог. Сознание полностью сохранено. Больные испытывают мучительный страх перед каждым новым судорожным приступом. Судороги могут приводить к разрывам мышц, переломам костей.

Судороги мышц гортани создают угрозу удушья, судороги диафрагмы – угрозу остановки дыхания.

Во время общих судорог может наступить смерть в результате асфиксии, вызванной сильным сокращением межреберных мышц, гортани и диафрагмы.

2. Фельдшер после проведения туалета раны и осуществления иммобилизации была обязана срочно обеспечить транспортировку пострадавшего в травмпункт для осуществления специфической активно-пассивной и неспецифической профилактики столбняка. В направлении приводятся сведения о последней прививке против столбняка.

4. лечение столбняка.

Лечение столбняка должно быть комплексным и решать основные задачи:

1. Уменьшение поступления и нейтрализация вновь поступающего из раны в организм столбнячного токсина (тетаноспазмин, действуя на нервную систему, обуславливает судорожный синдром, тетаногемолитин разрушает эритроциты). Первую задачу решают ревизией и лечением ран и внутримышечным или внутривенным введением больших доз ПСС и противостолбнячного g-глобулина.

2. Уменьшение и полное прекращение судорог. Для решения второй задачи применяют наркотики (диазепам, тиопентал – натрия, гексенал), нейроплегические средства (аминазин), сульфат магния, миорелаксанты (диплацин, тубокурарин) с переводом на ИВЛ.

3. Улучшение общего состояния, сердечной деятельности (кордиамин, коргликон), облегчение легочной вентиляции (ингаляция кислорода, цититон, в тяжелых случаях ИВЛ).

4. Профилактика и борьба с вторичными осложнениями (пневмония, сепсис). Для решения этой задачи применяют полусинтетические пенициллины, аминогликозиды, проводят туалет бронхиального дерева.

Больных госпитализируют в отделение реанимации или интенсивной терапии, в изолированную затемненную палату, со звукоизоляцией. Организуется индивидуальный сестринский пост.

Кормление осуществляется через зонд или из поильника с резиновым наконечником. Внутривенная инфузионная терапия проводится в объеме 3-4 л в сутки, для компенсации больших потерь жидкости

При спазме уретры мочу выпускают катетером под анестезией. При задержке стула применяют клизмы.

Гигиенические мероприятия проводятся очень осторожно, так как любое неосторожное движение может спровоцировать очередной мучительный приступ судорог.

### Задача 5

Фельдшера ФАП вызвали на дом к женщине, 35 лет, работающей на животноводческой ферме и живущей в деревушке, отдаленной на 5 км от ФАП.

Жалобы: на высокую температуру, доходящую до 40<sup>0</sup>, резкий озноб, сердцебиение, слабость. Со слов мужа, состояние заторможенности в течение дня сменялось возбуждением и беспокойством. Кроме того, он обратил внимание на отек левой стопы, который постепенно увеличивался и перешел на голень. Женщина страдала варикозным расширением вен, нижних конечностей и несколько раз перенесла тромбоз флебит с выраженным отеком голени и высокой температурой тела, в течение четырех дней она самостоятельно лечилась, принимая таблетки аспирина, бисептола, и накладывала мажевые компрессы на голень, но с каждым днем состояние ее ухудшалось. Также удалось выяснить, что около недели назад, убирая навоз на ферме, она через обувь вилами проколола левую стопу. Используя бытовую аптечку, сама перевязала рану на тыле стопы и наложила лейкопластырную повязку.

Объективно: состояние тяжелое, больная заторможена, апатична, постоянно облизывает губы, просит пить. Кожные покровы бледные, влажные, язык сухой, обложен серым налетом.

Температура тела 38,6<sup>0</sup>, пульс частый, слабый 138 ударов в минуту, АД 95/70 мм.рт.ст.

При аскультации: в легких жестковатое дыхание, единичные влажные хрипы, тоны сердца глухие. Пальпация живота безболезненна. При осмотре конечности и раны на стопе установлено: отек конечности до верхней трети голени, бледность кожи с сине-багровыми пятнами на тыле стопы и нижней трети голени. Край раны серой окраски со скудным отделяемым и при надавливании на края раны из глубины выделяются пузырьки газа и ощущается крепитация.

1. Проведите дифференциальную диагностику заболевания

2. Определите тактику ведения пациента;

3. Определите показания к госпитализации пациента и организацию транспортировки в лечебно-

профилактическое учреждение;

4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение;

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: газовая гангрена левой нижней конечности.

Заключение основано на данных анамнеза (колотая инфицированная рана стопы, полученная на ферме около недели назад и ограничение самопомощью), характерных жалобах (жажда, озноб, сухость во рту, слабость и др.), а также на выявленных при осмотре конечности достоверных симптомах, наиболее важными из которых – сине-багровые пятна, выделение пузырьков газа из раны, крепитация под кожей при пальпации.

2. Тактика ведения

а) наложить на рану повязку с антисептическим раствором (0,1% раствором перманганата калия);

б) ввести раствор анальгина 50% 2 мл и димедрола 1% 2 мл внутримышечно;

в) ввести сердечно-сосудистые препараты и дыхательные analeптики (раствор кофеина-бензоата, эфедрина, сульфакамфокаина или их аналогов);

3.осуществить транспортную иммобилизацию конечности и придать ей возвышенное положение;обеспечить экстренную госпитализацию в ЦРБ в положении лежа на носилках и в сопровождении фельдшера, который по пути в ЦРБ обязан наблюдать за больной и проводить симптоматическую терапию.

4. При подозрении на развитие газовой гангрены необходимо сочетание активного хирургического лечения с энергичными общими мероприятиями. Необходимо провести широкое вскрытие всех подозрительных участков, иссечь все нежизнеспособные ткани. Широкими параллельными (ломпастными) разрезами следует рассечь фасции и мягкие ткани на всю глубину. Правильное дренирование должно обеспечить отток отделяемого из раны. Следует особо подчеркнуть, что раны должны оставаться открытыми. Необходимо введение в дно и края ран антибиотиков широкого спектра действия. При подтверждении диагноза и распространении гангрены необходима немедленная ампутация или экзартикуляция конечности. Рану после ампутации зашивать нельзя. В качестве дополнения к операции, но не вместо неё, показана гипербарическая оксигенация. Для этой цели больного помещают в камеру с повышенным давлением (до 3 атмосфер), в первые сутки не менее 3 раз по 2 - 2 1/2 ч. В последующие дни сеансы могут проводиться 1 раз в день.

Кроме того, сразу после выявления гангрены, необходима интенсивная инфузионная терапия с введением альбумина, плазмы, растворов электролитов и белков. Больным анемией проводится переливание свежеприготовленной одногруппной цельной крови или эритроцитарной массы. Одновременно внутривенно или внутриартериально начинают вводить высокие дозы антибиотиков. Противогангренозные сыворотки (при выявлении возбудителя - моновалентные, а при не установленном - поливалентные) вводят внутривенно в дозе 150000 АЕ. Сыворотку растворяют в изотоническом растворе хлорида натрия и нагревают до 36 - 370С. Больные с газовой гангреной должны быть изолированы. У них должен быть организован отдельный сестринский пост. Всё бельё, инструменты должны быть специально обработаны. Важно помнить, что вегетативные формы бактерий погибают при кипячении, а их споры сохраняют свою жизнедеятельность и погибают только при дробном (повторном) кипячении. Лучше, если инструменты будут подвергнуты воздушной стерилизации (в сухожаровом шкафу) при t 1500С, либо стерилизации в паровом стерилизаторе под давлением 2 - 2 1/2 атмосферы. Медицинские работники, ухаживающие за больными, должны соблюдать личную гигиену. Перевязки, обработка полости рта, кожных покровов должны производиться в резиновых перчатках, которые должны регулярно дезинфицироваться (хлорамин, карболовая кислота, лизол и т. д.) после каждой перевязки. Весь перевязочный материал нужно сразу после перевязки сжигать

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

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

**1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме:** Этиология и патогенез анаэробной неклостридиальной инфекции. Классификация анаэробной неклостридиальной инфекции в хирургии. Клинические и лабораторные признаки анаэробной неклостридиальной инфекции. Особенности диагностики и методы обследования больных с острой хирургической инфекцией. Основные принципы консервативного и хирургического методов лечения больных с острой хирургической инфекцией. Хирургическая обработка гнойного очага (показания, этапы, как проводится).

**2) Вопросы для самоконтроля:** Этиология и патогенез анаэробной неклостридиальной инфекции. Классификация анаэробной неклостридиальной инфекции в хирургии. Клинические и лабораторные признаки анаэробной неклостридиальной инфекции. Особенности диагностики и методы обследования больных с острой хирургической инфекцией. Основные принципы консервативного и хирургического методов лечения больных с острой хирургической инфекцией. Хирургическая обработка гнойного очага (показания, этапы, как проводится).

**3) Тестовый контроль:**

1. Карбункул - это воспаление
  - а) лимфатической железы
  - б) одного волосяного мешочка
  - в) потовой железы
  - г) нескольких волосяных мешочков
  
2. Местный симптом газовой гангрены
  - а) крепитация
  - б) местное повышение температуры
  - в) покраснение кожи без четких границ
  - г) нагноение тканей
  
3. "Флюктуация" - это
  - а) появление пузырей на гиперемизированной коже
  - б) судорожное сокращение мимических мышц
  - в) размягчение в центре инфильтрата
  - г) "хруст" при пальпации кожи
  
4. Симптом, характерный для газовой гангрены
  - а) симптом "тугой повязки"
  - б) опистонус
  - в) судорожное сокращение поперечно-полосатых мышц
  - г) стихание болей в ране
  
5. Столбнячный анатоксин вводится для
  - а) снятия симптомов воспаления
  - б) предупреждения сепсиса
  - в) создания активного иммунитета
  - г) создания пассивного иммунитета
  
6. Для внутрикожной пробы применяется противостолбнячная сыворотка в разведении
  - а) 1:500
  - б) 1:1000
  - в) 1:100
  - г) 1:10
  
7. Внутрикожная проба при введении противостолбнячной сыворотки считается отрицательной, если
  - а) диаметр папулы менее 1 см, ограниченная гиперемия
  - б) диаметр папулы 1 см, разлитая гиперемия
  - в) диаметр папулы более 1 см, гиперемии нет
  - г) папула более 1 см, разлитая гиперемия
  
8. При воспалительном процессе в стадии инфильтрации показана антибактериальная терапия и
  - а) повязка с гипертоническим раствором хлорида натрия
  - б) маевой компресс
  - в) вскрытие инфильтрата
  - г) пункция инфильтрата
  
9. Удаление некротического стержня является методом лечения
  - а) абсцесса
  - б) фурункула
  - в) гидраденита
  - г) лимфаденита
  
10. Методы экстракорпоральной детоксикации применяют при лечении
  - а) сепсиса
  - б) лимфангита
  - в) тромбофлебита
  - г) гидраденита
  
11. У новорожденных для лечения рожистого воспаления не применяют
  - а) консервативное лечение
  - б) нанесение насечек и наложение повязки с мазью Вишневского
  - в) УФО

г) внутримышечное введение антибиотиков

12. Форма рожистого воспаления кожи

- а) узловая
- б) эритематозная
- в) абсцедирующая
- г) инфильтративная

13. Для острого гематогенного остеомиелита не характерен симптом

- а) стойкой гипертермии выше 38 С
- б) резкой локальной боли
- в) вынужденного положения конечности
- г) летучих болей в суставах

14. Основной метод хирургического лечения острого гематогенного остеомиелита - это

- а) остеоперфорация
- б) остеосинтез
- в) скелетное вытяжение
- г) ампутация

15. Гидраденит чаще локализуется в

- а) подмышечной ямке
- б) паховой складке
- в) области шеи
- г) области спины

16. Паранихия - это воспаление

- а) лимфатического узла
- б) лимфатического сосуда
- в) ногтевого валика
- г) сальной железы

17. Лечение абсцесса в стадии инфильтрации

- а) антибиотикотерапия с физиотерапией
- б) широкий разрез и дренирование раны
- в) пункция гнойника с введением антибиотиков
- г) новокаиновая блокада

18. Цвет кожи при газовой гангрене

- а) гиперемированная
- б) бледная с желтушными пятнами
- в) нормальной окраски
- г) бледная с мраморным рисунком.

19. Показания для введения противогангренозной сыворотки

- а) закрытый перелом костей голени
- б) пандактилит
- в) абсцесс легкого
- г) обширные повреждения мягких тканей с размножением

20. Местный симптом рожистого воспаления

- а) подергивание мышц
- б) гиперемия кожи с четкими границами
- в) разлитое покраснение кожи
- г) инфильтрация с цианотичным оттенком кожи

**Эталоны ответов:**

1. г 2. а 3. в 4. а 5. в 6. в 7. а 8. б 9. б 10. а 11. б 12. б 13. г 14. а 15. а 16. в 17. а 18. г 19. Г20 б

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

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



1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

#### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолестецистэктомиический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-

11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 11. Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)

### Тема 11.3. Острые гнойные заболевания кожи, подкожной клетчатки, забрюшинного пространства (семинар, практическое занятие)

**Цель:** подготовка квалифицированного врача – хирурга способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности при оказании первичной и специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной и паллиативной помощи при острых гнойных заболеваниях кожи, подкожной клетчатки, забрюшинного пространства.

**Задачи:** сформировать знания по общим и специальным методам исследования при острых гнойных заболеваниях кожи, подкожной клетчатки, забрюшинного пространства; обучить правильной постановке диагноза и умению классифицировать заболевания в соответствии с действующими классификациями; рассмотреть основы оказания и стандарты амбулаторной помощи, клинику, диагностику и лечение различных острых гнойных заболеваний кожи, подкожной клетчатки, забрюшинного пространства ; изучить основные положения при выполнении операций на коже, подкожной клетчатке и забрюшинном пространстве.

**Обучающийся должен знать:** основы топографической анатомии забрюшинного пространства; общие и специальные методы исследования в гнойной хирургии; основы методов инструментальной и лучевой диагностики, принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с гнойным заболеванием кожи, подкожной клетчатки, забрюшинного пространства, в том числе при неотложных состояниях, методы реабилитации; основы патогенетического подхода при лечении в хирургии и смежных областях медицины.

**Обучающийся должен уметь:** получить информацию о развитии и течении острых гнойных заболеваний кожи, подкожной клетчатки, забрюшинного пространства; выявить факторы риска развития острого гнойного хирургического заболевания , дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного с острыми гнойными заболеваниями кожи, подкожной клетчатки, забрюшинного пространства , выявить общие и специфические признаки гнойного хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного с острым гнойным заболеванием кожи, подкожной клетчатки, забрюшинного пространства, определить необходимость, объем и последовательность лечебных мероприятий; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования при гнойных заболеваниях кожи, подкожной клетчатки, забрюшинного пространства. (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные; составить дифференцированный план обследования и лечения больного с острым гнойным заболеванием, проводить его коррекцию в динамике.

**Обучающийся должен владеть:** методикой расспроса и сбора анамнеза хирургического больного с острым гнойным заболеванием кожи, подкожной клетчатки, забрюшинного пространства; методикой физикального осмотра хирургического больного; методикой создания алгоритма клинко-лабораторного и инструментального обследования хирургического больного; методикой формулировки предварительного клинического диагноза в соответствии с действующими классификациями.

#### Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

##### 1. Вопросы для собеседования:

Классификация хирургической инфекции; этиология, патогенез гнойной инфекции, местная и общая реакция организма; принципы лечения острой гнойной инфекции в зависимости от фазы раневого процесса; классификация флегмоны, рожи, раневой инфекции, мастита, панариция, флегмон; клиника фурункула, фурункулеза, карбункула, гидраденита, абсцесса, флегмоны, рожи, эризипелоида, лимфангита,

лимфаденита, мастита, панариция, флегмон кисти; диагностика, дифференциальная диагностика перечисленной патологии; принципы оперативного и консервативного лечения гнойно-воспалительных заболеваний; клиника, диагностика и лечение вросшего ногтя; классификация гнойных заболеваний забрюшинного пространства; методы лабораторной и инструментальной диагностики гнойных заболеваний забрюшинного пространства; обоснование вида оперативного пособия; особенности хирургического лечения гнойных заболеваний забрюшинного пространства.

## **2. Практическая работа на практическом занятии.**

1. Собрать жалобы больного, выявив причины развития острой гнойной хирургической инфекции.
2. Собрать анамнез заболевания и жизни.
3. Клинически обследовать больного и поставить предварительный диагноз.
4. Определить местные реактивные изменения тканей в очаге поражения (гиперемия, отек, флюктуация и др.).
5. Выбрать метод (консервативный или оперативный) лечения больного.
6. Оказать первую помощь и принципы хирургической коррекции осложнений острой гнойной хирургической инфекции.
7. Правильно выполнять обработку и перевязку больных с гнойными ранами.

## **2. Практическая работа на семинаре.**

### **Тестирование по теме занятия**

1. Укажите, на каких поверхностях средней и основной фаланг II-IV пальцев кисти делают разрезы при тендовагините:
  - а) на боковых
  - б) на ладонной
  - в) на тыльной
  - г) крестообразный разрез на ладонной поверхности
  - д) возможны все варианты
2. На какой поверхности предплечья делают разрезы при вскрытии флегмоны клетчатого пространства Пирогова?
  - а) на передней
  - б) на задней
  - в) на латеральной
  - г) на медиальной
  - д) на боковых поверхностях предплечья
3. Повреждением какого образования может осложниться разрез в области запретной зоны кисти?
  - а) повреждение сухожилий сгибателей пальцев
  - б) повреждение сухожилия длинного сгибателя большого пальца кисти
  - в) повреждение двигательной ветви срединного нерва с нарушением противопоставления большого пальца
  - г) повреждение поверхностной артериальной ладонной дуги
  - д) повреждение мышц возвышения большого пальца
4. Чем объясняется необходимость срочного оперативного вмешательства при гнойном тендовагините сухожилий сгибателей II, III, IV пальцев?
  - а) возможностью распространения гноя в клеточное пространство Пирогова
  - б) возможностью перехода процесса на костные ткани
  - в) возможностью омертвления сухожилий вследствие сдавления их брыжейки
  - г) возможностью развития сепсиса
  - д) возможностью восходящего распространения гноя по клеточным пространствам верхней конечности
5. Панариций в форме запонки – это:
  - а) подкожный панариций с прорывом гноя под эпидермис
  - б) сухожильный панариций
  - в) паронихий
  - г) костный панариций
  - д) суставной панариций
6. Больной с подкожным панарицием II пальца кисти провел бессонную ночь из-за мучительных болей. Ваша тактика при лечении такого больного:
  - а) спиртовые ванночки и компрессы
  - б) повязки с мазью Вишневского

- в) УВЧ и кварцевое облучение
  - г) пенициллин внутри
  - д) разрез
7. Что такое пандактилит?
- а) гнойное воспаление ногтя
  - б) гнойное воспаление околоногтевого ложа
  - в) гнойное воспаление сухожильного влагалища
  - г) гнойное воспаление кости фаланги пальцев
  - д) гнойное воспаление всех тканей пальца
8. Что такое паронихия?
- а) воспаление всех тканей пальца
  - б) воспаление околоногтевого ложа
  - в) воспаление ногтевого ложа
  - г) воспаление межфалангового сустава
  - д) воспаление сухожильного влагалища пальца
9. С чем сообщается через комиссуральные отверстия ладонного апоневроза подкожная клетчатка ладони?
- а) с подапоневротическим клетчаточным пространством ладони
  - б) с подсухожильными клетчаточными пространствами ладони
  - в) с синовиальными влагалищами П-У пальцев
  - г) с клетчаточным пространством Пирогова
  - д) с футлярами червеобразных мышц
10. Панариций – это гнойное воспаление, локализующееся в:
- 1) мягких тканях ладонной поверхности пальцев
  - 2) костях и суставах пальцев
  - 3) мягких тканях тыльной поверхности пальцев
  - 4) в области ногтя
  - 5) все верно
- а) 1,2,4
  - б) 1,3,4
  - в) 1,3
11. При ретромаммарных флегмонах поражается клетчатка, расположенная:
- а) подкожно
  - б) вокруг долек железы
  - в) под большой грудной мышцей
  - г) позади капсулы молочной железы
  - д) под малой грудной мышцей

### 1. Решить ситуационные задачи:

#### Задача №1

Больной Х., 31 года, во время работы получил ожог горячим металлом ладонной поверхности средней фаланги III пальца левой кисти. Занимался самолечением. На 14-й день после ожога обратился к хирургу поликлиники.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,6 С. III палец левой кисти равномерно увеличен в объеме, в положении сгибания. Боль резко усиливается при попытке пассивного разгибания пальца. Определяется болезненность при пальпации зондом по ходу сухожилия сгибателя III пальца, ткани ладонной поверхности III пальца напряжены. Левые подмышечные лимфоузлы увеличены, незначительно болезненны.

Поставьте диагноз, выработайте план лечения.

Эталон ответа:

Диагноз: сухожильный панариций III пальца левой кисти, подмышечный лимфаденит.

Лечение: под общим внутривенным наркозом произвести парные линейно – боковые разрезы на средней и основной фалангах со вскрытием сухожильного влагалища сгибателя. Санация полости сухожильного сгибателя, сквозное дренирование, повязка, иммобилизация гипсовой лонгетой. Ежедневные перевязки

#### Задача №2

Больной М., 34 лет, слесарь. За 8 дней до обращения к хирургу поликлиники уколол металлической стружкой I палец правой кисти. Появилась припухлость, болезненность, гнойный свищ в области ногтевой фаланги I пальца правой кисти. Занимался самолечением, без эффекта. Последние две ночи из-за боли в пальце не спал.

Объективно: первый палец правой кисти слегка согнут, ногтевая фаланга увеличена в объеме.

Мягкие ткани напряжены, кожа фаланги цианотична. У свободного края ногтя на мякоти пальца имеется гнойный свищ 0,2\*0,2 см, из просвета выбухают грануляции. При пальпации пуговчатым зондом отмечается болезненность по всей ногтевой фаланге. Движение в межфаланговом суставе резко ограничено. На рентгенограмме незначительный остеопороз ногтевой фаланги, небольшие участки деструкции (просветления), края кости узурированы.

- Поставьте диагноз, выработайте план лечения.

Эталон ответа:

Диагноз: костный панариций ногтевой фаланги I пальца правой кисти.

Лечение: под местной анестезией по Оберсту – Лукашевичу произвести парные линейно – боковые разрезы на ногтевой фаланге, некрэктомия, иссечение свищей, грануляций. Дренаж резиновой окончатой трубкой, через которую необходимо промывать рану. Имобилизация, антибиотикотерапия.

### Задача №3

Больной Т., 25 лет, уколол проволочным тросом ладонную поверхность основной фаланги III пальца правой кисти, за медицинской помощью не обратился. Через 2 дня появилась боль в месте травмы, боль усиливалась, стала пульсирующей, затем возникла боль в правой подмышечной области. Последнюю (пятую) ночь не спал из-за боли в пальце. Только на 6-е сутки обратился в поликлинику.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,5 С. основная фаланга III пальца резко отечна, кожа гиперемирована. Палец в полусогнутом положении. Ткани ладонной поверхности фаланги напряжены, болезненность при движении и пальпации зондом. Правые подмышечные лимфоузлы увеличены, болезненны.

- Поставьте диагноз, выработайте план лечения.

Эталон ответа:

Диагноз: подкожный панариций основной фаланги III пальца правой кисти, подмышечный лимфаденит. Лечение: под местной анестезией по Оберсту – Лукашевичу, линейно – боковым разрезом вскрыть панариций. Санация, некрэктомия, ревизия, дренирование, повязка, иммобилизация. Ежедневные перевязки.

### Задача №4

У мужчины 42 лет, водителя, выполняющего дальние рейсы, 5 дней назад на тыльной поверхности правого предплечья появился небольшой округлой формы болезненный узелок, который постепенно увеличивался в размерах, окружающие ткани стали плотными, болезненными, кожа напряжена.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура нормальная. В нижней трети правого предплечья на тыльной поверхности конусообразное возвышение 3\*5 см, в центре под эпидермисом гной в диаметре до 0,3 см. Кожа вокруг в диаметре до 5 см гиперемирована, пальпаторно плотный болезненный инфильтрат. Увеличены и болезненны лимфоузлы в подмышечной области.

- Поставьте диагноз, выработайте план лечения.

Эталон ответа:

Диагноз: фурункул правого предплечья, лимфаденит правой подмышечной области.

Лечение: под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором новокаина по наибольшей выпуклости фурункула вскрыть его линейным разрезом с обязательным удалением "стержня" - некроза волосяного мешочка, санация, марлевая турунда с мазью "Левомеколь" или гипертоническим раствором. Иммобилизация конечности при помощи косынки. Перевязка на следующий день. Больной нетрудоспособен, необходимо выдать больничный лист, его продолжительность зависит от течения раневого процесса.

## Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

#### 1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме:

Классификация хирургической инфекции; этиология, патогенез гнойной инфекции, местная и общая реакция организма; принципы лечения острой гнойной инфекции в зависимости от фазы раневого процесса; классификация флегмоны, рожи, раневой инфекции, мастита, панариция, флегмон; клиника фурункула, фурункулеза, карбункула, гидраденита, абсцесса, флегмоны, рожи, эризипелоида, лимфангита, лимфаденита, мастита, панариция, флегмон кисти; диагностика, дифференциальная диагностика перечисленной патологии; принципы оперативного и консервативного лечения гнойно-воспалительных заболеваний; клиника, диагностика и лечение вросшего ногтя; классификация гнойных заболеваний забрюшинного пространства; методы лабораторной и инструментальной диагностики гнойных заболеваний забрюшинного пространства; обоснование вида оперативного пособия; особенности хирургического лечения гнойных заболеваний забрюшинного пространства.

#### 2. Вопросы для самоконтроля:

Классификация хирургической инфекции; этиология, патогенез гнойной инфекции, местная и общая реакция организма; принципы лечения острой гнойной инфекции в зависимости от фазы раневого процесса; классификация флегмоны, рожи, раневой инфекции, мастита, панариция, флегмон; клиника фурункула, фурункулеза, карбункула, гидраденита, абсцесса, флегмоны, рожи, эризипелоида, лимфангита,

лимфаденита, мастита, панариция, флегмон кисти; диагностика, дифференциальная диагностика перечисленной патологии; принципы оперативного и консервативного лечения гнойно-воспалительных заболеваний; клиника, диагностика и лечение вросшего ногтя; классификация гнойных заболеваний забрюшинного пространства; методы лабораторной и инструментальной диагностики гнойных заболеваний забрюшинного пространства; обоснование вида оперативного пособия; особенности хирургического лечения гнойных заболеваний забрюшинного пространства.

### 3. Тестовый контроль:

1. Укажите, на каких поверхностях средней и основной фаланг II-IV пальцев кисти делают разрезы при тендовагините:
  - а) на боковых
  - б) на ладонной
  - в) на тыльной
  - г) крестообразный разрез на ладонной поверхности
  - д) возможны все варианты
2. На какой поверхности предплечья делают разрезы при вскрытии флегмоны клетчатого пространства Пирогова?
  - а) на передней
  - б) на задней
  - в) на латеральной
  - г) на медиальной
  - д) на боковых поверхностях предплечья
3. Повреждением какого образования может осложниться разрез в области запретной зоны кисти?
  - а) повреждение сухожилий сгибателей пальцев
  - б) повреждение сухожилия длинного сгибателя большого пальца кисти
  - в) повреждение двигательной ветви срединного нерва с нарушением противопоставления большого пальца
  - г) повреждение поверхностной артериальной ладонной дуги
  - д) повреждение мышц возвышения большого пальца
4. Чем объясняется необходимость срочного оперативного вмешательства при гнойном тендовагините сухожилий сгибателей II, III, IV пальцев?
  - а) возможностью распространения гноя в клеточное пространство Пирогова
  - б) возможностью перехода процесса на костные ткани
  - в) возможностью омертвления сухожилий вследствие сдавления их брыжейки
  - г) возможностью развития сепсиса
  - д) возможностью восходящего распространения гноя по клеточным пространствам верхней конечности
5. Панариций в форме запонки – это:
  - а) подкожный панариций с прорывом гноя под эпидермис
  - б) сухожильный панариций
  - в) паронихий
  - г) костный панариций
  - д) суставной панариций
6. Больной с подкожным панарицием II пальца кисти провел бессонную ночь из-за мучительных болей. Ваша тактика при лечении такого больного:
  - а) спиртовые ванночки и компрессы
  - б) повязки с мазью Вишневского
  - в) УВЧ и кварцевое облучение
  - г) пенициллин внутри
  - д) разрез
7. Что такое пандактилит?
  - а) гнойное воспаление ногтя
  - б) гнойное воспаление околоногтевого ложа
  - в) гнойное воспаление сухожильного влагалища
  - г) гнойное воспаление кости фаланги пальцев
  - д) гнойное воспаление всех тканей пальца
8. Что такое паронихия?
  - а) воспаление всех тканей пальца

- б) воспаление околоногтевого ложа
- в) воспаление ногтевого ложа
- г) воспаление межфалангового сустава
- д) воспаление сухожильного влагалища пальца

9. С чем сообщается через комиссуральные отверстия ладонного апоневроза подкожная клетчатка ладони?

- а) с подапоневротическим клетчаточным пространством ладони
- б) с подсухожильными клетчаточными пространствами ладони
- в) с синовиальными влагалищами П-У пальцев
- г) с клетчаточным пространством Пирогова
- д) с футлярами червеобразных мышц

10. Панариций – это гнойное воспаление, локализующееся в:

- 1) мягких тканях ладонной поверхности пальцев
- 2) костях и суставах пальцев
- 3) мягких тканях тыльной поверхности пальцев
- 4) в области ногтя
- 5) все верно
- а) 1,2,4
- б) 1,3,4
- в) 1,3

11. При ретромаммарных флегмонах поражается клетчатка, расположенная:

- а) подкожно
- б) вокруг долек железы
- в) под большой грудной мышцей
- г) позади капсулы молочной железы
- д) под малой грудной мышцей

12. Следует ли производить ревизию гнойной полости при ее вскрытии?

- а) ревизия раны не доступна
- б) ревизия раны необходима для вскрытия гнойных затеков и карманов
- в) производится ревизия только глубоко расположенных гнойников
- г) ревизия раны производится только при развитии осложнений
- д) ревизия раны производится только при хроническом воспалении

13. Третьи сутки послеродового периода. Температура тела – 38,2 С, роженица жалуется на боли в молочных железах. Пульс – 86 в минуту, молочные железы значительно и равномерно нагубели, чувствительны при надавливании. При надавливании из сосков выделяются капельки молока. Что делать?

- а) ограничить питье
- б) иммобилизовать грудь
- в) опорожнить грудь путем сцеживания или с помощью молокоотсоса
- г) назначить роженице слабительное
- д) компресс на молочные железы

14. Для послеродового мастита не характерно:

- а) повышение температуры тела с ознобом
- б) нагубание молочных желез
- в) болезненный ограниченный инфильтрат в молочной железе
- г) свободное отделение молока
- д) гиперемия молочной железы

15. В диагностике послеродового мастита имеет значение:

- а) характерные жалобы больной
- б) данные осмотра и пальпации больной
- в) наличие предрасполагающих факторов к его развитию
- г) все перечисленное
- д) ничто из перечисленного

16. Наиболее тяжелой формой лактационного мастита является:

- а) флегмонозный
- б) гангренозный
- в) абсцедирующий
- г) инфильтративно-гнойный

д) инфильтративный

17. Источником инфекции при послеродовом мастите является:

- а) микробная флора зева и носа новорожденного
- б) очаг инфекции в организме роженицы
- в) нарушение санэпид режима
- г) правильные ответы б) и в)
- д) все ответы правильные

18. Для поверхностных ожогов характерно:

- а) наличие струпов
- б) гиперемия и отечность кожи
- в) наличие напряженных пузырей с серозным содержимым
- г) наличие напряженных пузырей с геморрагическим содержимым
- д) сине-багровая увлажненная кожа

19. Объясните, почему внутримышечные инъекции лекарственных веществ производят в верхнелатеральном квадрате ягодичной области:

- а) для ускорения всасывания
- б) для наименьшей возможности повреждения позвоночника
- в) для наименьшей возможности повреждения бедренной артерии
- г) для наименьшей возможности повреждения содержимого отверстия supra- и infrapiriformis
- д) из-за наименьшей болезненности в этой области

20. У больной 22 лет на 24-й недели беременности появились тупые боли в правой поясничной области, одновременно был озноб, повысилась температура тела до 39 С, страдает хроническим тонзиллитом. При осмотре: правая поясничная область пальпаторно болезненная, перитонеальной симптоматики нет. Больная старается лежать на левой половине тела. В анализах мочи: лейкоциты до 2-4 в поле зрения.

- а) отслоение нормально расположенной плаценты
- б) острый холецистит
- в) острый панкреатит
- г) острый пиелонефрит беременных
- д) внематочная беременность

Эталонные ответы : 1 – а; 2 - д; 3 – в; 4 – в; 5 – а; 6 – д; 7 – д; 8 – б; 9 – а; 10 – а; 11. г; 12. б; 13. в; 14. г; 15. г; 16. а; 17. г; 18. б; 19. г; 20. г.;

### Рекомендуемая литература:

#### Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 1.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2008г.	3	+
2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

#### Дополнительная литература

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



1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-
13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

## Раздел 11. Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)

### Тема 11.4. Антибактериальная терапия в хирургии (семинар, практическое занятие)

**Цель:** Изучить классификацию, основные особенности механизма действия антибактериальной терапии. Изучить принципы рациональной антибактериальной терапии. Изучить причины развития

резистентности микробной флоры к антибактериальным препаратам и возможные способы ее снижения. Изучить основные осложнения антибактериальной терапии и вопросы лечения осложнений.

**Задачи:** изучение фармакологических свойств основных групп антибактериальных препаратов; освоение протоколов стартовой и этиотропной антибактериальной терапии при основных видах гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной и грудной полости, мягких тканей и костей; изучение критериев эффективности проводимой стартовой и этиотропной антибактериальной терапии и оснований для замены антибиотиков; формирование знаний и умений в области рационального назначения антибактериальных средств с профилактической целью в хирургии.

**Обучающийся должен знать:** основные группы антибактериальных средств, их фармакологические свойства, показания и противопоказания к назначению, побочные свойства и режимы дозирования. протоколы стартовой антибактериальной терапии при основных видах гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной и грудной полости, мягких тканей и костей; критерии эффективности и смены антибактериальной терапии; показания для профилактического назначения антибактериальной терапии

**Обучающийся должен уметь:** определить показания и противопоказания для назначения антибактериального препарата в конкретном клиническом случае с учетом пола и возраста пациента, наличия сопутствующей патологии; назначить стартовую антибактериальную терапию при основных видах гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной и грудной полости, мягких тканей и костей; оценить эффективность антибактериальной терапии и выбрать альтернативную схему при неэффективности первичной; назначить антибактериальную терапию с профилактической целью

**Обучающийся должен владеть:** навыками выбора из представленного арсенала антибактериальных средств препарата нужной фармакологической группы с учетом показаний и противопоказаний, его прогнозируемых побочных эффектов в каждой конкретной клинической ситуации с учетом пола и возраста пациента, наличия сопутствующей патологии; навыками назначения стартовой антибактериальной терапии с последующим переходом на этиотропную после получения результатов микробиологического исследования при гнойно-воспалительных заболеваниях органов брюшной и грудной полости, мягких тканей и костей; алгоритмами оценки эффективности проводимой антибактериальной терапии и выбора альтернативной схемы при неэффективности первоначально назначенной; алгоритмами проведения профилактической антибактериальной терапии.

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

#### **1. Вопросы для собеседования:**

Антибактериальная терапия, определение; антибиотики в хирургии; механизмы действия антибактериальных препаратов; классификация антибактериальных препаратов; эмпирическая и этиотропная антибактериальная терапия; принципы сочетанной антибактериальной терапии; понятие об антибиотикорезистентности микроорганизмов, MRSA и принципы его эрадикации; пути снижения резистентности микробной флоры; осложнения антибактериальной терапии; лечение осложнений антибактериальной терапии.

#### **2. Практическая работа на практическом занятии.**

Определение показаний к антибактериальному лечению, выбор из антибактериальных средств препарата нужной фармакологической группы с учетом показаний и противопоказаний, назначение стартовой антибактериальной терапии с последующим переходом на этиотропную после получения результатов микробиологического исследования при гнойно-воспалительных заболеваниях, выбора альтернативной схемы при неэффективности первоначально назначенной антибактериальной терапии, назначение профилактической антибактериальной терапии.

#### **2. Практическая работа на семинаре.**

##### **Тестирование по теме занятия**

##### **1. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АНТИБИОТИКОВ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРЫ**

- а) состояние функции печени и почек
- б) пол больного
- в) рост больного
- г) сократительная способность миокарда
- д) масса миокарда левого желудочка

правильный ответ: а

##### **2. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПЕНИЦИЛЛИНОВ**

- а) нарушение слуха
- б) аллергические реакции
- в) псевдомембранозный колит
- г) токсический гепатит
- д) нарушение толерантности к углеводам

правильный ответ: б

##### **3. ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ**

- а) резистентность возбудителя инфекции к антибиотикам

- б) одновременный прием витаминов
- в) печеночная недостаточность
- г) дисфункция кишечника
- д) печеночная недостаточность

правильный ответ: а

4. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

- а) цефазолин
- б) цефатоксим
- в) азитромицин
- г) бензилпенициллин
- д) ампициллин

правильный ответ: в

5. АНТИБИОТИКИ, РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ КОТОРЫХ КОРРИГИРУЕТСЯ ПРИ СНИЖЕНИИ КЛИРЕНСА КРЕАТИНИНА НИЖЕ 30 МЛ/МИН

- а) рифампицин
- б) бензилпенициллин
- в) эритромицин
- г) тетрациклин
- д) левомицетин

правильный ответ: б

6. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АМИНОГЛИКОЗИДНЫМИ АНТИБИОТИКАМИ

- а) у пациентов с почечной недостаточностью для сохранения терапевтического уровня концентрации в крови суточная доза должна быть увеличена
- б) у пациентов с почечной недостаточностью для сохранения терапевтического уровня концентрации в крови суточная доза должна быть уменьшена
- в) гентамицин никогда не должен использоваться в комбинации с бензилпенициллином
- г) нейротоксическое действие отсутствует
- д) аминогликозиды оказывают гепатотоксическое действие, вызывают повышение печеночных трансаминаз

правильный ответ: б

7. ПРОТИВОПОКАЗАН ДЕТЯМ ДО 7 ЛЕТ

- а) тетрациклин
- б) азитромицин
- в) эритромицин
- г) бензилпенициллин
- д) амоксициллин

правильный ответ: а

8. АНТИБИОТИК, НЕ РАЗРЕШЕННЫЙ К ПРИМЕНЕНИЮ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

- а) бензилпенициллин
- б) азитромицин
- в) меропенем
- г) ципрофлоксацин

правильный ответ: г

9. РЕСПИРАТОРНЫЕ ФТОРХИНОЛОНЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- а) очень широким спектром, в равной степени высокой активностью как против грам(+), так и против грам(-) флоры
- б) очень широким спектром, однако в большей степени активны в отношении грам(-) флоры
- в) очень широким спектром, однако в большей степени активны в отношении грам(+) флоры
- г) не применяются при урогенитальных инфекциях
- д) тем, что они являются препаратами первого выбора для лечения инфекционного эндокардита

правильный ответ: а

10. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ЦИПРОФЛОКСАЦИНА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) тонзиллит
- б) внебольничная пневмония
- в) инфекции мочевыводящих путей и половых органов
- г) острые респираторные заболевания
- д) инфекции уха, горла и носа

правильный ответ: в

11. БАКТЕРИЦИДНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ

- а) пенициллины
- б) линкомицин
- в) эритромицин
- г) тетрациклин
- д) хлорамфеникол

правильный ответ: а

## 12. НАРУШАЮТ СИНТЕЗ БАКТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ

- а) хлорамфеникол
- б) линкомицин
- в) цефалоспорины.
- г) эритромицин
- д) тетрациклины

правильный ответ: в

## 13. НИТРОФУРАНТОИН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ТОЛЬКО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОГО ТРАКТА, Т.К.

- а) он быстро выделяется
  - б) быстро метаболизируется в печени, в результате чего не достигается эффективная концентрация препарата в крови
  - в) его концентрация в почечной ткани выше, потому что он реабсорбируется в канальцах почки
  - г) действует преимущественно на грамм + бактерии
  - д) он быстро концентрируется в моче
- правильный ответ: б

### 3. Решить ситуационные задачи:

#### Задача №1

Больная 45 лет, повышенного питания, работает уборщицей, жалуется на боли в правой подмышечной области, на ограничение движений этой рукой, повышение температуры тела до 37,3 С. Заболела неделю назад, в правой подмышечной впадине появилось 3 болезненных ограниченных уплотнений шаровидной формы. Постепенно образования увеличивались в размерах, усилилась боль, появилось недомогание. Больная вынуждена была обратиться к хирургу поликлиники.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,2 С. В правой подмышечной впадине имеется уплотнение шаровидной формы, возвышающееся над кожей, которая синюшно – багрового цвета. В центре одной из припухлости имеется два узких отверстия, через которые выделяется гной. Пальпация данной области болезненна. Активные и пассивные движения правой руки из – за болезненности резко ограничены.

- Поставьте диагноз, выработайте план лечения.

Эталон ответа:

Диагноз: гидраденит правой подмышечной области. Лечение: выстричь волосы ножницами в области гнойников, под местной инфильтративной анестезией 0,5% раствором новокаина вскрыть гнойники, санация гнойной полости, турунда с мазью "Левомеколь", обработка кожи вокруг раны бриллиантовым зеленым. Иммобилизация конечности при помощи косынки. Перед ежедневной перевязкой физиотерапевтическое лечение.

Необходимо взять анализ крови на сахар, иммунограмму.

Больная нетрудоспособна; выдать больничный лист на 3 дня, закрытие его будет зависеть от течения раневого процесса.

#### Задача №2

Больная 68 лет по поводу двустороннего коксартроза получала инъекции диклофенака в левую ягодичную область. Инъекции делала дочь в домашних условиях.

Неделю назад в местах инъекций появилась боль, уплотнение тканей. Занималась самолечением. Вчера вечером был озноб, температура 38 С, больная вызвала хирурга на дом.

Объективно: состояние средней тяжести, не ходит, лежит в кровати, температура 38,2 С, пульс 102 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Левая ягодица несколько увеличена в размерах, кожа этой области не изменена. При пальпации определяется болезненный инфильтрат 10\*8 см, занимающий верхне – наружный квадрант левой ягодицы. Симптом флюктуации не определяется.

- Поставьте диагноз, выработайте план лечения.

Эталон ответа:

Диагноз: постинъекционный инфильтрат левой ягодичной области.

Лечение: больную госпитализировать в гнойное хирургическое отделение. Под внутривенным наркозом для уточнения диагноза толстой иглой длиной 6-8 см произвести пункцию инфильтрата. При получении гноя выполнить продольный разрез с ревизией пальцем полости гнойника, при необходимости – контрапертура, санация и дренирование полости, взять посев гноя для определения антибиотикограммы. Адекватная антибиотикотерапия, физиотерапевтическое лечение, постельный режим. Если при пункции гной не получен - консервативная терапия.

#### Задача №3

Одинокий мужчина, 65 лет, пенсионер, болеет сахарным диабетом, жалуется на общую слабость, повышение температуры тела, на сильную боль в области гнойной раны задней поверхности шеи. Болен более недели, за медицинской помощью не обращался.

Объективно: состояние больного относительно удовлетворительное, бледен, температура тела 37,8 С, пульс 102 в минуту. На задней поверхности шеи воспалительный инфильтрат 10\*6 см, кожа над ним багрово – красного цвета с синюшным оттенком, с множественными небольшими гнойными очагами. Вокруг инфильтрата значительный отек, пальпация инфильтрата болезненна.

- Поставьте диагноз, выработайте план лечения.

Эталон ответа:

Диагноз: карбункул шеи. Необходим дифференциальный диагноз с сибиреязвенным карбункулом. Для последнего характерно наличие черных твердых струпов. Вокруг струпа валик из мелких пузырьков с серозно – кровянистым содержимым, пальпация инфильтрата безболезненна.

Лечение: госпитализация в гнойное хирургическое отделение, консультация эндокринолога для коррекции углеводного обмена. Операция под общим внутривенным наркозом, крестовидное рассечение карбункула с тщательным иссечением некротических тканей, взять посев гноя для определения антибиотикограммы. Адекватное дренирование резиновыми полосками, марлевый тампон с гипертоническим раствором, можно использовать ферменты. Целенаправленная антибиотикотерапия, при необходимости дезинтоксикационная терапия, режим постельный.

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

#### 1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме:

Антибактериальная терапия, определение; антибиотики в хирургии; механизмы действия антибактериальных препаратов; классификация антибактериальных препаратов; эмпирическая и этиотропная антибактериальная терапия; принципы сочетанной антибактериальной терапии; понятие об антибиотикорезистентности микроорганизмов, MRSA и принципы его эрадикации; пути снижения резистентности микробной флоры; осложнения антибактериальной терапии; лечение осложнений антибактериальной терапии.

#### 2. Вопросы для самоконтроля:

Антибактериальная терапия, определение; антибиотики в хирургии; механизмы действия антибактериальных препаратов; классификация антибактериальных препаратов; эмпирическая и этиотропная антибактериальная терапия; принципы сочетанной антибактериальной терапии; понятие об антибиотикорезистентности микроорганизмов, MRSA и принципы его эрадикации; пути снижения резистентности микробной флоры; осложнения антибактериальной терапии; лечение осложнений антибактериальной терапии.

#### 3. Тестовый контроль:

##### 1. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АНТИБИОТИКОВ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРЫ

- а) состояние функции печени и почек
- б) пол больного
- в) рост больного
- г) сократительная способность миокарда
- д) масса миокарда левого желудочка

правильный ответ: а

##### 2. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПЕНИЦИЛЛИНОВ

- а) нарушение слуха
- б) аллергические реакции
- в) псевдомембранозный колит
- г) токсический гепатит
- д) нарушение толерантности к углеводам

правильный ответ: б

##### 3. ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ

- а) резистентность возбудителя инфекции к антибиотикам
- б) одновременный прием витаминов
- в) печеночная недостаточность
- г) дисфункция кишечника
- д) печеночная недостаточность

правильный ответ: а

##### 4. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

- а) цефазолин
- б) цефатоксим
- в) азитромицин
- г) бензилпенициллин
- д) ампициллин

правильный ответ: в

##### 5. АНТИБИОТИКИ, РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ КОТОРЫХ КОРРЕГИРУЕТСЯ ПРИ СНИЖЕНИИ КЛИРЕНСА КРЕАТИНИНА НИЖЕ 30 МЛ/МИН

- а) рифампицин
- б) бензилпенициллин
- в) эритромицин

г) тетрациклин

д) левомицетин

правильный ответ: б

#### 6. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АМИНОГЛИКОЗИДНЫМИ АНТИБИОТИКАМИ

а) у пациентов с почечной недостаточностью для сохранения терапевтического уровня концентрации в крови суточная доза должна быть увеличена

б) у пациентов с почечной недостаточностью для сохранения терапевтического уровня концентрации в крови суточная доза должна быть уменьшена

в) гентамицин никогда не должен использоваться в комбинации с бензилпенициллином

г) нейротоксическое действие отсутствует

д) аминогликозиды оказывают гепатотоксическое действие, вызывают повышение печеночных трансаминаз

правильный ответ: б

#### 7. ПРОТИВОПОКАЗАН ДЕТЯМ ДО 7 ЛЕТ

а) тетрациклин

б) азитромицин

в) эритромицин

г) бензилпенициллин

д) амоксициллин

правильный ответ: а

#### 8. АНТИБИОТИК, НЕ РАЗРЕШЕННЫЙ К ПРИМЕНЕНИЮ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

а) бензилпенициллин

б) азитромицин

в) меронем

г) ципрофлоксацин

правильный ответ: г

#### 9. РЕСПИРАТОРНЫЕ ФТОРХИНОЛОНЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

а) очень широким спектром, в равной степени высокой активностью как против грам(+), так и против грам(-) флоры

б) очень широким спектром, однако в большей степени активны в отношении грам(-) флоры

в) очень широким спектром, однако в большей степени активны в отношении грам(+) флоры

г) не применяются при урогенитальных инфекциях

д) тем, что они являются препаратами первого выбора для лечения инфекционного эндокардита

правильный ответ: а

#### 10. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ЦИПРОФЛОКСАЦИНА ЯВЛЯЕТСЯ:

а) тонзиллит

б) внебольничная пневмония

в) инфекции мочевыводящих путей и половых органов

г) острые респираторные заболевания

д) инфекции уха, горла и носа

правильный ответ: в

#### 11. БАКТЕРИЦИДНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ

а) пенициллины

б) линкомицин

в) эритромицин

г) тетрациклин

д) хлорамфеникол

правильный ответ: а

#### 12. НАРУШАЮТ СИНТЕЗ БАКТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ

а) хлорамфеникол

б) линкомицин

в) цефалоспорины.

г) эритромицин

д) тетрациклины

правильный ответ: в

#### 13. НИТРОФУРАНТОИН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ТОЛЬКО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОГО ТРАКТА, Т.К.

а) он быстро выделяется

б) быстро метаболизируется в печени, в результате чего не достигается эффективная концентрация препарата в крови

в) его концентрация в почечной ткани выше, потому что он реабсорбируется в канальцах почки

г) действует преимущественно на грамм + бактерии

д) он быстро концентрируется в моче

правильный ответ: б

14. ХЛОРАМФЕНИКОЛ – ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

- а) брюшного тифа
- б) инфекций, вызванных золотистым стафилококком
- в) тонзиллита
- г) газовой гангрены
- д) пневмококковой пневмонии

правильный ответ: а

15. СИНЕРГИЗМ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ ПЕНИЦИЛЛИНА СО СЛЕДУЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ

- а) макролиды
- б) невиграмон
- в) аминогликозиды
- г) сульфаниламиды
- д) цефалоспорины

правильный ответ: в

16. АНТИБИОТИК, ОБЛАДАЮЩИЙ НАИБОЛЕЕ ШИРОКИМ СПЕКТРОМ ДЕЙСТВИЯ

- а) цефтазидим
- б) оксациллин
- в) тиенам
- г) ванкомицин
- д) линкомицин

правильный ответ: в

17. ЭФФЕКТ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- а) 5-7 дней
- б) 48-72ч
- в) 12-24ч
- г) 4-5 дней

правильный ответ: б

18. ДЛЯ ЦЕФТАЗИДИМА ХАРАКТЕРНО

- а) эффективен против синегнойной инфекции
- б) не эффективен в отношении грам(+) флоры
- в) пенициллины активнее в отношении грам(+) флоры
- г) пенициллины активнее в отношении грам(-) флоры
- д) цiproфлоксацин является антагонистом

правильный ответ: а

19. АНТИБИОТИК, ДЕЙСТВУЮЩИЙ НА МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ

- а) амоксициллин.
- б) пиперациллин
- в) клоксациллин
- г) ванкомицин
- д) ампициллин

правильный ответ: г

20. АНТИМИКРОБНАЯ. ТЕРАПИЯ ДО ПОЛУЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

- а) патогенетическая
- б) этиотропная
- в) эмпирическая
- г) симптоматическая

правильный ответ: в

21. ДЛЯ РАСЧЕТА РЕЖИМА ДОЗИРОВАНИЯ АНТИБИОТИКОВ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ

- а) мочевины крови
- б) креатинина крови
- в) АлТ
- г) АсТ

правильный ответ: б

22. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК НА ВВЕДЕНИЕ ПЕНИЦИЛЛИНА В ВЕНУ РАЗВИВАЕТСЯ

- а) сразу после введения пенициллина
- б) между 6 и 12 часами после введения
- в) между 4 и 6 часами после введения
- г) через 12 часов после введения пенициллина
- д) спустя 12 часов после введения

правильный ответ: а

23. К ПЕНИЦИЛЛИНАМ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТ

- а) феноксиметилпенициллин
- б) бензатинпенициллин
- в) бензилпенициллин
- г) клоксациллин
- д) ампициллин

правильный ответ: б

24. ПРОТИВ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКИ ЭФФЕКТИВЕН

- а) цефазолин
- б) бензатинпенициллин
- в) амоксициллин
- г) ампициллин
- д) цефоперазон

правильный ответ: д

25. ДЛЯ ХЛОРАМФЕНИКОЛА ХАРАКТЕРНО

- а) выводится почками
- б) эффективен в отношении синегнойной инфекции
- в) вызывает поражение крови
- г) вводится только парентерально
- д) применяется для лечения туберкулеза

правильный ответ: в

26. ДЛЯ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ХАРАКТЕРНО

- а) не обладают нефротоксическим действием
- б) выводятся через ЖКТ
- в) хорошо всасываются при приеме внутрь
- г) ограничение применения в детской практике

правильный ответ: г

27. ДЛЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ ХАРАКТЕРНО

- а) более высокий уровень резистентности
- б) легкопрогнозировать вид возбудителя до получения результатов бакпосева
- в) флора чаще смешанная
- г) чувствительно к пенициллинам

правильный ответ: а

28. ДЛЯ ЭРИТРОМИЦИНА ХАРАКТЕРНО

- а) оказывает бактериостатический эффект в малых дозах и бактерицидный эффект при высокой концентрации
- б) оказывает бактериостатический и бактерицидный эффекты в малых дозах
- в) оказывает бактериостатический и бактерицидный эффекты только в больших дозах
- г) оказывает бактерицидный эффект в малых дозах и бактериостатический эффект при высокой концентрации

правильный ответ: а

29. ДЛЯ ПЕНИЦИЛЛИНА ХАРАКТЕРНО

- а) по строению сходен с макролидами
- б) бактерицидный эффект оказывает только в очень высоких дозах
- в) накапливается в крови при нарушении печеночной функции
- г) вводится только внутривенно
- д) является бактерицидным препаратом

правильный ответ: д

30. ВО ВРЕМЯ ЛАКТАЦИИ ВОЗМОЖЕН ПРИЕМ

- а) пенициллина
- б) тетрациклина
- в) ципрофлоксацина
- г) гентамицина

правильный ответ: а

31. МЕНЬШЕ ЗАВИСИТ ОТ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

- а) амикацин
- б) тетрациклин
- в) пенициллины
- г) цефалоспорины
- д) гентамицин

правильный ответ: б

32. СОЗДАЕТ ВЫСОКИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ В ЖЕЛЧИ

- а) левомецетин
- б) фуразолидон



в) гентамицин

г) невиграмон

д) тетрациклин

правильный ответ: б

33. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ЛЕГИНЕЛЕЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

а) пенициллин

б) хлорамфеникол

в) линкомицин

г) стрептомицин

д) цефазолин

правильный ответ: в

34. НАИМЕНЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА МИКРОФЛОРУ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ОКАЗЫВАЕТ

а) бензилпенициллин

б) левомецетин

в) ампициллин

г) гентамицин

д) фторхинолоны

правильный ответ: б

35. НАИБОЛЬШЕЙ СПОСОБНОСТЬЮ ПРОНИКАТЬ В КОСТНУЮ ТКАНЬ ОБЛАДАЕТ

а) линкомицин

б) полимиксин

в) фузидин натрия

г) пенициллин

д) гентамицин

правильный ответ: а

36. ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

а) гентамицину

б) амикацину

в) эритромицину

г) стрептомицину

д) фторхинолонам

правильный ответ: в

37. УРОАНТИСЕПТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) гентамицин

б) оксациллин

в) нитроксилин

г) азитромицин

д) цефотаксим

правильный ответ: в

38. АКТИВНОСТЬЮ ПРОТИВ АТИПИЧНОЙ ФЛОРЫ (МИКОПЛАЗМА, ХЛАМИДИИ, ЛЕГИОНЕЛЛА) ОБЛАДАЕТ

а) гентамицин

б) эритромицин

в) ампициллин

г) левомецетин

д) пенициллин

правильный ответ: б

39. ДЛЯ НИСТАТИНА ХАРАКТЕРНО

а) не действует на грибы рода *Candida*

б) хорошо всасывается при приеме внутрь

в) плохо всасывается при приеме внутрь

г) назначается только парентерально

д) верно 1,3

правильный ответ: в

40. ПРОТИВОГРИБКОВЫМ СРЕДСТВОМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) ампициллин

б) гентамицин

в) тетрациклин

г) флуконазол

д) амоксициллин

правильный ответ: г

41. НАИЛУЧШИМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОГО АСКАРИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

а) пиперазин в таблетках

б) пиперазин в сиропе

- в) нафтамон
- г) левамизол
- д) вермокс

правильный ответ: д

#### 42. ДЛЯ ФЛУКОНАЗОЛА ХАРАКТЕРНО

- а) не применяется у детей
- б) не применяется при кандидозе кожи
- в) применяется при генерализованном кандидозе
- г) не вызывает диспептических расстройств
- д) не вызывает извращение вкуса

правильный ответ: в

#### 43. ДЛЯ ИМИПЕНЕМА ХАРАКТЕРНО:

- а) относится к бета-лактамам
- б) фармакокинетика не зависит от функции почек
- в) не действует на анаэробную флору
- г) не используется в де-эскалационной терапии
- д) плохо проникает через ГЭБ

правильный ответ: а

#### 44. ДЛЯ ЛИНЕЗОЛИДА ХАРАКТЕРНО

- а) относится к бета-лактамам
- б) не всасывается при приеме внутрь
- в) хорошо всасывается при приеме внутрь (100%)
- г) не действует на анаэробные микроорганизмы
- д) не эффективен против энтерококков

правильный ответ: в

#### 45. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

- а) у всех пациентов
- б) только у пациентов с высоким риском инфекционного эндокардита
- в) только у пациентов с инфекционным эндокардитом в анамнезе
- г) только у пациентов с механическими протезами клапанов сердца
- д) только у больных старше 40 лет

правильный ответ: б

#### 46. АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКОЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НАЗЫВАЕТСЯ

- а) назначение антибиотика за сутки до операции
- б) назначение антибиотика за 10-12 часов до операции
- в) назначение антибиотика за 2 часа до операции
- г) назначение антибиотика за 30-60 мин до операции
- д) назначение антибиотика в послеоперационном периоде

правильный ответ: г

#### 47. ЦЕЛЬЮ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В ХИРУРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) создание эффективной концентрации антибиотика в ране от разреза до ушивания
- б) подавление микробной флоры до операции
- в) подавление микробной флоры в послеоперационном периоде
- г) лечение раны

правильный ответ: а

#### 48. ДЛЯ ЦИПРОФЛОКСАЦИНА ХАРАКТЕРНО

- а) нефро- и ототоксическое действие
- б) принадлежность к аминогликозидам
- в) принадлежность к фторхинолонам
- г) преимущественное влияние на грамположительную флору
- д) возможность применения у детей младшего возраста

правильный ответ: в

#### 49. АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- а) при любом оперативном вмешательстве
- б) при условно загрязненных операциях
- в) в виде только одной инъекции
- г) только энтерально
- д) не используется при гинекологических операциях

правильный ответ: б

#### 50. ДЛЯ ЛЕВОФЛОКСАЦИНА ХАРАКТЕРНО

- а) относится к респираторным фторхинолонам
- б) не используется при лечении пневмонии
- в) действует только на грамотрицательную флору

г) плохо всасывается при приеме внутрь

д) вводится только внутрь

Правильный ответ: а

51. ПРИМЕНЕНИЕ КЛАВУЛАНОВОЙ КИСЛОТЫ В СОЧЕТАНИИ С АМОКСИЦИЛЛИНОМ ПОЗВОЛЯЕТ

а) расширить спектр действия амоксициллина на штаммы бактерий, производящих бета-лактамазу

б) снизить токсичность амоксициллина

в) сократить частоту приема амоксициллина

г) увеличить проникновение амоксициллина в плаценту и костную ткань

д) уменьшить концентрацию амоксициллина в плазме

Правильный ответ: а

52. КОМБИНАЦИЯ ГЕНТАМИЦИНА И АМИКАЦИНА СЧИТАЕТСЯ

а) рациональной, вследствие повышения антибактериальной активности обоих препаратов

б) нерациональной из-за риска высокой гепатотоксичности

в) нерациональной из-за снижения антибактериальной активности

г) нерациональной из-за риска высокой нейро- и нефротоксичности

д) рациональной вследствие уменьшения токсичности препаратов

Правильный ответ: г

53. РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА И УРОВНЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ СЛУЖАТ ОСНОВОЙ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ:

а) эмпирической терапии

б) этиотропной терапии

в) смены курса антимикробной терапии при ее неэффективности

г) профилактического назначения антибиотиков

Правильный ответ: а

54. КАКОЕ ВРЕМЯ СЧИТАЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ОТ СБОРА МАТЕРИАЛА ДО ЕГО ПОСЕВА?

а) 2-3 часа

б) 1-2 часа

в) 6 часов

г) 12 часов

д) сутки

Правильный ответ: б

55. КАК ВЛИЯЮТ АНТИБИОТИКИ НА СИСТЕМУ ЦИТОХРОМА P450?

а) бета-лактамы антибиотики повышают активность системы цитохрома P450

б) фторхинолоны повышают

в) рифампицин уменьшает

г) макролиды снижают

Правильный ответ: г

56. ПРИ КАНДИДОЗНОМ МЕНИНГИТЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ CANDIDA ALBICANS, ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

а) нистатин

б) амфотерицин В

в) кетоконазол

г) флуконазол

д) итраконазол

Правильный ответ: г

57. ПРИ КАКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ ФТОРХИНОЛОНЫ?

а) брюшной тиф

б) гонорея

в) осложненный пиелонефрит

г) острое респираторное заболевание

д) обострение хронического бронхита

Правильный ответ: г

58. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ О ЦЕФАЛОСПОРИНАХ ЯВЛЯЕТСЯ НЕВЕРНЫМ?

а) цефалоспорины не проникают внутрь клеток макроорганизма

б) из цефалоспориновых антибиотиков только цефтриаксон и цефотаксим проникают через гемато-энцефалический барьер

в) листерии не чувствительны к цефалоспорином

г) биодоступность цефуроксима аксетила увеличивается при приеме после еды

Правильный ответ: б

59. КАКОЙ ИЗ ФТОРХИНОЛОНОВ ЯВЛЯЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ P AERUGINOSA:

- а) ципрофлоксацин
- б) пefлоксацин
- в) норфлоксацин
- г) офлоксацин

Правильный ответ: а

60. ЧЕРЕЗ ПЛАЦЕНТУ ХОРОШО ПРОНИКАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ АНТИБИОТИКИ, КРОМЕ:

- а) аминогликозидов
- б) нитрофуранов
- в) эритромицина
- г) бензилпенициллина

Правильный ответ: в

61. НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ПРИЕМЕ МАКРОЛИДОВ СВЯЗАНЫ С:

- а) нарушением баланса кишечной микрофлоры
- б) взаимодействием с системой цитохрома Р-450
- в) стимуляцией мотилиновых рецепторов
- г) центральным действием препаратов

Правильный ответ: в

62. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ В МЕНЬШЕЙ СТЕПЕНИ БУДЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ РАЗВИТИЮ ОТОТОКСИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ АМИНОГЛИКОЗИДОВ?

- а) нарушение функции почек
- б) пожилой возраст больного
- в) нарушение функции печени
- г) одновременный прием аминогликозидов и фуросемида

Правильный ответ: в

63. ОДНОВРЕМЕННЫЙ ПРИЕМ ВНУТРЬ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЯ И ТЕТРАЦИКЛИНА СПОСОБСТВУЕТ:

- а) повышению всасывания тетрациклина
- б) инактивации тетрациклина в ЖКТ
- в) снижению всасывания тетрациклина
- г) повышению гепатотоксичности тетрациклина

Правильный ответ: в

64. ПРИМЕНЕНИЕ КАКИХ ГРУПП АНТИБИОТИКОВ НАИБОЛЕЕ ОПАСНО ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ?

- а) аминогликозиды
- б) макролиды
- в) цефалоспорины
- г) пенициллины

Правильный ответ: а

65. УКАЖИТЕ АНТИБИОТИК, НЕ ОБЛАДАЮЩИЙ АНТИСИНЕГНОЙНОЙ АКТИВНОСТЬЮ:

- а) меропенем
- б) цефазолин
- в) тикарциллин (клавуланат)
- г) ципрофлоксацин
- д) цефтазидим

Правильный ответ: б

66. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНТИБИОТИКОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ МЕТИЦИЛЛИНЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ СТАФИЛОКОККОМ?

- а) бензилпенициллин
- б) ампициллин
- в) оксациллин
- г) амоксициллин

Правильный ответ: в

67. ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫМ СТАФИЛОКОККОМ:

- а) клиндамицин
- б) метронидазол
- в) ванкомицин
- г) ампициллин (сульбактам)
- д) имипенем (циластатин)

Правильный ответ: в

68. УКАЖИТЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ АНТИАНАЭРОБНОЙ АКТИВНОСТЬЮ:

- а) гентамицин
- б) хлорамфеникол
- в) бензилпенициллин
- г) метронидазол
- д) цефотаксим

Правильный ответ: г

69. АКТИВНЫ ПРОТИВ АТИПИЧНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ (МИКОПЛАЗМА, ХЛАМИДИИ, ЛЕГИОНЕЛЛА):

- а) макролиды
- б) пенициллины
- в) аминогликозиды
- г) метронидазол

Правильный ответ: а

70. КАКОЙ АНТИБИОТИК ПРОТИВОПОКАЗАН БОЛЬНЫМ, ПОЛУЧАЮЩИМ МИОРЕЛАКСАНТЫ ИЛИ ПРИ МИАСТЕНИИ?

- а) ампициллин
- б) гентамицин
- в) эритромицин
- г) линкомицин
- д) ципрофлоксацин

Правильный ответ: б

71. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ 3 ПОКОЛЕНИЯ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЕЕ ДЛИТЕЛЬНЫМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ?

- а) цефотаксим (клафоран)
- б) цефтриаксон (роцефин)
- в) цефтазидим (фортум)
- г) цефтизоксим (эпоциллин)
- д) цефоперазон (цефобид)

Правильный ответ: б

72. УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ, ДОЗЫ КОТОРЫХ МОЖНО НЕ КОРРИГИРОВАТЬ ПРИ ХПН:

- а) гентамицин
- б) цефоперазон
- в) доксициклин
- г) цефазолин
- д) ванкомицин

Правильный ответ: б

73. К БАКТЕРИЦИДНЫМ АНТИБИОТИКАМ ОТНОСЯТСЯ:

- а) цефотаксим
- б) доксициклин
- в) эритромицин
- г) линкомицин
- д) азитромицин

Правильный ответ: а

74. НЕФРОТОКСИЧНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ:

- а) гентамицин
- б) амикацин
- в) эритромицин
- г) ванкомицин

Правильный ответ: в

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

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

2	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2009г.	3	+
3	Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 3.	Савельев В.С. Кириенко А.И	ГЭОТАР Медиа.- 2011г.		+
4	Клиническая хирургия: нац. руководство В 3-х т.	Савельев В.С. Кириенко А.И	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 1008 с. + эл. опт. диск (CD-ROM)	3	+

#### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургия печени : рук. для врачей	Б. И. Альперович.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 352 с	2	+
2	Анестезиология: национальное рук. с компакт-диском	А. А. Бунятян, В. М. Мизиков.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1104 с.+ эл. опт. диск (CD-ROM)	2	+
3	Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция	И. И. Дементьева, М. А. Чарная, Ю. А. Морозов.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 432 с	2	+
4	Желудочно-кишечные кровотечения	ред. А. Ю. Котаев	Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 254 с. :	10	-
5	Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром	Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Е. В. Серова	Красноярск, 2010. - 234 с	1	-
6	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; пер. с англ. ред. А. В. Покровский.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 296 с.	3	-
7	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер (ст.); пер. с англ. под ред. Кубышкин В. А.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 480 с.	4	-
8	Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности	Г. К. Золоев- 2-е изд., перераб. и доп	М.: "ГЭОТАР-Медиа" ; М. : Литтера, 2015. - 480 с	2	+
9	Колоректальная хирургия	ред. Р. К. С. Филлипс; пер. с англ. ред. Г. И. Воробьев	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 352 с	3	-
10	Острый холецистит	М. В. Кукош, А. П. Власов	М.: Наука, 2009. - 308 с	1	-
11	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 560 с.	2	-
12	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии	Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман	ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 744 с. :	3	-

13	Острая абдоминальная патология	ред.: Д. М. Клайн, Л. Г. Смед ; пер. с англ. А. Е. Любова ;	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. - 293 с	2	-
14	Практикум по неотложной абдоминальной хирургии	Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков	СПб.: ЭЛБИ СПб, 2011. - 288 с	1	-
15	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон ; пер. с англ., ред. М. И. Перельман.	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 304 с.	3	-
16	Руководство по амбулаторной хирургии	Под ред. П.Н. Олейникова	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 416 с		+

Кафедра Госпитальной хирургии

Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)

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

«Хирургия»

Специальность 31.08.67 Хирургия  
(очная форма обучения)

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

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения			Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
		<i>Знать</i>	<i>Уметь</i>	<i>Владеть</i>		
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	методы осуществления мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, методы оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека с более глубоким пониманием понятий изучаемых явлений и взаимосвязей; причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления; основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс; возможные типы их нарушений и принципы лечения в	давать оценки причин и условий возникновения и развития хирургических заболеваний у человека; для оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека; проводить санитарно-просветительную работу по гигиеническим вопросам, осуществлять поиск решений различных задач в нестандартных ситуациях, проводить санитарно-просветительную работу с населением и больными;	методами оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека; основами профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний; принципами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам, что может использоваться для самостоятельной разработки программ и проектов	1. Организация хирургической помощи 2. Клиническая и топографическая анатомия и оперативная хирургия 3. Методы исследования в хирургии 4. Обезболивание и интенсивная терапия в хирургии 5. Торакальная хирургия 6. Хирургия органов брюшной полости 7. Основы колопроктологии и 8. Хирургия эндокринной системы 9. Заболевания и повреждения сосудов 10. Неотложная хирургическая помощь у детей 11. Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)	1-4 семестры



		детском возрасте и у взрослых; патофизиологию травмы и кровопотери, профилактику и терапию шока и кровопотери, патофизиологию раневого процесса; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рационального питания, принципы диетотерапии у хирургических больных при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; принципы организации и проведения диспансеризации населения; формы и методы санитарно-просветительной работы; правила санитарно-эпидемиологического режима				
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их	Этиологию, эпидемиологию, патогенез наиболее часто встречающихся инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний; причины и условия возникновения и распространения неинфекционных заболеваний у населения; профилактические и противоэпидемические мероприятия	Осуществлять комплекс необходимых первичных противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных болезней; использовать инструктивно-методические документы, регламентирующие профилактическую и противоэпидемическую работу; осуществлять комплекс первичных профилактических мероприятий неинфекционных заболеваний	Приемами эпидемиологической диагностики приоритетных нозологических форм; правилами проведения противоэпидемических мероприятий в очаге; методами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам; методами профилактики антропонозных и зоонозных инфекций с различными путями передачи; навыками популяционной диагностики; теоретическими и методическими основами профилактики наиболее распространенных	1. Организация хирургической помощи 2. Клиническая и топографическая анатомия и оперативная хирургия 3. Методы исследования в хирургии 4. Обезболивание и интенсивная терапия в хирургии 5. Торакальная хирургия 6. Хирургия органов брюшной полости 7. Основы колопроктологии и 8. Хирургия эндокринной системы 9. Заболевания и повреждения сосудов 10. Неотложная хирургическая	1-4 семестры

	возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания			х неинфекционных заболеваний.	помощь у детей 11. Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)	
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, методы реабилитации; вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы в хирургии;	выявить факторы риска развития того или иного хирургического заболевания, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные; решить вопрос о трудоспособности и больного; вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическими учреждениями; проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность	методами обследования позволяющими установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: варикозная болезнь, облитерирующие заболевания сосудов; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; неосложненные грыжи живота; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит; холедохолитиаз и холангит	1. Организация хирургической помощи 2. Клиническая и топографическая анатомия и оперативная хирургия 3. Методы исследования в хирургии 4. Обезболивание и интенсивная терапия в хирургии 5. Торакальная хирургия 6. Хирургия органов брюшной полости 7. Основы колопроктологии и 8. Хирургия эндокринной системы 9. Заболевания и повреждения сосудов 10. Неотложная хирургическая помощь у детей 11. Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)	1-4 семестры
ПК-5	готовность к	классификацию заболеваний	установить приоритеты для	Методами общеклинического	1. Организация хирургической	1-4 семестры

	определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, пересмотра. Клиническую карту, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; Критерии диагноза различных заболеваний; Клиническую картину (симптомы и синдромы), осложнения, критерии диагноза инфекционных заболеваний	внутренних органов в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X	решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, болевое состояние с синдромом, хроническим заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевнобольных пациентов; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата; подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация; сформулировать клинический диагноз; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.	о обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза; алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту.	помощи 2.Клиническая и топографическая анатомия и оперативная хирургия 3.Методы исследования в хирургии 4.Обезболивание и интенсивная терапия в хирургии 5.Торакальная хирургия 6.Хирургия органов брюшной полости 7.Основы колопроктологии и 8.Хирургия эндокринной системы 9.Заболевания и повреждения сосудов 10.Неотложная хирургическая помощь у детей 11.Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)	
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	принципы профилактики и терапии шока и кровопотери; принципы диагностики, хирургической коррекции и медикаментозного лечения синдрома	применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть	сформированным и владениями, позволяющими установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: острый аппендицит;	1.Организация хирургической помощи 2.Клиническая и топографическая анатомия и оперативная хирургия 3.Методы исследования в хирургии	1-4 семестры

		<p>системного воспалительного ответа; закономерности течения раневого процесса и принципы его лечения; важнейшие разновидности предраковых состояний и заболеваний, их клиническая симптоматика и способы диагностики; общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии</p>	<p>состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования; оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции</p>	<p>язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, язвенные гастродуоденальные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; не осложненные и ущемленные грыжи живота, кишечная непроходимость различной этиологии; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит холедохолитиаз и холангит; механическая желтуха; острый и хронический панкреатит; желудочные, кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи; открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей; варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбофлебит и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена;</p>	<p>4.Обезболивание и интенсивная терапия в хирургии 5.Торакальная хирургия 6.Хирургия органов брюшной полости 7.Основы колопроктологии и 8.Хирургия эндокринной системы 9.Заболевания и повреждения сосудов 10.Неотложная хирургическая помощь у детей 11.Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)</p>	
--	--	---	--	--	--	--

				хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия		
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции. Основы физиотерапии и лечебной физкультуры. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению	Определять показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур, а также санаторно-курортного лечения.	Способностью организации медицинской реабилитации пациентов, с различными заболеваниями на стационарном, амбулаторном и санаторно-курортном этапах реабилитации.	1. Организация хирургической помощи 2. Клиническая и топографическая анатомия и оперативная хирургия 3. Методы исследования в хирургии 4. Обезболивание и интенсивная терапия в хирургии 5. Торакальная хирургия 6. Хирургия органов брюшной полости 7. Основы колопроктологии 8. Хирургия эндокринной системы 9. Заболевания и повреждения сосудов 10. Неотложная хирургическая помощь у детей 11. Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)	1-4 семестры
ПК-9	Готовность к формированию у населения и членов их семей мотивации, направленной	Формы и методы гигиенического образования и воспитания населения. Основные факторы риска, оказывающие влияние на	Организовать работу у населения и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и	Основными методами формирования у населения мотивации на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья	1. Организация хирургической помощи 2. Клиническая и топографическая анатомия и оперативная хирургия 3. Методы	1-4 семестры

	ой на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	состояние здоровья. Хронические не инфекционные заболевания, вносящие наибольший вклад в структуру смертности. Главные составляющие здорового образа жизни.	здоровья окружающих. Анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека и населения страны, города, села, объяснить влияние различных факторов на здоровье человека. Устанавливать взаимосвязь между индивидуальным здоровьем человека и здоровьем города, страны. Понимать значение образа жизни для сохранения здоровья человека и планировать свою жизнедеятельность на основе знаний о здоровом образе жизни человека.	окружающих.	исследования в хирургии 4.Обезболивание и интенсивная терапия в хирургии 5.Торакальная хирургия 6.Хирургия органов брюшной полости 7.Основы колопроктологии и 8.Хирургия эндокринной системы 9.Заболевания и повреждения сосудов 10.Неотложная хирургическая помощь у детей 11.Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)	
--	---	---	--	-------------	---	--

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

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Неудовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	Для текущего контроля	Для промежуточной аттестации
<b>УК-1</b>						
Знать	Не знает методы осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья методы оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека с более глубоким пониманием сущности изучаемых явлений	Не в полном объеме знает методы осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья методы оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека с более глубоким пониманием	Знает основные методы осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья методы оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека с более глубоким пониманием сущности	Знает методы осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья методы оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека с более глубоким пониманием сущности изучаемых явлений	Устный опрос; тестовый контроль ; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,

	и взаимосвязей; причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления; основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс; возможные типы их нарушений и принципы лечения в детском возрасте и у взрослых; патофизиологию травмы и кровопотери, профилактику и терапию шока и кровопотери, патофизиологию раневого процесса; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рационального питания, принципы диетотерапии у хирургических больных при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; принципы организации и проведения диспансеризации населения; формы и методы санитарно-просветительной работы; правила санитарно-эпидемиологического режима	сущности изучаемых явлений и взаимосвязей; причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления; основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс; возможные типы их нарушений и принципы лечения в детском возрасте и у взрослых; патофизиологию травмы и кровопотери, профилактику и терапию шока и кровопотери, патофизиологию раневого процесса; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рационального питания, принципы диетотерапии у хирургических больных при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; принципы организации и проведения диспансеризации населения; формы и методы санитарно-просветительной работы; правила санитарно-эпидемиологического режима, допускает существенные ошибки	изучаемых явлений и взаимосвязей; причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления; основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс; возможные типы их нарушений и принципы лечения в детском возрасте и у взрослых; патофизиологию травмы и кровопотери, профилактику и терапию шока и кровопотери, патофизиологию раневого процесса; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рационального питания, принципы диетотерапии у хирургических больных при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; принципы организации и проведения диспансеризации населения; формы и методы санитарно-просветительной работы; правила санитарно-эпидемиологического режима, допускает ошибки	и взаимосвязей; причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления; основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс; возможные типы их нарушений и принципы лечения в детском возрасте и у взрослых; патофизиологию травмы и кровопотери, профилактику и терапию шока и кровопотери, патофизиологию раневого процесса; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рационального питания, принципы диетотерапии у хирургических больных при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; принципы организации и проведения диспансеризации населения; формы и методы санитарно-просветительной работы; правила санитарно-эпидемиологического режима		
Уметь	Не умеет давать оценки причин и условий возникновения и развития хирургических заболеваний у человека; для оценки природных и социальных факторов среды в	Частично освоено умение давать оценки причин и условий возникновения и развития хирургических заболеваний у человека; для оценки природных и социальных	Правильно использует давать оценки причин и условий возникновения и развития хирургических заболеваний у человека; для оценки природных и социальных	Самостоятельно использует давать оценки причин и условий возникновения и развития хирургических заболеваний у человека; для оценки природных и социальных	Устный опрос; тестовый контроль ; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,

	развитии болезней у человека; проводить санитарно-просветительную работу по гигиеническим вопросам, осуществлять поиск решений различных задач в нестандартных ситуациях, проводить санитарно-просветительную работу с населением и больными	факторов среды в развитии болезней у человека; проводить санитарно-просветительную работу по гигиеническим вопросам, осуществлять поиск решений различных задач в нестандартных ситуациях, проводить санитарно-просветительную работу с населением и больными	факторов среды в развитии болезней у человека; проводить санитарно-просветительную работу по гигиеническим вопросам, осуществлять поиск решений различных задач в нестандартных ситуациях, проводить санитарно-просветительную работу с населением и больными, допускает ошибки	факторов среды в развитии болезней у человека; проводить санитарно-просветительную работу по гигиеническим вопросам, осуществлять поиск решений различных задач в нестандартных ситуациях, проводить санитарно-просветительную работу с населением и больными		
Владеет	Не владеет методами оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека; основами профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний; принципами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам, что может использоваться для самостоятельной разработки программ и проектов	Не полностью владеет методами оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека; основами профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний; принципами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам, что может использоваться для самостоятельной разработки программ и проектов	Способен использовать методы оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека; основы профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний; принципы санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам, что может использоваться для самостоятельной разработки программ и проектов	Владеет методами оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека; основами профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний; принципами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам, что может использоваться для самостоятельной разработки программ и проектов	Устный опрос; тестовый контроль ; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,
<b>ПК-1</b>						
Знать	Фрагментарные знания этиологии, эпидемиологии, патогенеза наиболее часто встречающихся инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний; причин и условий возникновения и распространения неинфекционных заболеваний у населения; профилактические и противоэпидемические мероприятия	Общие, но не структурированные знания этиологии, эпидемиологии, патогенеза наиболее часто встречающихся инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний; причин и условий возникновения и распространения неинфекционных заболеваний у населения; профилактические и противоэпидемические	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии, эпидемиологии, патогенеза наиболее часто встречающихся инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний; причин и условий возникновения и распространения неинфекционных заболеваний у населения; профилактические и противоэпидемические	Сформированные систематические знания этиологии, эпидемиологии, патогенеза наиболее часто встречающихся инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний; причин и условий возникновения и распространения неинфекционных заболеваний у населения; профилактические и противоэпидемические мероприятия	Устный опрос; тестовый контроль ; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,



Уметь	Частично освоенное умение осуществлять комплекс необходимых первичных противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных болезней; использовать инструктивно-методические документы, регламентирующие профилактическую и противоэпидемическую работу; осуществлять комплекс первичных профилактических мероприятий неинфекционных заболеваний	ские мероприятия В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение осуществлять комплекс необходимых первичных противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных болезней; использовать инструктивно-методические документы, регламентирующие профилактическую и противоэпидемическую работу; осуществлять комплекс первичных профилактических мероприятий неинфекционных заболеваний	ские мероприятия В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение осуществлять комплекс необходимых первичных противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных болезней; использовать инструктивно-методические документы, регламентирующие профилактическую и противоэпидемическую работу; осуществлять комплекс первичных профилактических мероприятий неинфекционных заболеваний	Сформированное умение осуществлять комплекс необходимых первичных противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных болезней; использовать инструктивно-методические документы, регламентирующие профилактическую и противоэпидемическую работу; осуществлять комплекс первичных профилактических мероприятий неинфекционных заболеваний	Устный опрос; тестовый контроль ; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,
Владеть	Фрагментарное владение приемами эпидемиологической диагностики приоритетных нозологических форм; правилами проведения противоэпидемических мероприятий в очаге; методами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам; методами профилактики антропонозных и зоонозных инфекций с различными путями передачи; навыками популяционной диагностики; теоретическими и методическими основами профилактики наиболее распространенных неинфекционных заболеваний.	В целом успешное, но не систематическое владение приемами эпидемиологической диагностики приоритетных нозологических форм; правилами проведения противоэпидемических мероприятий в очаге; методами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам; методами профилактики антропонозных и зоонозных инфекций с различными путями передачи; навыками популяционной диагностики; теоретическими и методическими основами профилактики наиболее распространенных неинфекционных заболеваний.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение приемами эпидемиологической диагностики приоритетных нозологических форм; правилами проведения противоэпидемических мероприятий в очаге; методами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам; методами профилактики антропонозных и зоонозных инфекций с различными путями передачи; навыками популяционной диагностики; теоретическими и методическими основами профилактики наиболее распространенных неинфекционных заболеваний.	Успешное и систематическое владение приемами эпидемиологической диагностики приоритетных нозологических форм; правилами проведения противоэпидемических мероприятий в очаге; методами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам; методами профилактики антропонозных и зоонозных инфекций с различными путями передачи; навыками популяционной диагностики; теоретическими и методическими основами профилактики наиболее распространенных неинфекционных заболеваний.	Устный опрос; тестовый контроль ; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,

ПК-2

Знать	Фрагментарные знания общих и специальных методов исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, методы реабилитации; вопросов временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы в хирургии;	Общие, но не структурированные знания общих и специальных методов исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, методы реабилитации; вопросов временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы в хирургии	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания общих и специальных методов исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, методы реабилитации; вопросов временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы в хирургии	Сформированные систематические знания общих и специальных методов исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, методы реабилитации; вопросов временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы в хирургии	Устный опрос; тестовый контроль ; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,
Уметь	Частично освоенное умение выявить факторы риска развития того или иного хирургического заболевания, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение выявить факторы риска развития того или иного хирургического заболевания, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических,	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение выявить факторы риска развития того или иного хирургического заболевания, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических,	Сформированное умение выявить факторы риска развития того или иного хирургического заболевания, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные	Устный опрос; тестовый контроль ; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,

	данные; решить вопрос о трудоспособности больного; вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическим и учреждениями; проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность	функциональных), интерпретировать полученные данные; решить вопрос о трудоспособности больного; вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическим и учреждениями; проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность	интерпретировать полученные данные; решить вопрос о трудоспособности больного; вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическим и учреждениями; проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность	данные; решить вопрос о трудоспособности больного; вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическим и учреждениями; проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность		
Владеет	Фрагментарное применение методов обследования позволяющих установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: варикозная болезнь, облитерирующие заболеваний сосудов; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; неосложненные грыжи живота; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит; холедохолитиаз и холангит	В целом успешное, но не систематическое применение методов обследования позволяющих установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: варикозная болезнь, облитерирующие заболеваний сосудов; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; неосложненные грыжи живота; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит; холедохолитиаз и холангит	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение методов обследования позволяющих установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: варикозная болезнь, облитерирующие заболеваний сосудов; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; неосложненные грыжи живота; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит; холедохолитиаз и холангит	Успешное и систематическое применение методов обследования позволяющих установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: варикозная болезнь, облитерирующие заболеваний сосудов; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; неосложненные грыжи живота; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит; холедохолитиаз и холангит	Устный опрос; тестовый контроль ; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,
<b>ПК-5</b>						
Знать	Фрагментарные знания классификации заболеваний внутренних органов в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. Клинической картины, особенности	Общие, но не структурированные знания классификации заболеваний внутренних органов в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. Клинической картины,	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания классификации заболеваний внутренних органов в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. Клинической	Сформированные систематические знания классификации заболеваний внутренних органов в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. Клинической	Устный опрос; тестовый контроль ; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,

	течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; Критериев диагноза различных заболеваний; Клинической картины (симптомы и синдромы), осложнений, критериев диагноза инфекционных заболеваний	особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; Критериев диагноза различных заболеваний; Клинической картины (симптомы и синдромы), осложнений, критериев диагноза инфекционных заболеваний	картины, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; Критериев диагноза различных заболеваний; Клинической картины (симптомы и синдромы), осложнений, критериев диагноза инфекционных заболеваний	особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; Критериев диагноза различных заболеваний; Клинической картины (симптомы и синдромы), осложнений, критериев диагноза инфекционных заболеваний		
Уметь	Частично освоенное умение установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевнобольных пациентов; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата; подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь,	В целом успешное, но не систематически осуществляемое установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевнобольных пациентов; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата; подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в ситуации:	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение владениями, позволяющими установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевнобольных пациентов; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата; подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в	Сформированное умение владениями, позволяющими установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевнобольных пациентов; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата; подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,

	госпитализация; сформулировать клинический диагноз; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.	первичная помощь, скорая помощь, сформулировать клинический диагноз; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.	соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация; сформулировать клинический диагноз; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.	первичная помощь, скорая помощь, госпитализация; сформулировать клинический диагноз; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.		
Владеет	Фрагментарное применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза; алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза; алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза; алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту.	Успешное и систематическое применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза; алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту.		
<b>ПК-6</b>						
Знать	Фрагментарные знания принципов профилактики и терапии шока и кровопотери; принципы диагностики, хирургической коррекции и медикаментозного лечения синдрома системного воспалительного ответа; закономерности течения раневого процесса и принципы его лечения; важнейшие	Общие, но не структурированные знания принципов профилактики и терапии шока и кровопотери; принципы диагностики, хирургической коррекции и медикаментозного лечения синдрома системного воспалительного ответа; закономерности течения раневого процесса и принципы его	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания принципов профилактики и терапии шока и кровопотери; принципы диагностики, хирургической коррекции и медикаментозного лечения синдрома системного воспалительного ответа; закономерности течения раневого процесса и принципы его	Сформированные систематические знания принципов профилактики и терапии шока и кровопотери; принципы диагностики, хирургической коррекции и медикаментозного лечения синдрома системного воспалительного ответа; закономерности течения раневого процесса и принципы его	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,

	разновидности предраковых состояний и заболеваний, их клиническая симптоматика и способы диагностики; общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии	лечения; важнейшие разновидности предраковых состояний и заболеваний, их клиническая симптоматика и способы диагностики; общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии	лечения; важнейшие разновидности предраковых состояний и заболеваний, их клиническая симптоматика и способы диагностики; общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии	важнейшие разновидности предраковых состояний и заболеваний, их клиническая симптоматика и способы диагностики; общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии.		
Уметь	Частично освоенное умение применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования; оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования; оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования; оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции,	Сформированное умение применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования; оказать срочную помощь при неотложных состояниях; определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения	Устный опрос; тестовый контроль ; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,

	нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции	операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции	определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции	гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции		
Владеет	Фрагментарное применение навыков и владений, позволяющих установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: острый аппендицит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, язвенные гастродуоденальные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; не осложненные и ущемленные грыжи живота, кишечная непроходимость различной этиологии; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит холедохолитиаз и холангит; механическая желтуха; острый и хронический панкреатит; желудочные, кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи; открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей;	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владений, позволяющих установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: острый аппендицит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, язвенные гастродуоденальные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; не осложненные и ущемленные грыжи живота, кишечная непроходимость различной этиологии; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит холедохолитиаз и холангит; механическая желтуха; острый и хронический панкреатит; желудочные, кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи; открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владений, позволяющих установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: острый аппендицит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, язвенные гастродуоденальные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; не осложненные и ущемленные грыжи живота, кишечная непроходимость различной этиологии; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит холедохолитиаз и холангит; механическая желтуха; острый и хронический панкреатит; желудочные, кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи; открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной	Успешное и систематическое применение навыков владений, позволяющих установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: острый аппендицит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, язвенные гастродуоденальные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; не осложненные и ущемленные грыжи живота, кишечная непроходимость различной этиологии; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит холедохолитиаз и холангит; механическая желтуха; острый и хронический панкреатит; желудочные, кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи; открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей;	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,

	варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбофлебит и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия	полостей; варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбофлебит и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия	полостей; варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбофлебит и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия	варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбофлебит и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия		
--	--	--	--	--	--	--

**ПК-8**

Знать	Фрагментарные знания взаимосвязи функциональных систем организма и уровни их регуляции. Основ физиотерапии и лечебной физкультуры. Показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению	Общие, но не структурированные знания взаимосвязи функциональных систем организма и уровни их регуляции. Основ физиотерапии и лечебной физкультуры. Показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания взаимосвязи функциональных систем организма и уровни их регуляции. Основ физиотерапии и лечебной физкультуры. Показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению	Сформированные систематические знания взаимосвязи функциональных систем организма и уровни их регуляции. Основ физиотерапии и лечебной физкультуры. Показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,
Уметь	Частично освоенное умение определять показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур, а также санаторно-курортного	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение определять показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур, а	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение определять показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур, а также санаторно-	Сформированное умение определять показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур, а также санаторно-курортного лечения.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,



	лечения.	также санаторно-курортного лечения.	курортного лечения.			
Владеет	Фрагментарное применение навыка определять показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур, а также санаторно-курортного лечения.	В целом успешное, но не систематическое применение навыка определять показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур, а также санаторно-курортного лечения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыка определять показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур, а также санаторно-курортного лечения	Успешное и систематическое применение навыка определять показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур, а также санаторно-курортного лечения	Устный опрос; тестовый контроль ; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,
<b>ПК-9</b>						
Знать	Фрагментарные знания форм и методов гигиенического образования и воспитания населения. Основные факторы риска, оказывающие влияние на состояние здоровья. Хронические неинфекционные заболевания, вносящие наибольший вклад в структуру смертности. Главные составляющие здорового образа жизни.	Общие, но не структурированные знания форм и методов гигиенического образования и воспитания населения. Основные факторы риска, оказывающие влияние на состояние здоровья. Хронические неинфекционные заболевания, вносящие наибольший вклад в структуру смертности. Главные составляющие здорового образа жизни.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания форм и методов гигиенического образования и воспитания населения. Основные факторы риска, оказывающие влияние на состояние здоровья. Хронические неинфекционные заболевания, вносящие наибольший вклад в структуру смертности. Главные составляющие здорового образа жизни.	Сформированные систематические знания форм и методов гигиенического образования и воспитания населения. Основные факторы риска, оказывающие влияние на состояние здоровья. Хронические неинфекционные заболевания, вносящие наибольший вклад в структуру смертности. Главные составляющие здорового образа жизни.	Устный опрос; тестовый контроль ; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,
Уметь	Частично освоенное умение организовать работу у населения и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих. Анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека и населения страны, города, села, объяснять влияние различных	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение организовать работу у населения и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих. Анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека и населения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение организовать работу у населения и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих. Анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека и населения страны, города,	Сформированное умение организовать работу у населения и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих. Анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека и населения страны, города, села, объяснять влияние различных	Устный опрос; тестовый контроль ; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,

	факторов на здоровье человека. Устанавливать взаимосвязь между индивидуальным здоровьем человека и здоровьем города, страны. Понимать значение образа жизни для сохранения здоровья человека и планировать свою жизнедеятельность на основе знаний о здоровом образе жизни человека.	страны, города, села, объяснять влияние различных факторов на здоровье человека. Устанавливать взаимосвязь между индивидуальным здоровьем человека и здоровьем города, страны. Понимать значение образа жизни для сохранения здоровья человека и планировать свою жизнедеятельность на основе знаний о здоровом образе жизни человека.	села, объяснять влияние различных факторов на здоровье человека. Устанавливать взаимосвязь между индивидуальным здоровьем человека и здоровьем города, страны. Понимать значение образа жизни для сохранения здоровья человека и планировать свою жизнедеятельность на основе знаний о здоровом образе жизни человека.	факторов на здоровье человека. Устанавливать взаимосвязь между индивидуальным здоровьем человека и здоровьем города, страны. Понимать значение образа жизни для сохранения здоровья человека и планировать свою жизнедеятельность на основе знаний о здоровом образе жизни человека.		
Владеет	Фрагментарное владение основными методами формирования у населения мотивации на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.	В целом успешное, но не систематическое владение основными методами формирования у населения мотивации на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение основными методами формирования у населения мотивации на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.	Успешное и систематическое владение основными методами формирования у населения мотивации на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.	Устный опрос; тестовый контроль; решение ситуационных задач;	Тест, собеседование, практические навыки,

### 3. Типовые контрольные задания и иные материалы

#### 3.1. Примерные вопросы экзамену и устному опросу по текущему контролю, критерии оценки (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

1. Грыжи. Этиология и патогенез. Классификация. Паховые грыжи. Классификация, этиология, патогенез, диагностика лечение
2. Ущемлённые грыжи. Механизм ущемления, виды ущемлений, клиника. Тактика врача при самопроизвольном вправлении. Осложнения при самопроизвольном вправлении и насильственном вправлении.
3. Дифференциальный диагноз острого аппендицита. Особенности течения и диагностики острого аппендицита в зависимости от расположения червеобразного отростка.
4. Классификации осложнений острого аппендицита. Перпендикулярный абсцесс и абсцессы другой локализации. Диагностика и лечение. Аппендикулярный инфильтрат Клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение.
5. Острый холецистит: этиопатогенез, классификация, клиника. Клиническая картина различных форм острого холецистита. Лечение острого холецистита: показания к оперативному и консервативному методам лечения. Способы дренирования желчных путей.
6. Клиника острого панкреатита. Показания к оперативному лечению острого панкреатита в различных стадиях заболевания. Объем оперативного вмешательства и ведение послеоперационного периода. Осложнения.
7. Виды механической кишечной непроходимости и низкая кишечная непроходимость. Клиника, диагностика лечение. Острая кишечная непроходимость: заворот, узлообразование. Клиника, диагностика, лечение.
8. Пептическая язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика, методы лечения.
9. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Клиника, диагностика, лечение.
10. Парапроктиты: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение. Выпадение прямой кишки: этиология, классификация, клиника лечение.
11. Перитониты: классификация, этиология, патогенез, клиническая картина при различных перитонитах.

12. Лечение перитонитов: предоперационная подготовка, хирургическое лечение (этапы хирургических манипуляций).
13. Лечение больших перитонитом в послеоперационном периоде.
14. Ахалазия кардии (кардиоспазм): классификация, клиника, диагностика, лечение.
15. Рубцово-язвенные стенозы желудка и 12-перстной кишки. Клиника, диагностика, патогенез обменных нарушений, их коррекция. Лечение.
16. Химические ожоги пищевода. Первая помощь и лечение. Ранние и поздние осложнения. Консервативное и хирургическое лечение рубцовых стриктур пищевода.
17. Этиология и патогенез посттромбофлебического синдрома нижних конечностей. Диагностика и методы лечения. Диф. диагноз заболеваний, приводящих к хронической венозной недостаточности нижних конечностей.
18. Острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз. Клиника, диагностика, лечение. Антикоагуляция и фибринолитическая терапия острых венозных тромбозов.
19. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей. Клиническая картина, степени хронической артериальной непроходимости. Лечение. Степени ХАН.
20. Острая артериальная непроходимость. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Стадии острой непроходимости кровообращения. Хирургическая тактика в зависимости от стадии.
21. Классификация желтух. Клиника. Лабораторная и инструментальная диагностика. Причины механической желтухи. Клиника, диагностика, лечение.
22. Абсцессы лёгкого. Классификация. Клиника острого абсцесса, диагностика и лечение. Гангрена лёгкого. Определение понятия. Патогенез, клиника, диагностика и методы лечения.
23. Травматический гемоторакс. Классификация, клиника, лечение.
24. Травма живота. Клиника брюшной полости при повреждении паренхиматозных органов. Клиника травм брюшной полости при повреждении полых органов. Диагностика, лечение.
25. Острый мастит. Классификация, клиника, диагностика.
26. Сердечно-лёгочная и мозговая реанимации.
27. Утопление, повешение, общее охлаждение, тепловой удар, поражение электрическим током.
28. Язвенная болезнь желудка: классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

#### Критерии оценки:

*Оценки «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.*

*Оценки «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.*

*Оценки «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.*

*Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организации высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.*

### **3.2. Примерные тестовые задания, критерии оценки**

#### *1 уровень:*

Среди осложнений, связанных с производством плевральной пункции, сопровождающейся введением антибиотиков, к моментальному летальному исходу могут привести (ПК-5, ПК-6, ПК-8)

6. Внутривенное кровоизлияние
7. Воздушная эмболия головного мозга
8. Анафилактический шок
9. Плевро-пульмональный шок
10. Геморрагический шок

2. При пневмонии основным фактором возникновения гипоксемии является (УК-1, ПК-1, ПК-2)
  1. Сокращение кровотока через невентилируемые участки легких
  2. Поверхностное дыхание, гиповентиляция
  3. Повышение метаболизма
  4. Повышение внутрилегочного давления
  5. Противовоспалительные дозы рентгенотерапии
  
3. При лечении абсцедирующей пневмонией используются (УК-1, ПК-1, ПК-2):
  1. Санационные бронхоскопии
  2. Ингаляции
  3. Отхаркивающие средства
  4. Интрабронхиальное введение протеолитических ферментов
  5. Противовоспалительные дозы рентгенотерапии
  
4. Активный дренаж плевральной полости показан (ПК-8, ПК-9):
  6. При торакотомии
  7. При гемотораксе вследствие перелома ребер
  8. При рецидивирующем гемотораксе
  9. При эмпиеме плевры
  10. При нижнедолевой пневмонии
  
5. Осложнением острого абсцесса легкого может быть (ПК-5, ПК-8, ПК-9):
  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 (ПК-5, ПК-6, ПК-9):
  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 (УК-1, ПК-1, ПК-2):
  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 (ПК-6, ПК-8, ПК-9):
  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 (ПК-6, ПК-8, ПК-9):
  1. пневмоторакс
  2. легочное кровотечение
  3. нагноение кисты
  4. Гидроторакс
  
10. Для острого пневмоторакса характерно (УК-1, ПК-1, ПК-2):
  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-рентгенологически установлен диагноз острой эмпиемы плевры, гнойно-резорбтивная лихорадка. Какие из перечисленных методов лечения следует применять? (ПК-6, ПК-8, ПК-9)

4. курс санационной бронхоскопии
  5. плевральные пункции с промыванием полости плевры и введением антибиотиков
  6. дренирование плевральной полости с активной аспирацией содержимого
  7. дезинтоксикационную и антибиотикотерапию
12. Какие методы применяются при исследовании аспирированной из плевры геморрагической жидкости у больного с заболеванием легких? **(ПК-6, ПК-8, ПК-9)**
6. определение форменных элементов крови
  7. цитологическое исследование
  8. определение белка в жидкости
  9. определение гемоглобина
  10. посев на чувствительность к антибиотикам
13. Укажите три наиболее частых осложнения острого абсцесса легкого **(ПК-6, ПК-8, ПК-9)**
1. эмпиема плевры
  2. пиопневмоторакс
  3. флегмона грудной клетки
  4. амилоидоз
  5. абсцесс головного мозга
  6. легочное кровотечение
14. Бронхоэктазы развиваются вследствие **(ПК-6, ПК-8, ПК-9)**:
1. врожденных причин
  2. хронической пневмонии
  3. туберкулеза легких
  4. нарушения проходимости бронхиального дерева
  5. курения
15. Перечислите показания к хирургическому лечению абсцесса легких **(ПК-1, ПК-2, 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? **(ПК-1, ПК-2)**:
1. развитие пиопневмоторакса
  2. обнаружение пневмоперикардита
  3. эрозивное кровотечение из полости абсцесса
  4. повторное кровохарканье
  5. сепсис
17. Абсолютным показанием для реторакотомии не является **(ПК-6, ПК-8, ПК-9)**:
1. Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
  2. Первичная несостоятельность культи бронха
  3. Внутриплевральное кровотечение
  4. Ателектаз легкого
  5. Напряженный пневмоторакс
18. При спонтанном пневмотораксе с полным коллапсом легкого дренирование плевральной полости не целесообразно **(ПК-5, ПК-6, ПК-9)**:
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 **(ПК-5, ПК-6, ПК-9)**:
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



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

5. Определите последовательность мероприятий при остром холецистите (**ПК-6, ПК-8, ПК-9**)

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. (**ПК-6, ПК-8, ПК-9**)

1. Ваш предварительный диагноз?

- ушиб грудной клетки
- закрытая травма груди с повреждением костного каркаса
- сочетанная травма груди и живота
- паневмоторакс
- 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 боковом снимке определяется ателектаз III сегмента. При бронхографии было выявлено значительное сужение верхнедолевого бронха и изъеденность его контуров, отсутствие бронха переднего сегмента. (ПК-6, ПК-8, ПК-9)

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:

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.

Общ. анализ 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. (ПК-6, ПК-8, ПК-9)

1. Предварительный диагноз.

- Альвеококкоз
- Эхинококкоз
- Описторхоз
- Холангиокарцинома



гепатоцеллюлярный рак

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Допплерография печеночных сосудов

МСКТ

Целиакографию

Аортографию

Каваграфию

ФГДС

Пункционную биопсию

3. Кем является человек в цепочке развития данного паразитоза

Окончательным хозяином

Промежуточным хозяином

Не участвует в развитии паразита

4. Как лечить больного.

Хирургическое лечение - одномоментная резекция печени

Этапное хирургическое лечение

Только противопаразитарная химиотерапия

Этапное хирургическое лечение в сочетании с противопаразитарной терапией

*Критерии оценки :*

- «зачтено» - не менее 71% правильных ответов;

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

### 3.3 Примерные ситуационные задачи, критерии оценки

#### Задача № 1 (ПК-6, ПК-8, ПК-9)

Больной 36 лет поступил в клинику с жалобами на боли в правой подвздошной области, с иррадиацией в поясничную область. Была тошнота, однократная рвота слизью, не приносящая облегчения. Отмечал учащение мочеиспускания. Возникновение болей ни с чем не связывает. Боли отмечает в течение 10 часов. После приема но-шпы эффекта не было. Обратился к участковому терапевту, был направлен в экстренное хирургическое отделение. Подобные явления впервые.

В анамнезе хронический гастрит, в детстве был аскаридоз.

Состояние больного удовлетворительное. Пульс 80 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Язык покрыт белым налетом. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации умеренно напряжён и болезненный в правой половине. Перистальтика умеренная, равномерная. Симптомы Бартомье- Михельсона, Образцова, Коупа I - положительные. Симптомы Ровзинга, Раздольского, Щеткина-Блюмберга - отрицательные. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого справа сомнительный.

Ректальное исследование без особенностей.

Лейкоцитов в крови  $-13,0 \times 10^9/\text{л}$ . Анализ мочи без патологии.

Задание:

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями в первую очередь следует дифференцировать?
3. Какие дополнительные методики исследования могут верифицировать диагноз?
4. Причины развития данной патологии.
5. Лечебная тактика.
6. Экспертиза временной нетрудоспособности и прогноз.

#### Задача № 2 (ПК-6, ПК-8, ПК-9)

Больная, 36 лет, поступила в клинику с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе, многократную рвоту слизью с примесью желчи, вздутие живота, задержку стула.

Боли появились 10 часов назад после приема грубой растительной пищи. Затем присоединилась рвота, перестали отходить газы. После приема спазмолитиков эффекта не отмечала. Подобные явления отмечает впервые. В анамнезе аппендэктомия.

Состояние средней тяжести. Пульс 88 уд. в мин. АД-130/80 мм рт. ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот асимметричный за счет выбухания правых отделов кишечника. При пальпации вздут, болезненный больше в правой половине живота. Перкуторно определяется высокий тимпанит. Перистальтика неравномерная, справа резонирующая. Определяется «шум плеска». Симптом Щеткина-

Блюмберга отрицательный.

Ректально: в ампуле прямой кишки кал обычной консистенции.

В крови лейкоцитов  $8,0 \times 10^9/\text{л}$ , анализ мочи без патологии.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости: раздутые петли тонкого кишечника, «чаши Клойбера»

Задание:

1. Ваш диагноз?
2. Причины заболевания.
3. Патолофизиологические изменения в организме.
4. Какие исследования еще необходимы?
5. Дифференциальная диагностика.
6. Лечебная тактика.

### Задача № 3 (ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

Больной 68 лет, поступил в клинику через 16 часов с момента заболевания с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, тошноту, неоднократную рвоту сначала съеденной пищей, затем желчью, наличие резко болезненного невравного выпячивания в области послеоперационного рубца после нижнесрединной лапаротомии.

Четыре года назад оперирован по поводу деструктивного аппендицита с разлитым перитонитом. Страдает ИБС, гипертонической болезнью.

Состояние тяжелое, стонет от болей. Кожные покровы чистые, с серым оттенком. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Пульс 104 уд. в мин., аритмичный. АД 160/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в нижних отделах, где в зоне послеоперационного рубца определяется напряженное, резко болезненное выпячивание размерами 12x10x6 см, в брюшную полость не вправляется, перкуторно над ним притупление. Перистальтика неравномерная. Перитонеальные симптомы отрицательные. Мочеиспускание не нарушено. Стул был сутки назад.

После 1,5 часовой подготовки взят на операцию. При вскрытии грыжевого мешка выделилось до 200 мл мутного выпота с каловым запахом, ущемленными органами являются сальник и сигмовидная кишка с признаками нежизнеспособности.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Хирургическая тактика.
5. Перечислите принципы предоперационной подготовки.
6. Перечислите признаки нежизнеспособности кишки.

### Задача № 4 (УК-1, ПК-1, ПК-9)

Больной 32 лет, поступил с жалобами на интенсивные боли в эпигастриальной области, опоясывающего характера, вздутие живота, тошноту, общую слабость.

Боли появились 3 дня назад после употребления жирной пищи и алкоголя. Дважды была рвота пищей, не приносящая облегчения. После приема баралгина эффекта не отмечал. Интенсивность болей нарастала. Обратился к участковому терапевту, было назначено обследование желудка. На 3 день от начала заболевания была вызвана «Скорая помощь». Больной доставлен в экстренную хирургию. Подобные явления отмечает впервые. В анамнезе хронический гастрит.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс 92 уд. в мин. Язык покрыт белым налетом. Живот симметричный. При пальпации в эпигастрии и левом подреберье определяется болезненность и ригидность. При перкуссии в верхних отделах живота повышенный тимпанит. Перистальтика кишечника неравномерная, в верхних отделах резонирующая. Пульсация брыжеечной аорты не определяется. Симптом Мейо-Робсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные.

Амилаза мочи 512 ед., билирубин 22 мкмоль/л, за счет непрямого.

В течение 20 часов консервативная терапия эффекта не дала: боли сохраняются, появился положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Выполнена диагностическая лапароскопия, обнаружены очаги стеатонекрозов, геморрагический выпот по левому флангу.

Задание:

1. Ваш диагноз?
2. Причины заболевания?
3. Дополнительные методы обследования
4. Дифференциальная диагностика.
5. Принципы консервативной терапии, проводимой больному.

## 6. Дальнейшая тактика.

### Задача № 5 (ПК-2, ПК-6, ПК-9)

Больная, 52 лет, поступила в клинику с жалобами на боли по всему животу, постоянные, без иррадиации, многократную рвоту слизью, не приносящую облегчения, общую слабость, сердцебиение.

3 дня назад боли появились в эпигастральной области, затем сместились в правую подвздошную область. Возникновение болей ни с чем не связывает. Была однократная рвота пищей. Бригадой «Скорой помощи» доставлена в экстренное хирургическое отделение. Подобные явления отмечает впервые. В анамнезе хронический гастрит, гипертоническая болезнь.

Состояние тяжелое. Температура тела 37,2°C. Пульс 128 уд. в мин. АД- 95/60 мм рт. ст. ЧДД 24 в минуту. В легких ослабленное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, при пальпации напряжен во всех отделах и болезненный, больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный во всех отделах. Перистальтика вялая. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются. Стула не было. Мочеиспускание безболезненное.

Лейкоцитов в крови  $18 \times 10^9/\text{л}$ .

Задание:

1. Ваш диагноз?
2. Причина данного заболевания?
3. Тактика?
4. Дополнительные методы обследования.
5. Какие лечебные мероприятия должны предшествовать операции?
6. Задачи оперативного вмешательства.

### Задача № 6 (ПК-6, ПК-8, ПК-9)

Больной 72 лет, пришел на прием к хирургу поликлиники с жалобами на опухолевидные образования в обеих паховых областях.

Год назад начал отмечать при физической нагрузке, натуживании, кашле появление в обеих паховых областях выпячиваний, самостоятельно исчезающих в горизонтальном положении.

В течение 3-х последних лет испытывает значительные затруднения при мочеиспускании, Моча выделяется тонкой вялой струей. Мочеиспускания частые, малыми порциями. 6 месяцев назад доставлялся бригадой «Скорой помощи» с острой задержкой мочи в урологическое отделение. После консервативного лечения выписан домой. Страдает хроническим бронхитом, запорами.

Состояние удовлетворительное, питание повышенное. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. Пульс 88 ударов в минуту, АД 160/90 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Перистальтика обычная. Симптомов раздражения брюшины нет. В положении стоя в паховых областях имеются округлой формы образования размерами 5х5 см, при пальпации эластической консистенции, легко вправляются. Семенные канатики расположены кнаружи от выпячиваний. Наружные отверстия паховых каналов округлой формы, диаметром 1,5 см. Кашлевой толчок - против вводимого в них пальца.

При ректальном исследовании определено увеличение предстательной железы III степени.

Задание:

1. Ваш диагноз?
2. Какие причины данного заболевания Вы знаете?
3. Дополнительные методы исследования.
4. Какой должна быть хирургическая тактика?
5. Какой способ хирургического лечения наиболее рационален в данном случае?
6. Факторы риска заболевания. Прогноз.

### Критерии оценки.

- **«отлично»** - обучающийся активно, без наводящих вопросов отвечает правильно и в полном объеме на поставленные вопросы; при решении ситуационной задачи ответ содержит полную информацию о симптомах, имеющихся у пациента, с объяснением их патогенеза; о синдромах и нозологической принадлежности заболевания; обоснованно назначает дополнительное обследование и интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; обучающийся может провести дифференциальный диагноз в рамках патологии, в полном объеме назначает и обосновывает необходимое лечение, знает фармакологические группы препаратов, механизм действия препаратов, главные противопоказания и побочные эффекты.

- **«хорошо»** - обучающийся отвечает правильно и в полном объеме, но в процессе собеседования ставились наводящие вопросы.

- **«удовлетворительно»** - обучающийся правильно выявляет симптомы и синдромы и объясняет их

патогенез, определяет нозологическую принадлежность болезни. Допускается неполное выделение симптомов при условии, что это не помешало правильно выявить синдромы; неполное выделение или неполное объяснение синдромов при условии, что диагностическая принадлежность заболевания была определена правильно; неполная интерпретация результатов дополнительного обследования; не полностью сформулированы основные направления лечения; ответы на вопросы даются в достаточном объеме после наводящих вопросов, обучающийся показал понимание патогенетической сути симптомов и синдромов, принадлежность синдромов к нозологической форме.

- **«неудовлетворительно»** - у обучающегося отсутствует понимание сущности и механизма отдельных симптомов и синдромов, в том числе ведущего; обучающийся не умеет оценить результаты дополнительных исследований; не понимает сущности механизма лабораторных синдромов; не умеет оценить ЭКГ и ФВД; не понимает принципов лечения; не может исправить пробелы в ответе даже при наводящих и дополнительных вопросах.

#### **3.4. Примерный перечень практических навыков, критерии оценки (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)**

1. Первичная хирургическая обработка ран.
2. Наложение сосудистого шва.
3. Экстренная торакотомия и лапаротомия; ушивание открытого пневмоторакса.
4. Ушивание ран легкого и сердца.
5. Декомпрессивная трепанация черепа.
6. Ушивание ран и резекция кишки при повреждениях кишечника и брыжейки.
7. Ушивание ран печени, спленэктомия.
8. Дренирование плевральной, брюшной полостей и средостения.
9. Аппендэктомия при остром и хроническом аппендиците.
10. Грыжесечение при плановой и ущемленной паховой, бедренной или пупочной грыже.
11. Холецистэктомия и холецистостомия при остром холецистите.
12. Ушивание перфоративной язвы желудка и 12-перстной кишки.
13. Наложение гастростомы и колостомы.
14. Удаление геморроидальных узлов.
15. Трахеостомия и трахеотомия.
16. Удаление инородных тел из мягких тканей.
17. Вскрытие гнойников: абсцесса, флегмоны, парапроктита, панариция и др..
18. Обработка термических ожогов всех степеней.
19. Остановка кровотечения при повреждениях магистральных сосудов.
20. Временное шунтирование артерий.
21. Операция при нарушенной внематочной беременности.
22. Удаление поверхностно расположенных доброкачественных опухолей мягких тканей.
23. Пункция плевральной полости, перикарда, брюшной полости и крупных суставов.
24. Репозиция переломов, транспортная иммобилизация при повреждениях конечностей и позвоночника.
25. Вправление вывихов костей.
26. Паранервная, вагосимпатическая и регионарная блокада.
27. Катетеризация и надлобковая пункция мочевого пузыря.
28. Эпицистостомия.
29. Наложение гипсовых повязок при различной локализации переломов и других повреждениях.

#### **Критерии оценки:**

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

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

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

##### **4.1. Методика проведения тестирования**

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

**Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

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

**Субъекты, на которых направлена процедура:**

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

**Период проведения процедуры:**

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

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

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

**Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

**Требования к банку оценочных средств:**

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

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

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

**Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы**

	Вид промежуточной аттестации
	экзамен
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	30
Кол-во баллов за правильный ответ	1
Всего баллов	<b>30</b>
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	15
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	<b>30</b>
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	5
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	<b>40</b>
Всего тестовых заданий	<b>50</b>
Итого баллов	<b>100</b>
Мин. количество баллов для аттестации	70

**Описание проведения процедуры:**

Тестирование является обязательным этапом 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 50 тестовых заданий разного уровня сложности на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов на экзамене.

**Тестирование на компьютерах:**

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет 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» или «неудовлетворительно».

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

### **Методика проведения приема практических навыков**

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

#### **Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

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

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

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не 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 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 этот больной находится, лист-микроурации (схема обследования больного):

Ф.И.О. больного

Возраст

Профессия

Жалобы при поступлении, связанные с основным заболеванием

Жалобы, связанные с сопутствующими заболеваниями

Развитие заболевания (время появления начальных признаков, их динамика, лечение до поступления в клинику)

Особенности анамнеза жизни (перенесенные заболевания, наследственность, гинекологический анамнез)

Общие объективные данные

Дыхательная система

Система кровообращения

Пищеварительная система

Локальный статус

Предварительный диагноз

Какие дополнительные методы исследования необходимы Вам для уточнения диагноза?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

План лечения.

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

этап – собеседование и демонстрация манипуляций по вопросам примерный перечень которых указан в пункте 2.4. (см. пример)

### **1. Освоить практические навыки на примере «Техники наложения трахеостомии»**

#### **Техника выполнения трахеостомии:**

##### **1. Состоявшаяся или угрожающая непроходимость верхних дыхательных путей**

**Острейшая (молниеносная).** Развивается за секунды. Как правило, это — обтурация инородными телами

**Острая.** Развивается за минуты. Инородные тела, истинный круп при дифтерии (обтурация пленками), отёки Квинке, реже — подвязочный ларингит

**Подострая.** Развивается за десятки минут, часы. Ложный круп, гортанная ангина, отёк при химических ожогах пищевода и пр.

**Хроническая.** Развивается за сутки, месяцы, годы. Перихондрит, рубцовые сужения трахеи, рак гортани

Наиболее часто к непроходимости верхних дыхательных путей приводят следующие состояния:

Инородные тела дыхательных путей (при невозможности удалить их при прямой ларингоскопии и трахеобронхоскопии);

Нарушение проходимости дыхательных путей при ранениях и закрытых травмах гортани и трахеи;

Острые стенозы гортани при инфекционных заболеваниях (дифтерия, грипп, коклюш, корь, сыпной или возвратный тиф, рожа);

Стенозы гортани при специфических инфекционных гранулемах (туберкулез, сифилис, склерома и др.);

Острый стеноз гортани при неспецифических воспалительных заболеваниях (абсцедирующий ларингит, гортанная ангина, ложный круп);

Стенозы гортани, вызванные злокачественными и доброкачественными опухолями (редко);

Сдавление колец трахеи извне струмой, аневризмой, воспалительными инфильтратами шеи;

Стенозы после химических ожогов слизистой оболочки трахеи укусовой эссенцией, каустической содой, парами серной или азотной кислоты и т. д.;

Аллергический стеноз (острый аллергический отёк);

**2. Необходимость респираторной поддержки у больных, находящихся на длительной искусственной вентиляции лёгких**

Необходима при тяжелой черепно-мозговой травме, при отравлении барбитуратами, при ожоговой болезни, БАС (боковой амиотрофический склероз) и др.

### **Классификация**

По уровню рассечения трахеи относительно перешейка щитовидной железы различают верхнюю, среднюю и нижнюю трахеостомию.

По направлению разреза трахеи — продольную, поперечную, П-образную (по Бьерку) трахеостомию.

Взрослым производят верхнюю трахеостомию, детям нижнюю, так как у них щитовидная железа расположена выше. Среднюю трахеостомию производят крайне редко, если невозможно произвести верхнюю или нижнюю, например, при особом анатомическом варианте расположения щитовидной железы или при опухоли щитовидной железы.

### **Инструментарий для трахеостомии**



Трахеостомическая трубка с манжетой

Набор общехирургических инструментов: цапки, пинцеты анатомические, пинцеты хирургические, кровоостанавливающие зажимы Бильрота и Кохера, скальпель, прямые и куперовские ножницы, острые крючки, тупые крючки, зонд желобоватый, катетер эластичный для отсасывания крови, шприц, подходящий к катетеру, или хирургический электроаспиратор, подушка с кислородом, иглодержатели, 10—15 игл различных номеров.

Специальные инструменты для трахеостомии:

Трахеостомические канюли. Наибольшее распространение получила канюля Люэра, которая состоит из двух трубок — наружной и внутренней. Современная конструкция состоит из металлических колец и устроена по типу гофрированной трубки;

Острый однозубый трахеостомический крючок Шассиньяка, предназначенный для фиксации трахеи;

Тупой крючок для отодвигания перешейка щитовидной железы;

Трахеорасширитель для раздвигания краев разреза трахеи перед введением в её просвет канюли. Наибольшее распространение получили трахеорасширители Труссо (1830) и С. И. Вульфсона (1964).

### **Техника выполнения**

Больной лежит на спине, под плечи подкладывается валик, голова запрокинута назад. Такое положение больного позволяет максимально приблизить гортань и трахею к передней поверхности шеи. Операцию производят как под эндотрахеальным наркозом, так и под местной анестезией. У детей, как

правило, используется эндотрахеальный наркоз. Местную инфильтрационную анестезию выполняют 0,5—1% раствором новокаина или 0,5% раствором тримекаина. В экстремальных условиях оперируют без анестезии.

#### **Техника верхней трахеостомии.**

Проводят послойный разрез кожи, подкожной клетчатки, поверхностной фасции и белой линии шеи длиной 4-6 см от щитовидного хряща вниз, после чего обнажают грудино-щитовидную мышцу (*m.sternothyroideus*) правой и левой половин шеи. Раздвинув мышцы, находят перстневидный хрящ и лежащий под ним перешеек щитовидной железы. Рассекают листок внутришейной фасции (*f.endocervicalis*) в поперечном направлении, после чего отделяют перешеек от трахеи и отодвигают его тупым путём книзу, обнажив таким образом верхние хрящи трахеи. После этого фиксируют гортань однозубым остроконечным крючком, чтобы прекратить судорожные движения. Взяв в руку остроконечный скальпель лезвием кверху, оперирующий кладет указательный палец сбоку лезвия и, не доходя до кончика 1 см (чтобы не повредить заднюю стенку трахеи, вскрывает третий, а иногда и четвёртый хрящи трахеи, направляя скальпель от перешейка к гортани (вверх). После поступления воздуха в трахею дыхание на некоторое время прекращается, наступает апноэ с последующим переходом в резкий кашель. Только после этого в трахеотомическую рану вставляют трахеорасширитель. Раздвигая его, берут трахеотомическую канюлю и, поставив её поперек трахеи так, чтобы щиток был в сагиттальной плоскости, проводят в просвет трахеи. Расширитель извлекают, канюлю поворачивают так, чтобы щиток располагался во фронтальной плоскости с последующим продвижением канюли вниз и фиксации её вокруг шеи. Кожную рану ушивают до трахеотомической трубки.

#### **Техника нижней трахеостомии.**

Разрез проводят от перстневидного хряща до вырезки грудины. Рассекают поверхностный листок собственной фасции шеи и проникают в надгрудное межпоясничное пространство (*spatium interaponeuroticum suprasternale*). Тупым способом разъединяют клетчатку и, отодвинув книзу венозную яремную дугу, рассекают глубокий листок собственной фасции шеи (лопаточно-ключичную фасцию) и обнажают мышцы (грудино-подъязычную и грудино-щитовидную) правой и левой половин шеи. Раздвинув мышцы в стороны, рассекают пристеночную пластинку внутришейной фасции (*f. endocervicalis*) и проникают в предтрахеальное пространство. В клетчатке этого пространства обнаруживают венозное сплетение и иногда низшую щитовидную артерию (*a. thyroidea ima*). Сосуды перевязывают и пересекают, а перешеек щитовидной железы оттягивают кверху. Трахею освобождают от покрывающего её висцерального листка внутришейной фасции и рассекают четвёртый и пятый хрящи трахеи. Скальпель необходимо держать, как указано выше, и направлять его от грудины к перешейку, чтобы не повредить плечеголовной ствол. Дальнейшие приёмы ничем не отличаются от указанных для верхней трахеостомии.

#### **Техника крикоконикотомии.**

Одномоментным вертикальным разрезом по срединной линии шеи ниже щитовидного хряща рассекаем кожу, дугу перстневидного хряща и щитоперстневидную связку;

В разрез вводим зажим и раздвигаем бранши, что обеспечивает поступление воздуха в дыхательные пути;

После исчезновения асфиксии крикоконикотомию заменяем трахеостомией

#### **Ошибки и осложнения**

Как любая серьёзная операция, трахеостомия имеет свои осложнения. Их тяжесть варьируется от косметических дефектов до летального исхода. Причём, чем больше времени прошло после операции, тем меньше вероятность возникновения и тяжёлых осложнений.

Осложнения, возникновение которых возможно в процессе выполнения операции:

Разрез, проведенный не по срединной линии шеи, может привести к повреждению шейных вен, а иногда и сонной артерии (не следует забывать о возможности возникновения воздушной эмболии при повреждении шейных вен).

Недостаточный гемостаз перед вскрытием трахеи может повлечь за собой затекание крови в бронхи и развитие асфиксии.

Длина разреза трахеи должна по возможности соответствовать диаметру канюли.

Ранение задней стенки пищевода.

Перед введением канюли следует убедиться, что слизистая оболочка трахеи рассечена, а просвет её открыт, иначе можно ввести канюлю в подслизистый слой, что приведёт к выпячиванию слизистой оболочки в просвет трахеи и усилению асфиксии.

Осложнения, возникновение которых возможно сразу после выполнения операции: существует угроза гипоксии, перфорации задней стенки трахеи, перелома кольца трахеи, ранения пищевода, подкожной эмфиземы, пневмоторакса.

В более позднем послеоперационном периоде может возникать гнойный трахеобронхит, стеноз трахеи, трахеальная фистула, изменение голоса, а из косметических осложнений — грубые шрамы на коже в области трахеостомы.

Большое число осложнений после трахеостомии возникает в результате закупорки трубки, несоответствия её размеров и трахеи, неправильного положения трубки в трахее, её смещения и выпадения.

#### **Результаты процедуры:**

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических



умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено» или «неудовлетворительно».

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

#### **Методика проведения устного собеседования**

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

#### **Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

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

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

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

#### **Период проведения процедуры:**

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

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

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

#### **Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

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

#### **Требования к банку оценочных средств:**

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

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

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

Собеседование может проводиться по вопросам билета и ситуационным задачам. Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме экзамена определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

#### **Результаты процедуры:**

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

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